

重要事項説明書（指定介護予防訪問リハビリテーション）

＜令和6年6月1日現在＞

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、ご遠慮なく質問をしてください。

1. 訪問リハビリ事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 祥に会
代表者名	千葉 憲哉
所在地	長崎県諫早市貝津町3015

2. 事業所の概要

（1）指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	西諫早病院訪問リハビリ
所在地	長崎県諫早市貝津町3015
電話番号	0957-25-6005
FAX番号	0957-20-9134
事業所番号	4210412104
管理者氏名	中倉 裕文
サービス提供地域	諫早市

※上記地域以外をご希望の方は、ご相談下さい。

（2）事業の目的及び運営方針

目的	利用者様に対し、介護保険法令の趣旨に従って、訪問リハビリテーションを提供することにより、その心身機能の維持・回復を図るだけでなく、生活機能の維持又は向上を目指し、利用者様が可能な限りその地域において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援します。
運営方針	事業の運営にあたって、必要な時に必要な訪問リハビリテーションの提供ができるよう努めます。市及び町の関連部課、又は保健・福祉・医療サービスを提供する機関、地域のかかりつけ医との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。

（3）事業所の職員体制

	資 格	人 数
管理者	理学療法士	非常勤1名
従事者	医師	常勤1名以上
	理学療法士	非常勤2名（男性2名）
	作業療法士	非常勤1名（男性1名）
	言語聴覚士	非常勤2名（男性・女性各1名）

（4）サービス提供の時間帯

営 業 日	営業時間帯
平 日	8:30～12:30 13:30～17:30
土 曜 日	必要に応じ、利用者様とのご契約によって行います
営業しない日	日曜日・祝日・12月31日～1月3日

3. サービスの内容

(1) 訪問リハビリテーションサービスについて

病気やけがや老化などにより、生活機能が低下した方あるいは低下の可能性のある方に対し、当事業所医師の指示および訪問リハビリテーション計画に基づき、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が訪問し、リハビリテーションを実施することにより利用者様の心身機能及び活動・参加などの生活機能の維持・向上を図ります。また利用者様、及びご家族に対し、リハビリテーションの観点から在宅生活上必要とされる事項について、懇切丁寧に行い、わかりやすいように説明します。

サービスの提供にあたっては、主治医及び介護支援専門員、各指定居宅サービス事業所の担当者等と密接な連携を保ち、リハビリテーションの観点から利用者様主体の日常生活に着目した支援方針や目標・計画を共有できるよう努めます。

(2) ご利用日時・担当職員

毎週 曜日 (: ~ :) 担当 ()
曜日 (: ~ :) 担当 ()
曜日 (: ~ :) 担当 ()

職員は常に身分証を携帯しておりますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

(3) 担当職員の変更

あなたはいつでも担当者の変更を申し出ることができます。その場合、当事業者は、訪問リハビリテーションサービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

当事業者は、あなたの担当職員が退職する等正当な事由がある場合に限り、担当者を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了承を得ます。

4. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合、自己負担額は基本料金の1割もしくは2割です（介護保険負担割合証の利用者負担の割合の通り）。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

（ただし、H30年8月より一定以上の所得のある65歳以上の方は自己負担額が3割となります。）

	基本料金	自己負担額		
		1割	2割	3割
介護予防訪問リハビリテーション費（／20分）	2,980円	298円	596円	894円

（その他の加算金額）

サービス提供体制強化加算Ⅰ（／20分）	60円	6円	12円	18円
短期集中リハビリテーション実施加算（退院・退所・認定日から3月以内）（／日）	2,000円	200円	400円	600円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（退院・退所・認定日から3月以内）（／日）	2,400円	240円	480円	720円
退院時共同指導加算	6,000円	600円	1,200円	1,800円
利用開始月から12月を超えた場合の減算（／月）	—300円	—30円	—60円	—90円

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（／20分）	－500円	－50円	－100円	－150円
---	-------	------	-------	-------

- 介護予防訪問リハビリテーション費は、計画的な医学的管理を行っている当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定します。利用者様又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定します。また、例外として、当該指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定介護予防訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該介護予防リハビリテーション計画を作成し、指定介護予防訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定します。この場合、少なくとも3月に1回は、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して介護予防訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行います。
- 指定介護予防訪問リハビリテーションは、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則となっていますが、医療保険のリハビリテーション（脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーション料）を受けていた患者様が、介護保険の指定介護予防訪問リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画書とみなして介護予防訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととなっています。なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回の介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。
- 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバスなどの公共交通機関への乗降などの行為に関する指定介護予防訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、介護予防訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録します。
- 介護予防訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされています。指定通所リハビリテーションのみでは、家屋内における日常生活動作（以下、ADLとする。）の自立が困難である場合の家屋の状況の確認を含めた指定介護予防訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は介護予防訪問リハビリテーション費を算定できるものとされています。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということとなっています。
- 短期集中リハビリテーション実施加算は、リハビリテーションマネジメント加算を算定し、退院・退所・認定日から3月以内に限り、1週につき2日以上、1日当たり40分以上の実施をする場合、算定します。
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、認知症であると医師が判断し、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、退院・退所・認定日から3月以内に限り、集中的なリハビリテーションを実施する場合、1週間に2日を限度として算定します。
- 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLや手段的日常生活動作（以下、IADLとする。）といった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいい

ます。

- 初回の評価は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づく指定介護予防訪問リハビリテーションの提供開始から概ね2週間以内に、その後は概ね3月ごとに評価を行います。
- 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、介護予防リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、指定通所リハビリテーションその他の指定居宅サービスの併用や移行の見通しを記載することとなっています。
- 保険医療機関の医師が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その特別の指示の日から14日間は医療保険の給付対象となるため、訪問リハビリテーション費は算定せず、別途医療保険による提供となります。
- 退院時共同指導加算は、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合、算定します。
- 「退院時共同指導」とは、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、利用者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での訪問リハビリテーション計画に反映させることをいいます。
- 利用開始月から12月を超えた場合の減算を行わない基準は、3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記載するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。また、利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していることとなっています。
- サービス提供体制強化加算は、訪問リハビリテーションに3年以上勤務した職員を配置している際に算定できるものとなっています。
- 介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業所が別に設定した全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談下さい。
- 利用者様がサービス利用中の中断を申し出た場合、実際のサービス利用状況に拘わらず、当該日の予定利用料金額を算定致します。中断扱いの場合、ご利用とカウント致します為、お振替はできません。度重なる中断が発生する場合には、ご契約内容の変更等に付きまして、ご相談します。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業所に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、1ヶ月につき利用表の利用料金全額を一旦お支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行しますので、これを市の窓口に出すの上、差額の払戻しを受けて下さい。

<一月あたりの費用の自己負担額（予定）について>

- ①一日の訪問時間20分× （ 分）
（介護予防訪問リハビリテーション費＋サービス提供体制強化加算）×
（ 2,980円 ＋ 60円 ）× = 円
- ②短期集中リハビリテーション実施加算（2,000円）

計 円× 回＋2,000円× 回= 円/月
（ 月 日まで）
介護保険負担割合証の利用者負担の割合 割 自己負担額 円/月

(2) その他の費用

サービス実施記録の複写	1枚当たり10円
-------------	----------

※ また、サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様の負担となります。

(3) 利用者負担金のお支払方法

当月分の料金は翌月10日以降に請求します。毎月27日（銀行休業日の場合は翌営業日）の引落となりますので、口座引落完了後、領収書を発行致します。

(4) 利用者負担金の滞納

利用者様が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を3ヶ月分以上滞納した場合には、サービスの提供を停止させて頂くことがあります。

5. サービスの終了・中止

(1) サービスの終了について

利用者様の都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。当事業所の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がありますが、その場合は終了10日前までに文書で通知致します。

利用者様やご家族等が、当事業所や当事業所のサービス提供者に対して、サービスを継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

利用者様が亡くなられた場合は双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

(2) サービスの中止について

利用者様は事業者に対して、サービス利用の中止を申し出ることにより、料金を負担すること無くサービス利用を中止することができます。この場合、サービス利用日の概ね前日までに通知することを、利用者様の努力義務とします。

本事業の地域特性による豪雨・降雪等における基幹道路通行規制で、訪問が困難な場合は、サービス利用の中止をお願いすることがございます。

6. 人権擁護及び虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護及び虐待の防止のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

① 虐待の防止に関する責任者を選定しています。

虐待の防止に関する責任者	中倉 裕文
--------------	-------

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 虐待防止のための指針、苦情解決体制を整備しています。

④ 虐待防止のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について従業者に周知します。

⑤ 従業者に対する人権の擁護及び虐待の防止を啓発、普及するための研修を実施します。

(2) サービス提供中及び利用者の居宅において、当事業所の従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかにこれを利用者の住所地のある市町村に通報します。

7. 非常災害対策

非常災害の発生の際に、可能な限りサービス提供が継続できるよう、他のサービス事業所との連携及び協力を行う体制を構築しうよう努めます。

8. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所及び当院お客様相談・苦情窓口

窓口責任者	中倉 裕文
受付時間	月～金 8:30～17:30 (ただし、祝日、12/31～1/3を除く)
ご利用方法	面接(当事業所相談室) 電話番号 0957-25-6005 FAX 0957-20-9134
西諫早病院患者様相談窓口	
所在地	長崎県諫早市貝津町3015 (西諫早病院内)
電話番号	090-2513-8785(担当:宮崎)
受付時間	月～金 9:00～17:00

(2) 公的機関苦情窓口

諫早市介護保険課	
所在地	長崎県諫早市東小路町7-1
電話番号	0957-22-1500
受付時間	月～金 8:30～18:00
長崎県国民健康保険団体連合会(苦情処理担当)	
所在地	長崎県長崎市今博多町8-2
電話番号(専用)	095-826-7293
FAX	095-826-1779
受付時間	月～金 9:00～18:00

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡致します。

主治医	病院名			
	住所			
	氏名		電話番号	
緊急時 連絡先 (ご家族)	住所			
	氏名			
	電話番号			

10. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者様に対し応急処置や医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡致します。

また、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。

なお、当事業所の訪問リハビリテーションのサービス提供により、利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償致します。

11. 秘密の保持について

- 当事業所の従事者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者様及びそのご家族の秘密を洩らしません。
- 当事業所の従業者であった者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者様及びそのご家族の秘密を洩らしません。

- 当事業所では、利用者様の医療上緊急の必要がある場合、又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者様及びそのご家族の個人情報を用います。

12. その他

当事業所では、各種研修やリハビリテーション学生の臨床実習の受け入れ施設として協力しております。実習生の臨床実習は、以下の基本的な考えで臨むことにしておりますので、リハビリテーション教育の必要性をご理解頂き、ご協力をお願い致します。なお、同行訪問する際には事前にご連絡致します。

- 実習生がリハビリテーションを行う場合、事前に十分かつわかりやすい説明を行い、利用者様及びそのご家族の同意を得て行います。
- 実習生がリハビリテーションを行う場合、安全性の確保を最優先とし、事前にリハビリテーション教員や担当者の助言・指導を受けて行います。
- 利用者様及びそのご家族は、実習生の実習に関する意見や質問がある場合、同行の担当者に直接尋ねることができます。
- 利用者様及びそのご家族は、実習生の同行訪問に同意した後も、実習生が行うリハビリテーションに対して無条件に拒否できます。また拒否したことを理由に訪問リハビリテーション上の不利益な扱いを受けることはありません。
- 実習生は、臨床実習を通して知り得た利用者様及びそのご家族に関する情報について、他者に洩らすことのないようプライバシーの保護に留意致します。

令和 年 月 日

指定介護予防訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者様に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

サービス事業所

所在地 長崎県諫早市貝津町3015
名称 西諫早病院 訪問リハビリ
説明者氏名

私は、本書面に基づいて、事業所から指定介護予防訪問リハビリテーションについての重要事項及びサービス内容の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者住所

氏名

家族・代理人（選任した場合）

住所

氏名

（続柄）