

重要事項説明書

- 指定訪問リハビリテーション
- 指定介護予防訪問リハビリテーション

2024/06/01
医療法人嘉誠会
山本医院

重要事項説明書

(訪問リハビリテーションサービス・介護予防訪問リハビリテーションサービス)

あなたに対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第83条、第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 嘉誠会
主たる事務所の所在地	大阪府大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 山本 嘉治
設立年月日	平成10年1月1日
電話番号	06-6704-2982
ファクシミリ番号	06-6704-2981
ホームページアドレス	http://www.kaseikai.or.jp

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	山本医院
事業所番号	2710806874
所在地	大阪府大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号
電話番号	06-6704-2982
ファクシミリ番号	06-6704-2981
開設年月日	平成10年1月1日
管理者の氏名	院長 山本 嘉治
サービス提供地域	大阪市東住吉区、大阪市平野区、大阪市阿倍野区、 大阪市住吉区
実施しているその他の事業	通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態〔要支援状態〕にある利用者に対して、適切な指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕を提供することを目的とする。
運営の方針	指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要介護状態の利用者に、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、言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより心身機能の維持回復を図る。 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は、要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、要支援者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

4. ご利用事業所の職員体制と職務

従業者の職種	員数	勤務の体制
理学療法士	1人以上	常勤・兼務1名以上 勤務時間（午前8時45分～午後5時00分）
作業療法士	1人以上	常勤・兼務1名以上 勤務時間（午前8時45分～午後5時00分）
言語聴覚士	1人以上	常勤・兼務1名以上 勤務時間（午前8時45分～午後5時00分）
事務職員	1人以上	常勤・兼務1名以上 勤務時間（午前8時30分～午後5時00分）
職 務		
理学療法士又は作業療法士、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〔介護予防訪問リハビリテーション計画〕に基づき、利用者の心身の維持回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行います。		

5. 営業時間

営業日	月曜日から土曜日 （ただし、国民の祝日、12月29日午後から翌年1月3日までを除きます）
営業時間	午前9時00分から午後4時40分 （ただし、土曜日は午前9時00分から午後0時00分までとする）

6. 提供するサービス内容

計画的な医学的管理を行っている主治医の指示に基づき、心身の機能回復を図るため、リハビリテーションの目標と具体的なサービス内容を記載した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〕計画書を作成するとともに、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〕計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導又は説明を行うとともに、適切なリハビリテーションを提供します。

7. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（利用料1割又は2割・3割が自己負担）
- (2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）
- (3) その他費用（全額自己負担）があります。

(1) 介護保険の適用を受けるサービス（以下の金額は「負担割合が1割」の方の料金です。）

※利用料金の計算上、端数処理の関係により円単位で若干の変動があります。

【要介護】

項目	区 分	利 用 料	1 割負担
基 本 料 金	20分	3,351 円/回	336 円
加 算 減 算 料 金	リハビリテーションマネジメント加算 イ	1,958 円/月	196 円
	リハビリテーションマネジメント加算 ロ	2,317 円/月	232 円
	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合	2,937 円/月	294 円
	短期集中リハビリテーション実施加算	2,176 円/日	218 円
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	2,611 円/日	262 円
	移行支援加算	184 円/日	19 円
	サービス提供体制強化加算（I）	65 円/回	7 円
	同一建物減算1（20人以上/同一建物）	100分の90	—
	同一建物減算2（同一建物でかつ利用者が50人以上）	100分の85	—
	事業所の医師が診療を行わなかった場合の減算	▲544 円/回	▲55 円
	退院時共同指導加算	6,528 円/回	653 円
	口腔連携強化加算（1月に1回に限り）	544 円/回	55 円
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1/100 減算	—	
業務継続計画未実施減算	所定単位数の1/100 減算	—	

リハビリテーションマネジメント加算 （イ、ロ）	リハビリテーションの実施計画の策定等を行い、その進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直すなど、リハビリに関するマネジメントを行った場合。 ロは、リハビリの質の評価データ収集等事業に参加し、システム(LIFE)を用いてデータ提出を行った場合に適用します。
事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合	リハビリテーション計画について利用者又は家族に説明を行い、同意を得ます。
短期集中リハビリテーション実施加算	個別リハビリテーションを集中的に行う場合に加算します。（退院・退所・認定日から3ヶ月以内に限る）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	医師が認知症と判断し、かつリハビリによって生活機能の改善が見込まれると判断した場合に算定します。（1週に2日を限度、退院(所)日又は訪問開始から3ヶ月以内に限る）

移行支援加算	前年1年（1月～12月）の期間において、指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者で、指定通所介護等、社会参加に資する取組を実施した者が5%を超え、当該終了者に対して、指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に居宅を訪問すること、又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けることにより、通所介護等の実施状況を確認記録した場合であって、12を利用者の平均利用月数で除して得た数が25%以上の時に加算します。
サービス提供体制強化加算 （I）	直接サービス提供を行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数が7年以上の者が1名以上いる場合に加算します。
事業所の医師が診療を行わなかった場合の減算	訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学管理を受けている場合
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が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後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に加算します。（1回限り）
口腔連携強化加算	口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に加算します。（1月に1回限り）
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合に減算します。
業務継続計画未実施減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービスが提供できる体制を構築するための事業継続計画が策定されていない場合に減算します。

【要支援】

項目	区 分	利 用 料	1 割負担
基本料	20分	3,242 円/回	325 円
加算減算料	短期集中リハビリテーション実施加算	2,176 円/日	218 円
	サービス提供体制強化加算（I）	65 円/回	7 円
	同一建物減算 1（20人以上/同一建物）	100分の90	—
	同一建物減算 2（同一建物でかつ利用者が50人以上）	100分の85	—
	事業所の医師が診療を行わなかった場合の減算	▲544 円/回	▲55 円
	利用開始から12月を超えた場合の減算	▲326 円/回	▲33 円
	退院時共同指導加算	6,528 円/回	653 円
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1/100減算	—	
業務継続計画未実施減算	所定単位数の1/100減算	—	

短期集中リハビリテーション 実施加算	個別リハビリテーションを集中的に行う場合に加算します。（退院・退所・認定日から3ヶ月以内に限る）
サービス提供体制強化加算（I）	直接サービス提供を行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数が7年以上の者が1名以上いる場合に加算します。
事業所の医師が診療を行わなかった場合の減算	訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学管理を受けている場合
利用開始から12月を超えた場合の減算	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用し、算定要件を満たさない場合。 （リハビリテーション会議開催せず、厚生労働省へのデータ提出しない場合1回につき減算します）
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が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後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に加算します。（1回限り）
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合に減算します。
業務継続計画未実施減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービスが提供できる体制を構築するための事業継続計画が策定されていない場合に減算します。

（2）介護保険の適用を受けないサービス

介護保険の支給限度額を超えるサービスの利用料は利用者の全額自己負担となります。

（3）その他の費用

①通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、その実費を徴収します。

なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額となります。

（1）事業所から片道5キロメートル未満 100円

（2）事業所から片道5キロメートル以上 200円

交通費の支払を受ける場合には、あらかじめ利用者又はその家族に説明を行い、同意を得るものとします。

②診断書や証明書等を発行する場合には、以下の文書料を徴収します。

診断書 1通につき 3,300円（医師の専門的判断に基づき記載するもの）

証明書 1通につき 1,100円

③外出や小旅行、公共交通機関の乗降や観劇、調理等の伴うリハビリテーションを行った場合に必要となる旅費、入場料、食材料費等の実費費用

（4）キャンセル料

キャンセルした場合には以下のとおりのキャンセル料をいただきます。

12時間前までのキャンセル：無料

12時間前までにご連絡のないキャンセル：1提供あたりの料金の50%

(5) 支払方法

毎月15日までに、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した請求書を作成し送付します。

毎月の利用料は、翌月末日までにゆうちょ銀行の自動引き落とし、又はゆうちょ銀行への振込のいずれかの方法でお支払いください（他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください）。

8. 苦情申立窓口

当 事 業 所 相 談 窓 口	窓口担当者	リハビリテーションセンター長		
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時00分		
	ご利用方法	電話06-6704-2982		
	面 接	お気軽にご相談ください	ご意見箱	リハビリ受付

市町村の相談窓口	所 在 地	大阪府中央区船場中央3丁目1番7号-331
大阪府福祉局 高齢者施策部介護保険課 指定指導グループ	電話番号	06-6241-6310
	F A X	06-6241-6608
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時30分

公的団体の相談窓口	所 在 地	大阪府中央区常磐町1丁目3番8号
大阪府国民健康保険団体 連合会	電話番号	06-6949-5418
	F A X	06-6949-5417
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時00分
東住吉区の相談窓口	所 在 地	大阪府東住吉区東田辺1丁目13番4号
東住吉区健康福祉 サービス課介護保険係	電話番号	06-4399-9859
	F A X	06-6622-9999
	ご利用時間	午前9時00分～午後5時30分

【大阪市東住吉区以外の窓口】（お住まいの区役所が窓口となります）

北 区 ▶電話 06-6313-9859	東淀川区 ▶電話 06-4809-9859
都 島 区 ▶電話 06-6882-9859	東 成 区 ▶電話 06-6977-9859
福 島 区 ▶電話 06-6464-9859	生 野 区 ▶電話 06-6715-9859
此 花 区 ▶電話 06-6466-9859	旭 区 ▶電話 06-6957-9859
中 央 区 ▶電話 06-6267-9859	城 東 区 ▶電話 06-6930-9859
西 区 ▶電話 06-6532-9859	鶴 見 区 ▶電話 06-6915-9859
港 区 ▶電話 06-6576-9859	阿倍野区 ▶電話 06-6622-9859
大 正 区 ▶電話 06-4394-9859	住之江区 ▶電話 06-6682-9859
天王寺区 ▶電話 06-6774-9859	住 吉 区 ▶電話 06-6694-9859
浪 速 区 ▶電話 06-6647-9859	西淀川区 ▶電話 06-6478-9859
平 野 区 ▶電話 06-4302-9859	淀 川 区 ▶電話 06-6308-9859
西 成 区 ▶電話 06-6659-9859	

9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	医療機関名	医療法人嘉誠会 山本医院
	主治医の氏名	山本 嘉治
	所在地	大阪市東住吉区湯里2-5-11
	電話番号	(06) 6704-2982
緊急連絡先 ※	氏名	続柄 ()
	住所	
	連絡先1	— — (自宅・携帯)
	連絡先2	(連絡先1で繋がらない場合) — — (自宅・携帯・職場) (職場であれば名称:)

※こちらにご記入いただいた緊急連絡先のご本人には、連絡がくるかも知れない旨を予めお伝えください。

10. 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- ・加入保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社
- ・保険の内容 賠償責任保険
- ・保障の概要 被保険者が保険期間中に発生した他人の身体の障害、または財物の滅失、破損もしくは汚損について、法律上の損害賠償責任を補償する。

11. 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 院長 山本嘉治
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待等に対する苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12. サービス利用にあたっての禁止行為について

当事業所は、利用者又はご家族から従業者に対する以下の行為が明らかとなった場合には、利用契約を終了することがあります。

- (1) 従業者に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、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) 従業者の身体及び財物の損傷、又は損壊する行為。

【禁止行為の具体的な例】 (疾病等に起因するものを除く)

暴力又は乱暴な言動

- ・物を投げる
- ・刃物に向ける、服を引っ張る又は引きちぎる、手を払いのける
- ・怒鳴る、奇声、大声を発する など

セクシャルハラスメント

- ・従業者の身体を触る、手を握る
- ・腕を引っ張るなどして抱きしめる
- ・女性のヌード写真を見せる など

その他

- ・従業者の自宅住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為 など

〔重要事項説明書署名欄〕

説明日： 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する訪問リハビリテーションサービス（介護予防訪問リハビリテーションサービス）の提供開始に当たり、（甲1）（甲2）に対して重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号

医療法人 嘉誠会

名称 山本医院 印

説明者 氏名 _____ 印

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙から重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(甲2) 利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印

〔利用料支払方法〕

(甲) 私は、次の方法で利用料をお支払いします。

ゆうちょ自動払込

引落日：毎月10日（土・日・祝日の場合、翌営業日となります）

振込

ゆうちょ銀行 記号： 00940-3 番号： 297086

座名義： いりょうほうじん か せいかい やまもとしいん 医療法人 嘉誠会 山本医院

支払期日： 利用月 翌月末日まで

※振込手数料は、お客様負担となります。

その他（ _____ ）

〔請求書送付先〕

利用者住所 利用者家族住所 その他

その他の場合 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

(立会人)

私は（ _____ ）として、この契約に立ち会いました。

住所 _____

氏名 _____ 印