

居宅サービス重要事項説明書 (訪問リハビリテーション)

1. 事業所の概要

事業所名	白菊園病院			
所在地	高知県土佐市新居萩の里1番地			
介護保険事業所番号	第3910510191号			
管理者及び連絡先	氏名	森田 雅範	連絡先	088-856-1101
サービス提供地域	土佐市			

※ 上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談下さい。

2. サービス内容及び運営方針

- (1) 事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「従業者」という。）が、要介護状態または要支援状態にある通院が困難な利用者に対して、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、適正な訪問リハビリテーションを提供します。
- (2) 訪問リハビリテーションの従業者は、要支援者または要介護者が居宅において、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、基本的動作能力または応用的動作能力、社会的適応能力の回復を図るためのリハビリテーション等を行うとともに必要な指示も行うことで、心身の機能の維持回復を図ることに努めます。
- (3) 訪問リハビリテーションの実施にあたっては、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ます。

3. 事業所の職員体制

- (1) 当事業所は、次の職員で構成しています。
 - ア) 管理者 1名 (常勤職員)
 - イ) 従事者 3名以上 (常勤職員)
- (2) 職員の職務は、次のとおりです。
 - ア) 管理者は、訪問リハビリテーション業務の従業者の管理及び業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
 - イ) 従業者は医師の診療又は運動機能検査、作業能力検査、言語能力検査等を基に、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、サービス内容等を記載した訪問リハビリテーション計画を作成します。
 - ウ) 従業者は、利用者の訪問リハビリテーション計画に従った訪問リハビリテーションを実施し、その評価の記録等を行います。また、必要に応じ、居宅介護支援事業者、市町村、その他関係事業所との連携を図ります。

4. 営業時間

サービス種類	月曜日～金曜日	土曜日	日曜日
訪問リハビリテーション	9時から12時、13時から17時	9時から12時	休業

※ 年末年始（12/29～1/3）、台風等災害時は休業します。

5. サービスの利用料及び利用者負担

- (1) 訪問リハビリテーション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、訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。なお、介護保険の一部負担金につき公費負担がある場合は、その分を減免します。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は金額が自己負担となります。
- (2) 訪問リハビリテーションの実施に要した交通費については、以下の額を徴収します。
当該サービスの提供にあたっては、予め利用者又は保証人に対し当該サービスの内容及び費用について説明を行い、同意を得ることとします。
 - ア) 通常の事業の実施地域を越えて行う交通費については、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費をご負担願います。なお、自動車を使用した場合の交通費は、1キロメートルあたり20円（消費税抜き）をご負担願います。
- (3) その他の材料費等は、必要時実費負担となります。
- (4) 提供するサービス内容と利用料金 別紙1を参照下さい

6. 秘密保持

- (1) サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことなく保持します。
- (2) 利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、利用者の家族の同意を予め文書で得ない限り、サービス担当者会議等で個人情報を用いませぬ。ただし、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者が、利用者及びその家族から、居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者が個人情報を使用することについて、同意を得ている場合は、この限りではありません。

7. 相談窓口、苦情対応

- (1) 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの相談や苦情を受け付ける窓口を設置しています。
- (2) 相談及び苦情に適切かつ円滑に対応するための体制及び手順は、下記のとおりです。
 - ア) 事業所内において管理者を中心として相談・苦情処理のための会議を開催します。
 - イ) 事実確認及び問題点の整理を行い、今後の改善策などについて検討を行います。
 - ウ) 対応内容に基づき、当該利用者へ処理結果を通知します。
- (3) サービスに関する相談・要望及び苦情等の相談窓口は、下記のとおりです。

当事業所お客様相談窓口	電話番号	088-856-1101
	FAX番号	088-856-3364
	担当者	小松 英夫（医事課長） 安岡 崇（訪問リハビリテーション室長）
	対応時間	月曜から金曜日 9時～12時、13時～17時 第1・3・5週土曜日 9時～12時

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	所在地	土佐市高岡町甲2017-1
	電話番号	088-852-1124
	FAX番号	088-852-7638
	対応時間	月曜から金曜日 8時30分～17時15分
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	高知市丸ノ内2丁目6-5
	電話番号	088-820-8410
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	月曜から金曜日 9時～12時、13時～16時

※ 土佐市以外の市町村にて要介護認定を受けておられる方は、各市町村役場に介護相談窓口がそれぞれございますのでお尋ねください。

8. 緊急時の対応

従業者は、訪問リハビリテーションの実施中に利用者に病状の急変等が生じた時には、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行います。

9. 事故発生時の対応

- (1) 訪問リハビリテーションの提供により利用者に事故が発生した場合には、速やかに関係市町村、当該利用者の家族及び担当居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- (3) サービスの提供にあたって、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。

10. 個人情報の保護

- (1) 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、訪問リハビリテーションの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又はその家族の同意をあらかじめ書面により得るものとします。

11. 衛生管理・感染症対策

- (1) 事業所は、従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所は、事業所内の設備及び備品等について、衛生的な管理を行います。
- (3) 事業所は、事業所内において感染症が発生し、又はまん延しないように次の措置を講じます。
 - ア) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備
 - イ) 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行う

ウ) 法人内にて開催される感染対策委員会への定期的な参加、その結果の従業者への周知

1 2. 業務継続に向けた取り組み

- (1) 災害や感染症等が発生した場合においても必要なサービスが継続して行えるように業務継続計画の策定及び研修の実施、訓練を行う等、必要な措置を講じます。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 3. 虐待防止に関する事項

- (1) 虐待発生又は再発の防止等の観点から次の各号に掲げる措置を講じます。
 - ア) 虐待の発生又はその再発を防止するための委員会を定期的に開催するとともに、その結果について当事業所職員に周知徹底を図ります
 - イ) 虐待防止のための指針の整備を行います
 - ウ) 従事者に対して、虐待防止のための研修会を定期的を実施します
 - エ) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します

虐待防止に関する担当者	安岡 崇 (訪問リハビリテーション室長)
-------------	----------------------

1 4. 身体拘束等の適正化

- (1) 当該サービス提供にあたり、原則として利用者に対しての身体拘束を行いません。但し、当該利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため等、緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、
 - (i) 緊急性
 - (ii) 非代替性
 - (iii) 一時性の3原則に照らし合わせて、必要最低限で実施します。
- (2) 上記取り組みについては、身体拘束適正化指針に基づき、当会内の「身体拘束適正化委員会」によって適切に管理します。
- (3) 従業者に対して、身体拘束適正化のための研修を定期的を実施します。

1 5. ハラスメント

事業所は、利用者や職員に対する各種ハラスメントの防止のための体制整備を行います。

1 6. 第三者評価の実施の有無

事業所は、提供するサービスの第三者評価については、実施していません。

1 7. 記録の整備

- (1) 事業所は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備します。
- (2) 利用者に関する訪問リハビリテーションの提供に関する次の諸記録を整備し、その完結の日から5年間は保存します。
 - ア) 訪問リハビリテーション計画
 - イ) 評価、サービス担当者会議等の記録
 - ウ) 指定居宅サービス事業所等との連絡調整に関するもの
 - エ) 市町村への通知にかかわる記録
 - オ) 苦情の内容等に係る記録

カ) 事故の状況及び事故に対して行った対応の記録

キ) 身体拘束等に係る記録

18. その他運営についての重要事項

(1) 事業所は、従業員の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設け、また、業務体制を整備します。

ア) 採用時研修 … 採用後3ヶ月以内

イ) 継続研修 … 年1回以上

(2) 適切な訪問リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景にした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

(3) この規定に定める事項の他、運営に関する重要事項は、医療法人白菊会と事業者の協議に基づいて定めます。

別紙 1

【提供するサービス内容と利用料金】

令和6年6月1日現在

●提供するサービスの利用料金、利用者負担額

区 分	基本 単位	利用料	利 用 者 負 担			備 考
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
訪問リハビリテーション	308	3,080円	308円	616円	924円	1回(20分) あたり

●各種加算料金

区 分	基本 単位	利用料	利 用 者 負 担			備 考
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
サービス提供体制強化加算 (I)	6	60円	6円	12円	18円	1回(20分) につき
短期集中個別リハビリテ ーション実施加算	200	2,000円	200円	400円	600円	1日につき 3月を限度
認知症短期集中リハビリテ ーション実施加算	240	2,400円	240円	480円	720円	週2日、 3月を限度
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	213	2,130円	213円	426円	639円	1月につき
事業所の医師が利用者又は 家族に対して説明し利用者 の同意を得た場合	270	2,700円	270円	540円	810円	1月につき
口腔連携強化加算	50	500円	50円	100円	150円	1月につき
退院時共同指導加算	600	6,000円	600円	1,200円	1,800円	初回訪問時

(注) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

【 説 明 確 認 欄 】

令和 年 月 日

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 土佐市新居萩の里1番地

事業者名 医療法人 白菊会
白 菊 園 病 院

説明者 印

居宅サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者) 氏 名 _____ 印

続 柄 (_____)

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

居宅サービス契約書

(訪問リハビリテーション)

第1条 (契約の目的)

事業者は、介護保険法令に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、訪問リハビリテーションのサービスを提供します。

第2条 (契約期間)

1 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。但し、要介護認定の更新を受けた場合は、当該満了日まで有効期間は更新されたものとし、以後もまた同様とします。

2 上記の但し書きの規定は、契約期間満了日の7日前までに更新拒絶の意思表示がない場合に、限るものとします。

第3条 (サービス計画等)

1 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、サービスの種類ごとに「サービス計画」を作成し（訪問入浴 介護及び福祉用具貸与を除く）、これに従って計画的にサービスを提供します。

サービス計画を作成した場合は、利用者に説明します。

2 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、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「サービス計画」の変更等の対応を行います。

3 事業者は、利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整を行います。

第4条 (サービス提供の記録等)

1 事業者は、それぞれのサービスの提供に関する記録を整備するとともに、これをこの契約終了後5年間保管します。

2 事業者は、利用者に対し、いつでも保管する利用者に関する記録の閲覧、複写物の交付に応じます。

第5条 (利用者負担金の滞納)

1 利用者が正当な理由なく事業者に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、事業者は1ヵ月以上の期間を定めて、期間満了までにその支払がないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

2 事業者は、前項の催告をしたときは、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者と協議し、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について、必要な調整を行うよう要請するものとします。

3 事業者は、前項に定める協議等の努力を行い、かつ第1項に定める期間が満了した場合は、文書によりこの契約を解約することができます。

第6条 (利用者の解約権)

利用者は、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この

場合には、7日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

第7条（事業者の解約権）

事業者は利用者の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解約することができます。この場合、事業者は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者に連絡します。

第8条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 第2条に基づく、契約期間が満了したとき
- 二 第5条に基づき、事業者から解約されたとき
- 三 第6条に基づき、利用者ら解約の意思表示がされ、予告期間が満了したとき
- 四 第7条に基づき、事業者から契約の解約の意思表示がされたとき
- 五 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - (一) 利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合
 - (二) 利用者の要介護認定区分が自立と認定された場合
 - (三) 利用者が死亡したとき

第9条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供にあたって、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償します

ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。

第10条（秘密保持）

1 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

2 事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は利用者の家族の同意を予め文書で得ない限り、サービス担当者会議等で個人情報を用いませぬ。

ただし、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者が、利用者及びその家族から、居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者が個人情報を使用することについて、同意を得ている場合は、この限りではありません。

第11条（苦情対応）

1 利用者は、提供されたサービスに苦情がある場合は、事業者、介護支援専門員、市町村及び国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申立て又は相談があった場合は、迅速かつ適切に対応します。

第12条（契約外条項）

この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他の関係法令を尊重して、利用者と事業者が誠意を持って協議のうえ定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえで、1通ずつ、保有するものとします。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者) 氏 名 _____ 印

続 柄 (_____)

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

事業者 所在地 土佐市新居萩の里1番地

事業者名 医療法人 白菊会
白 菊 園 病 院

代表者名 理事長 上 羽 康 夫 印

個人情報使用同意書（居宅サービス）

私（及び私の家族）の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1. 使用する目的

私のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2. 使用する期間

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

3. 条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

医療法人 白菊会 白菊園病院
理事長 上羽 康夫 様

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者) 氏 名 _____ 印

続 柄 (_____)

(利用者の家族) 住 所 _____

氏 名 _____ 印