

訪問リハビリテーションの 重要事項説明書

第1条 医療法人白井会が実施する訪問リハビリテーションサービス及び介護予防訪問リハビリテーションサービスの適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定める。

(事業者及び事業所概要)

第2条 (1) 事業者

法人名	医療法人白井会 田野病院
法人所在地	高知県安芸郡田野町1414-1
電話番号	0887-38-7111
代表者	理事長 白井 大介
業務の概要	医業

(2) 事業所概要

事業所名	訪問リハビリテーションたの
指定番号	第3912010745号
所在地	高知県安芸郡田野町1414-1
電話番号	0887-38-7111
管理者	白井 隆
業務概要	訪問リハビリテーション事業 介護予防訪問リハビリテーション事業

(事業の目的)

第3条 要介護状態又は要支援状態にある者(以下「要介護者」という)に対し、適正な訪問リハビリテーションサービス及び介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供することを目的とする。

(運営の方針)

第4条 (1) 事業所に従事する従業者は、ご利用者様の居宅における心身の機能の維持回復又は要介護状態の悪化防止を図り、日常生活の自立を助けるよう努める。
(2) サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

(従業員の職種、員数及び職務内容)

第5条 事業所に従事する従業者の職種、員数及び職務内容は次の通りとする。

- (1) 管理者 1名
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- (2) 理学療法士 1名以上
理学療法士は、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、ご利用者様の心身機能の回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行う。
- (3) 作業療法士 1名以上
作業療法士は、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、ご利用者様の心身機能の回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行う。
- (4) 言語聴覚士 1名以上
言語聴覚士は、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、ご利用者様の心身機能の回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行う。
- (5) 事務職員 1名以上
事務職員は、必要な事務を行う。

(営業日及び営業時間)

第6条 事業所の営業日及び営業時間は次の通りとする。

- (1) 営業日 月曜日から土曜日
但し、祝日、12月31日から1月3日を除く。
- (2) 営業時間 8時30分から17時30分

(通常事業の実施地域)

第7条 サービス提供地域は、安田町、田野町、奈半利町とする。

(サービスの内容)

第8条 訪問リハビリテーションは、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が居宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に必要なリハビリテーションを行う。

- (1) 理学療法
主として基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動、指導を行う。又は物理的手段を加える。
- (2) 作業療法
主として応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸工作その他の作業、指導を行う。

(3) 言語聴覚療法

音声機能、言語機能又は聴覚機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、指導を行う。

(利用料及びその他の費用の額)

第9条 指定訪問介護等を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定訪問リハビリテーションが法定代理受理事務サービスであるときは、その1割の額とするが、平成30年8月から一定以上の所得のある方は、最大3割の負担額となります。(なお、特定医療費受給者証または、生活保護受給者証をお持ちの方は必ずご提示ください。)尚、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用については、全額ご利用者様のご負担となります。

(1) 訪問リハビリテーション利用料

種類	利用料	1割負担額	2割負担額	3割負担額
訪問リハビリテーション費(要介護)	3,080円/回	308円/回	616円/回	924円/回
訪問リハビリテーション費(要支援)	2,980円/回	298円/回	596円/回	894円/回
訪問リハビリテーション費(要支援12月超) 算定要件満たさない場合	300円/回減算	30円/回減算	60円/回減算	90円/回減算

(2) その他利用料

種類	利用料	1割負担額	2割負担額	3割負担額
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	1,800円/月	180円/月	360円/月	540円/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	2,130円/月	213円/月	426円/月	639円/月
医師が利用者またはその家族に説明した場合は上記に加えて	2,700円/月	270円/月	540円/月	810円/月
移行支援加算	170円/日	17円/日	34円/日	51円/日
サービス提供体制強化加算(I)	60円/回	6円/回	12円/回	18円/回
退院時共同指導加算 (当該退院に月1回に限り)	6,000円/月	600円/月	1,200円/月	1,800円/月
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (退院[所]日または訪問開始日から3ヵ月以内) (1週に2日を限度)	2400円/日	240円/日	480円/日	720円/日
口腔連携強化加算	500円/月	50円/月	100円/月	150円/月
短期集中リハビリテーション実施加算 (退院・退所日又は認定日から3ヵ月以内)	2,000円/日	200円/日	400円/日	600円/日
中山間地域提供加算	所定単位数の100分の5			

- ※ リハビリテーションの内容により、材料費を請求させて頂く場合がございます。
- ※ 90日毎に当院の受診が必要となります。
- ※ 当該加算の算定要件及び趣旨については、別紙にてご説明致します。

(3) キャンセル

ご利用者様のご都合でサービスを中止される場合は、ご利用前日までにご連絡下さい。当日急変等の場合にあっては、当然、その限りではございませんが、ご利用時間の1時間前までにはご連絡下さい。尚、無断でご利用中止となりました場合、予定していたサービスに係る時間・内容に関係なく一律500円をキャンセル料としてご請求させていただきます。また、無断のご利用中止が度重なる場合には、契約の解除をお願いさせていただきます。

キャンセルされる場合は、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先 : 0887-38-7111
【専用携帯】090-5919-6873

(利用料の支払方法)

第10条 ご利用月の翌月に自己負担額を一括請求させていただきます。お支払い頂きますと、領収書を発行致します。お支払方法は、原則口座振替(四国銀行、高知銀行、JA、ゆうちょ銀行)とさせていただきますが、銀行振込(振込手数料はご利用者様負担となります)、病院窓口でのお支払い(平日のみ)も可能です。尚、介護保険適用の場合でも、保険料滞納等により、市町村から直接保険給付金が事業者を支払われない場合は、一旦利用料全額(10割)を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の窓口にご提出して頂きますと、利用料と自己負担額との差額の払戻しを受けることができます。

(緊急時等における対応方法)

第11条 サービスの提供を行っているときに、ご利用者様の状態に急変が生じた場合その他必要な場合は、ご家族様又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。又、緊急時等の処置について記録を取ることとします。

(虐待の防止措置に関する事項)

第12条 ご利用者の人権擁護、虐待の発生及び再発を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止検討委員会を設置し、定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対して、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (5) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、市町村へ速やかに報告する。

(非常災害及び感染症対策)

第13条 事業所は、非常災害が発生した場合は自然災害対応フローチャートに沿って、感染症が発生した場合は感染症対応フローチャートに沿って、それぞれ対応を行う。また、状況に応じて医療法人臼井回の災害計画及び感染症対策計画、BCP等に従い対応を行うものとする。

(その他運営に関する重要事項)

第14条 (1) サービス提供における留意事項

- ① サービスの利用にあたっては、ご利用申込者様又はご家族様に対し、運営規定及び重要事項を記した文書を交付して説明を行い、同意を得る。
- ② 利用開始にあたっては、別に定める利用契約書に記載した事項を、双方が確認を行い、その遵守に努める。
- ③ 事業者は、正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。
- ④ サービス提供の実施を変更しない。
但し、豪雨、降雪等による交通規制等やむを得ない理由で移動困難な場合、ご利用中止をお願いさせて頂く場合がございます。
- ⑤ ご利用者様は、第8条で定められたサービスの内容以外の業務を事業者
に依頼することはできません。
- ⑥ 訪問リハビリテーションサービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。
但し、事業者はサービスの実施にあたっては、ご利用者様の事情、意向等を十分に考慮するものとします。
- ⑦ 従業者は、ご利用者様に対するサービスの提供に当たって、次に該当する行為は行いません。
イ. ご利用者様又はそのご家族様からの金銭又は高価な物品の授受
ロ. ご利用者様のご家族様等に対する訪問介護サービスの提供
ハ. ご利用者様又はそのご家族様に対する宗教、政治、営利活動
ニ. その他ご利用者様もしくはそのご家族様等に行う迷惑行為
- ⑧ サービス実施のために必要な備品等(水道・ガス・電気を含む)は無償で使用させて頂きます。
- ⑨ ご利用当日の健康状態により、サービス内容を変更、中断、中止させて頂く場合がございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処いたします。
また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じさせて頂きます。

(2) 研修の実施

事業所は、従業者の資質向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また業務体制を整備する。

- ① 採用時研修 採用後1ヶ月以内
- ② 継続研修 年2回以上

(3) 秘密保持

- ① 従業者は、業務上知り得たご利用者様及びそのご家族様の秘密を保持する。
- ② 従業者であった者に、業務上知り得たご利用者様及びそのご家族様の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
- ③ 事業所はご利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等にて、ご利用者様及びご家族様の個人情報を用いない。

(4) 訪問リハビリテーション計画及び介護予防訪問リハビリテーション計画

- ① 事業者は、ご利用者様の日常生活全般の状況及びご希望を踏まえ、「居宅サービス計画(ケアプラン)」に沿って「訪問リハビリテーション計画」及び「介護予防訪問リハビリテーション計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供する。
計画を作成した場合は、ご利用者様及びご家族様に説明する。
- ② 事業者は、ご利用者様がサービスの内容や提供方法等の変更をご希望される場合で、その変更が「居宅サービス計画(ケアプラン)」の範囲内で可能なときは、速やかに「訪問リハビリテーション計画」及び「介護予防訪問リハビリテーション計画」の変更等の対応を行う。
- ③ 事業者は、ご利用者様が「居宅サービス計画(ケアプラン)」の変更をご希望される場合は、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整を行う。

(5) サービス提供の記録

- ① 事業者はサービス提供記録を作成、整備するとともに、これをこの契約終了後5年間保管する。
- ② 事業所の営業時間内にその事業所にて、ご利用者様に関する記録の閲覧、複写物の交付に応じる。
尚、複写物につきましては、医療法人臼井会個人情報開示請求の規定により、開示基本料金5,500円、コピー代(1枚)22円を実費請求させていただきます。

(6) 訪問療法士の交替

- ① ご利用者様からの交替の申出
選任された訪問療法士の交替をご希望される場合には、当該訪問療法士が業務上不適当と認められる事情、その他交替を希望される理由を明らかにして、事業者に対して訪問療法士の交替を申し出ることができます。
- ② 事業者からの訪問療法士の交替
事業者の都合により、訪問療法士を交替させて頂く場合がございます。訪問療法士を交替させて頂く場合は、ご利用者様及びそのご家族様に対し、サービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとする。

(7) 事故発生時の対応

事業者は、サービス提供により事故が発生した場合、ご家族様又は緊急連絡先へ連絡をいたします。必要時には速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。

又、担当者は「インシデント・アクシデント報告書」により事故についての記録を取るとともに、サービス提供責任者が必要と判断した場合には、「是正処置報告書」により業務の改善を実施する。

(8) 損害賠償

①事業所は、サービス提供に当たって、事業所の責務に帰すべき事由により、ご利用者様の生命、身体、財産に損害を与えた場合はその損害を賠償いたします。

②賠償の解決に当たっては、医療法人白井会 田野病院の契約する損害保険会社又は医師会付託の弁護士等の判断に委ねる場合がございます。

(9) 相談窓口・苦情対応・緊急時対応

①サービスに関する相談や苦情、緊急時につきましては、次の窓口で対応致します。

相談窓口	電話番号	0887-38-7111
	FAX番号	0887-38-5568
	管理者	白井 隆
	責任者	池内 昭友
	対応時間	月曜日から金曜日 9時から17時

②公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

市町村介護保険相談窓口	各市町村役場の介護保険担当課	
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	高知県高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8409
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	8時30分から17時15分

中芸広域連合介護サービス課	所在地	安芸郡田野町1828-6
	電話番号	0887-32-1165
安芸市民課介護保険班	所在地	安芸市矢ノ丸1-4-40
	電話番号	0887-35-1003
室戸市保健介護課介護保険班	所在地	室戸市領家87
	電話番号	0887-22-5155

(10) 苦情に対する措置の概要

事業所は、ご利用者様又はそのご家族様から苦情を受けたときは、担当者は速やかに「インシデント・アクシデント報告書」に記録をする。また、サービス提供責任者が、業務上の改善が必要であると判断した場合には、「是正処置報告書」を作成し、原因の追究・是正処置の提案・是正処置の実施・効果の確認を行う。

(11) 提供するサービスの第三者評価

実施の有無	無し
実施した直近の年月日	無し
実施した評価機関の名称	無し
評価結果の開示状況	無し

(附則) この規定は、令和7年 1月 1日から施行する。