

指定介護予防訪問リハビリテーション 重要事項説明書

1. 事業所の概要

- 1) 事業所名 医療法人横浜博萌会 西横浜国際総合病院
- 2) 所在地 〒245-8560
横浜市戸塚区汲沢町56番地
電話 045-871-8855 (内線: 588)
- 3) 代表者 理事長 三瓶 建二
管理者 山本 佳樹
- 4) 事業者指定番号 1411003458号
- 5) サービス提供地域 (横浜市) 戸塚区、泉区、栄区の一部地域 (金井・長沼
飯島・田谷・笠間)、港南区の一部地域 (日限山・下永谷
野庭)、藤沢市の一部地域 (亀井野・西俣野・立石・白旗
大鋸・柄沢)、鎌倉市の一部地域 (城廻・玉縄)

2. 法人の概要

- 1) 名称 医療法人 横浜博萌会
- 2) 代表者 理事長 三瓶 建二
- 3) 所在地 横浜市戸塚区汲沢町56番地
電話 045-871-8855
- 4) 事業所概要 昭和63年9月 現在地に「西横浜国際総合病院」開設
平成27年11月 指定訪問リハビリテーション及び指定介護
予防訪問リハビリテーション開設
- 5) 法人の在宅医療・介護サービス一覧

| | |
|------------------|------------------|
| 在宅医療センター | 居宅療養管理指導(訪問診療) |
| | 通所リハビリテーション |
| 訪問看護ステーションにしよこはま | 訪問看護、訪問リハビリテーション |
| ケアプランセンターにしよこはま | ケアマネジメント |
| ケア・フレンズ横浜 | 送迎サービス、福祉用具、訪問介護 |

3. 事業の目的及び運営方針

| | |
|-------|--|
| 事業の内容 | 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーション |
| 事業の目的 | 医療法人横浜博萌会西横浜国際総合病院が行う指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの事業(以下、「事業」という)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、病院の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下、「理学療法士等」という)が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態にある者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活、社会参加の自立支援をするために、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の必要なリハビリテーションを行うことを目的とする |
| 運営方針 | 1 事業は要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能、生活機能の維持回復、参加の支援を図ることとする。 2 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたって病状が安定期にあり、診療にもとづき実施され |

| | |
|--|---|
| | <p>る計画的な医学管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要介護者とする。</p> <p>3 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他、医療保健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こととする。</p> |
|--|---|

4. 営業日および営業時間

| 営業日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 | 営業時間 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 休 | ○ | 午前 8 : 30 から 午後 5 : 00 |

定休日は日曜日・年末年始（12月31日～1月3日）です。

5. 事業所の職員体制

| 職 | 員数 | 職務内容 |
|-------|------|--|
| 管理者 | 1名 | 1 法令等の規定を遵守し、適切な指定介護予防訪問リハビリテーションが行われるよう必要な管理を行う。 2 指定介護予防訪問リハビリテーション計画書及び指定介護予防訪問リハビリテーション報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行う。 |
| 理学療法士 | 常勤4名 | 1 主治医の指示書に基づき、利用者の日常生活状況等を踏まえて、リハビリテーションサービスの計画を作成し、説明を行う。 2 リハビリテーションサービスの提供を行うと共に、利用者、家族に指導、他の職種への指導や連携を行う。 3 リハビリテーション技術、知識向上のための研修に参加する。 |
| 作業療法士 | 常勤1名 | |
| 言語聴覚士 | 兼務1名 | |
| 事務 | 常勤1名 | 1 訪問リハビリテーション料金等の請求等とその周辺業務を行う。 2 電話連絡等の窓口業務を行う。 |

6. サービスの内容

- 1) 理学療法士、作業療法士や言語聴覚士等が、医師の指示にもとづき、ご利用者の宅に訪問し、ご利用者が充実した日常生活を営むことができるよう、健康状態の確認、関節拘縮・筋力・知的能力などの維持改善、また日常生活活動の能力向上などを目的にサービスを提供いたします。
- 2) 訪問リハビリテーションサービスは主治医の指示を受けて実施されます。利用者には3か月に1回以上の通院または訪問診療を受けていただき、医師から『訪問リハビリ指示書』（3か月毎）が必要です。
- 3) 事業者は、居宅介護支援事業者（又は地域包括支援センター）から毎月提出される、居宅サービス計画（又は介護予防サービス支援計画）に沿って訪問リハビリテーションサービスを提供いたします。
- 4) サービスにあたっては、「リハビリテーション計画書」に沿って計画的に提供いたします。

7. サービス提供責任者 / ご相談窓口・苦情対応・虐待防止

- 1) サービス提供責任者は、次の通りです。サービスについてご相談や不満がある場合には、お申し出ください。

| | | |
|-------------|------|--------------|
| 西横浜国際総合病院 | 電話番号 | 045-871-8855 |
| 訪問リハビリテーション | FAX | 045-871-1366 |
| 山本 佳樹 | 対応時間 | 営業日・営業時間内 |

- 次の機関においても、お問合せ・苦情申し立て等ができます。

| | | |
|----------------------------|------|--------------|
| 戸塚区役所 高齢・障害支援課 | 電話番号 | 045-866-8452 |
| | 対応時間 | 8:45~17:15 |
| 泉区役所 高齢・障害支援課 | 電話番号 | 045-800-2436 |
| | 対応時間 | 8:45~17:15 |
| 栄区役所 高齢・障害支援課 | 電和番号 | 045-894-8547 |
| | 対応時間 | 8:45~17:15 |
| はまふくコール | 電話番号 | 045-263-8084 |
| | 対応時間 | 9:00~17:00 |
| 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 | 電話番号 | 045-329-3447 |
| | 対応時間 | 8:30~17:15 |

- 2) サービスを行う主な担当者は、_____ です。

8. 利用者負担

- 1) 利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づく金額を戴きます。

費用の1割～3割が利用者負担です。介護保険改定時は変更になります。

- 2) 利用料金などのお支払方法

「ケーシーエス・介護利用料口座振替サービス」を利用し、毎月月末締めとし、翌月27日にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。

3) 料金表

| 項目 | 単位 | 料金 | 利用者負担 | | |
|-----------------------------------|-------|--------|-------|--------|--------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 介護予防訪問リハビリテーション費 (1回:20分) | 298単位 | 3,242円 | 324円 | 648円 | 973円 |
| 介護予防訪問リハビリテーション費 (利用開始から12ヵ月超) | 268単位 | 2,916円 | 292円 | 583円 | 875円 |
| 短期集中リハビリテーション加算 | 200単位 | 2,176円 | 218円 | 435円 | 653円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 6単位 | 65円 | 7円 | 13円 | 20円 |
| 退院時共同指導加算 | 600単位 | 6,528円 | 653円 | 1,306円 | 1,958円 |

※1ヶ月の利用料の目安《例:訪問リハビリテーションを1ヶ月に4回(60分/回)の利用された場合。1単位:10.88円》

費用総額

$$298 \text{ 単位} \times 3 (60 \text{ 分} : 20 \text{ 分} \times 3 \text{ 回}) \times 4 (\text{月} 4 \text{ 回}) \times 10.88 \text{ 円/単位} = 38,906 \text{ 円}$$

保険給付額(1割負担の場合)

$$38,906 \times 90\% = 35,015.4 \Rightarrow 35,015 \text{ 円}$$

利用者負担(1割負担の場合)

$$38,906 - 35,015 = 3,891 \text{ 円}$$

※ 必要条件を満たした加算が認められた場合、上記費用に対して加算分が増えます。

4) その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、サービス提供のために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者のご負担になります。通常の事業の実施地域以外への交通費は通常の事業の実施地域を越えた地点から片道1Kmあたり100円をご負担いただきます。

5) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者の負担になります。

9. 緊急時の対応について

サービスの提供中に、利用者の病状急変、その他の緊急事態が生じた時は、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。

10. 事故発生時の対応について

事業者は、サービスの提供にあたって、安全に行うよう十分に注意し、事故防止に努めます。サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに家族、関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 虐待防止

事業者は、ご利用者の人権擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

1 2. 秘密保持と個人情報保護

事業者は、利用者の個人情報について「個人情報保護に関する法律」及び関連諸法令等に基づき、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報を漏らしません。この秘密を保持する義務は契約終了後も継続します。

1 3. 臨床実習の協力をお願い

事業者は、医療に関する学生の臨床実習を受けております。協力の同意は、利用者の自由意志によるものであり拒否をすることもできます。

1 4. 衛生管理

職員は清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うと共に、同法人の感染対策委員会に属し、適切な感染対策を行います。

1 5. 災害・感染症蔓延時の対応

事業者は、災害、感染症の発生時に、サービス提供を継続的に実施するための「災害発生時・流行感染症発生時における業務継続計画」を策定し訓練を行います。
災害、感染症蔓延の状況で、サービス提供が困難になる場合があります。日頃からの利用者の自助対策が必要となります。

1 6. 職員研修

事業者は、事業の適正運営を行うために、職員研修を計画的に行います。また、職員は、研修に参加し、能力向上に努めます。

1 7. キャンセル

利用者がサービス利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡下さい。キャンセル料は不要です。

| | |
|-----|-----------------------------|
| 連絡先 | 045-871-8855 (代表番号) : 内線588 |
|-----|-----------------------------|

1 8. サービスご利用に際してのお願い

- 1) 職員は、年金の管理、金銭の貸借など、金銭の取扱いはいたしません。
- 2) 職員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- 3) 交通事情など、やむを得ない状況により約束の時間を前後することがあります。
30分以上遅れる場合はご連絡させていただきますが、ご理解下さい。
- 4) 「KCS 介護利用料口座振替サービス」による、口座からの引落しでの支払いをお願いしております。
- 5) 感染予防のため、手洗いを励行しております。訪問時洗面所をお借りいたしますので、ご協力下さい。
- 6) 見守りカメラ等により、職員の写真を撮影する際は個人情報保護に準じて、事前に職員本人の同意を受けて下さい。また、その写真等は外部に漏洩しない事を遵守して下さい。万が一漏洩があった場合は、必ず申し出ることをお願いします。
- 7) ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合はサービスの中止や契約を解約する場合があります。
- 8) 職員が訪問中の喫煙はご遠慮ください。
- 9) 犬などのペットはケージに入れるか、リードをつなぐなどの配慮をお願いします。
- 10) ご利用者、同居のご家族等が発熱や風邪症状がある場合は、事前に事業所にご連絡下

さい。

11) お茶やお菓子、お心づけなどは一切不要です。

19. サービスご利用にあたる禁止事項

- 1) 職員に対する暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- 2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- 3) サービス利用中の職員の写真や動画撮影、録音等を無断で行うこと。

指定介護予防訪問リハビリテーション 契約書

第1条（サービスの目的及び内容）

1. 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約に従い、利用者の有する能力を尊重し、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、指定介護予防リハビリテーションのサービスを提供します。
2. サービス内容の詳細は、別紙（「重要事項説明書」）に記載の通りとなります。

第2条（契約期間）

1. この契約の契約期間は、20____年____月____日から解約までの期間とします。

第3条（リハビリテーション計画書の作成・変更）

1. 事業者は、医師の診断に基づいて、ご利用者の病状・心身状況・日常生活全般の状況および希望を踏まえ、リハビリテーション計画書を作成します。
2. リハビリテーション計画書には、指定介護予防訪問リハビリテーションサービスの目標や、目標達成のための具体的なサービス内容を記載します。
3. 事業者は、リハビリテーション計画書を作成、また、変更した場合は、ご利用者およびその家族に対して説明を行います。
4. リハビリテーション計画書は、居宅サービス計画が作成されている場合、その居宅サービス計画の内容に沿って作成します。
5. 事業者は、ご利用者がサービス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の範囲内で可能なときは、速やかに、第1条に規定する指定介護予防訪問リハビリテーションの目的にしたがって、リハビリテーション計画書を変更します。

第4条（サービス提供の記録等）

1. 事業者は、サービス実施に関する記録を作成し、この契約終了後も5年間は適正に保存します。
2. 利用者は、いつでも前項の記録の閲覧及びその複写を求める事ができます。事業者は、法人の規定に従って、利用者の実費負担によってその写しを交付します。

第5条（利用者負担金及びその延滞）

1. サービスに対する利用者負担金は、「重要事項説明書」に記載されている通りです。
なお、利用者負担金は、関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用します。
2. 事業者は、利用者が正当な理由なく支払うべき利用者負担金を3ヶ月分以上滞納した場合、その督促から1ヶ月以内に支払いがなければ、契約を解約する旨の催告をすることができます。
3. 前項の催告をした場合は、事業者は、居宅サービス計画（又は介護予防サービス支援計画）を作成した居宅介護支援事業者（又は地域包括支援センター、委託先の居宅介護支援事業者）と協議し、利用者の健康、生命の維持ができるように、居宅サ

ービス計画（又は介護予防サービス支援計画）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望するものとします。

4. 事業者は、前項に定める協議等の協力を行い、かつ第2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）

1. 利用者は、事業者に対して、いつでも解約を申し出ることができます。その場合には、7日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間の満了日に契約は解約されます。

第7条（事業者の解約権）

1. 事業者は、利用者又はその家族等の介護者による不信行為（事業所関係者に対する暴力・暴言・嫌がらせ・その他不信行為等）により、利用者又はその家族等の介護者と事業者との信頼関係が破綻され、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書面で告知した上で、契約を解約することができます。
2. 契約の解約にあたって、事業者は、居宅サービス計画書（又は介護予防サービス支援計画）を作成した居宅介護支援事業所（又は地域包括支援センター、委託先の居宅介護支援事業者）にその旨を連絡いたします。

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。

1. 第5条の規定により事業者から契約の解約の意思表示がなされたとき。
2. 第6条の規定により利用者から契約の解約の意思表示がなされ、かつ予告期間が満了したとき。
3. 第7条の規定により事業者から契約の解約の意思表示がなされたとき。
4. 次の理由により利用者にサービスを提供できなくなったとき。
 - (1) 利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院したとき。
 - (2) 利用者が要介護認定を受けられなかったとき。
 - (3) 利用者が死亡された場合。

※利用者理由で3ヶ月以上訪問がなく、かつ利用者に継続の意向がある際は訪問日程を含めた「リハビリテーション計画書」を変更する場合があります。

第9条（損害賠償）

1. 事業者は、サービスの提供にあたって事業者の責めに帰すべき理由により、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意や過失がない場合はこの限りではありません。
2. 第1項の場合において、利用者等の故意又は過失によって当該事故が発生した場合は、事業者が負う損害賠償額は免除又は減免されます。

第10条（秘密保持）

1. 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も、第三者に漏らすことはありません。
2. あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

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には、事業者、介護支援専門員（又は地域包括支援センター、区役所）、市町村又は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、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
3. 事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由に何らの不利益な取扱いをすることはありません。

第12条（社会情勢及び天災）

1. 社会情勢の急激な変化（感染症のパンデミック等）、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、利用者にサービスの提供が困難になった場合は、日程、時間の変更・調整をさせていただくことがあります。
2. 災害や緊急事態が発生し、電話連絡が困難になった際に、利用者の安否確認や状況説明のため、メールアドレスをお持ちの方は登録をお願いしております。

第13条（管轄裁判所）

この契約に対して、やむを得ずに係争となる場合は、利用者及び事業者は、事業所所在地を管轄する簡易裁判所又は地方裁判所を第1審の専属的合意管轄裁判所とすることとし、予め合意します。

第14条（契約外条項等）

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定めます。

個人情報使用同意書

当事業所では、個人情報保護法の主旨を尊重し、医療法人横浜博萌会の定める「個人情報保護方針」に則り、利用者の個人情報を厳重に管理してまいります。

1. 使用する目的および範囲

- 1) 当事業所は、訪問リハビリテーションの申し込み、訪問リハビリテーションの提供を通じて知り得た個人情報は、利用者・ご家族の方への心身の状況説明、記録・台帳の作成等といった訪問リハビリテーションの提供のために必要に応じて利用いたします。
- 2) 利用者の皆様の個人情報は、訪問リハビリテーションの提供以外にも以下のような場合に、必要に応じて、第三者に提供される場合があります。
 - (1) 円滑にサービス提供するために病院、診療所、薬局およびその他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者とのカンファレンス等による連携、照会への回答
 - (2) 審査支払い機関へのレセプトの提出
 - (3) 保険者への相談、届け出、および照会への回答
 - (4) 医療安全、感染防止等のための分析・報告や看護職員等の教育研究
 - (5) 学会・医学誌等への発表
特定の利用者・関係者の症例や事例などの学会、研究会、学会誌等での報告は氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。
 - (6) 学生等実習、研修協力のための情報提供
 - (7) 行政機関等外部監査機関への情報提供

2. 使用する期間

訪問リハビリテーションのサービス提供に必要な期間及び契約期間に準ずる。

3. 管理と窓口

- 1) 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。
- 2) 個人情報を使用した会議、参加者、内容等の経過を記録しておくこと。
- 3) 使用する事業者の範囲、使用する期間については、利用者から希望がある場合は変更に応じ訂正すること。

サービス契約にあたり、指定介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書、契約書、個人情報使用同意書について説明しました。

20 年 月 日

(事業者) 横浜市戸塚区汲沢町56番地

医療法人 横浜博萌会 西横浜国際総合病院
(医療介護連携ステーション 訪問リハビリテーション)

管 理 者 山本 佳樹 (印)

説 明 者 (印)

上記のとおり、重要事項説明書、契約書、個人情報使用同意書について説明を受けました。

その上で、指定介護予防訪問リハビリテーションサービスの契約を締結します。

20 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

生年月日 _____

(代理人)

私は、本人に代わり上記署名を行いました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

続 柄 _____

E-mail _____

以上の通り契約したので、本書2通を作成し、各1通ずつ保有することとします。