

重要事項説明書

個人情報使用同意書

坂の上訪問リハビリテーション曳馬野

(介護予防) 訪問リハビリテーション

重要事項説明書

坂の上訪問リハビリテーション曳馬野 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)

当事業者が提供する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) の内容に関し、サービス提供を受ける方（以下利用者）に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	医療法人社団 心
主たる事務所の所在地	浜松市中央区小豆餅 4 丁目 4-20
電話番号	(053) 416-1640
法人の種別及び名称	医療法人社団 心
代表者職・氏名	理事長 小野 宏志
事業所の名称	坂の上訪問リハビリテーション曳馬野
事業所の所在地	浜松市中央区幸 4 丁目 36-3
事業所の連絡先	053-416-2015
ファクシミリ番号	053-416-2025
管理者	坂田 稔之
介護保険事業所番号	2257280095
指定（開設）年月日	平成 30 年 8 月 15 日
交通の便	遠州鉄道 上島駅よりタクシーで 10 分（約 1.6Km）
通常の事業の実施地域	当事業所より片道実測 6km 以内 *具体的な地域としては下記のとおりとする。 下池川町、中沢町、元浜町、山下町、上島、十軒町、新津町、助信町、早出町、高林、茄子町、曳馬、曳馬町、細島町、鴨江、鴨江町、栄町、中山町、三組町、塩町、菅原町、平田町、成子町、旅籠町、元魚町、海老塚、海老塚町、鹿谷町、蜷塚、城北、高町、布橋、広沢、文丘町、山手町、和地山、住吉、和合北、和合町、富塚町、旭町、池町、尾張町、鍛冶町、北田町、元目町、紺屋町、肴町、明神町、大工町、田町、千歳町、伝馬町、利町、松城町、元城町、連尺町、板屋町、中央、常磐町、野口町、八幡町、早馬町、東田町、船越町、木戸町、佐藤、北寺島町、砂山町、葵西、葵東、小豆餅、泉、泉町、幸、高丘北、高丘町、高丘西、高丘東、西丘町、萩丘、花川町、有玉北町、有玉台、有玉西町、有玉南町、大島町、大瀬町、積志町、中郡町、西ヶ崎町、半田町、半田山、市野町、小池町、天王町、中田町、原島町、篠ヶ瀬町、上新屋町、上西町、神立町、将監町、西塚町、丸塚町、宮竹町、豊岡町、初生町、東三方町、三方原町、内野台、染地台 *それを超える地域については要相談。

2 事業者の職員の概要（従業員者数）

令和7年4月1日現在

職 種	人 員
医師および管理者	1 名
理学療法士・作業療法士、言語聴覚士	1 名以上

3 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日（国民の休日を含む） 但し年末年始は除く
営業時間	8:30～17:30

4 事業所の目的と運営の方針

～目的～

医療法人社団心が開設する坂の上訪問リハビリテーション曳馬野（以下「事業所」という）の事業は、要介護状態等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、利用者の心身の機能の維持回復を目指すことを目的とする。

～方針～

- (1) 要介護状態又は要支援状態と認定された利用者がその能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように適切な方法により作成されたサービス計画に基づき、リハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能維持回復を図ることに努める。
- (2) 訪問リハビリテーションの提供にあたって、診察に基づき実施される計画的な医学的管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると認めた利用者に提供するものとする。
- (3) 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。
- (4) 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、他の介護保険施設、その他の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ものとする。

5 サービスの内容

- (1) リハビリテーションは、身体評価を行った上で療養上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計画を作成し利用者・家族に説明し同意を得て、当該計画書を交付する。
- (2) 交付したリハビリテーション計画書の内容に基づき機能練習、動作練習、ストレッチ、リラクゼーションだけでなく居宅での自立した生活を支援する為に介護指導福祉用具の選定、環境評価、生きがい作りにまで至る。

6 利用料金

当事業者のサービス提供（介護保険適用部分）に際し利用者が負担する利用料金は、原則として基本料金の負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

～要介護認定の方～

※地域手当の支給地（浜松市：7級地）に基づき、下記基本単位に 10.17 を乗いた額（円）とします。

適用項目	基本単位	介護保険 1 割負担	介護保険 2 割負担	介護保険 3 割負担
訪問リハビリテーション 2（20 分）	308 単位/回	313 円	626 円	940 円
短期集中リハビリテーション実施加算 ※退院（所）日又は認定日から 3 月以内	200 単位/回	203 円	407 円	610 円
リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 上記に加え、医師が利用者又は家族に説明	213 単位/月 270 単位/月	217 円 275 円	433 円 549 円	650 円 824 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	3 単位/回	3 円	6 円	9 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位/日	244 円	488 円	732 円
退院時共同指導加算	600 単位/回	610 円	1220 円	1830 円

～要支援認定の方～

※地域手当の支給地（浜松市：7級地）に基づき、下記基本単位に 10.17 を乗いた額（円）とします。

適用項目	基本単位	介護保険 1 割負担	介護保険 2 割負担	介護保険 3 割負担
介護予防訪問リハビリテーション 2（20 分）	298 単位/回	303 円	606 円	909 円
短期集中リハビリテーション実施加算 ※退院（所）日又は認定日から 3 月以内	200 単位/回	203 円	407 円	610 円
リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 上記に加え、医師が利用者又は家族に説明	213 単位/月 270 単位/月	217 円 275 円	433 円 549 円	650 円 824 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	3 単位/回	3 円	6 円	9 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位/日	244 円	488 円	732 円
退院時共同指導加算	600 単位/回	610 円	1220 円	1830 円

注 1) ご利用いただける週の上限は 120 分となりますが、退院（所）日から起算して 3 月以内の週の上限は 240 分となります。

注 2) 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、介護保険適用全額（10 割負担）の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日市町村の窓口提出しますと、利用者負担分を除いた差額の払い戻しを受けることができます。

※訪問リハ高齢者虐待防止未実施減算（3 単位減算）につきましては、当施設の運営規定または 13 の虐待防止に関する事項に則り適切に対応してまいりますので対象にはなりません。

7 キャンセル料

利用者のご都合により当日のサービスをキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます（但し、容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合、この限りではありません）。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ご利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合	利用者負担分金額 (1～3 割)

8 料金の支払方法

利用者が当事業所にお支払い頂く利用料金については、1 月ごとの精算とします。毎 20 日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求書を発送いたします。

お支払方法は、預金口座自動引落としにてお願いしており、引落日は翌々月の 8 日（当日が土日祝の場合は次の平日）となります。尚、領収書は引落日の請求書に同封させていただきます。

9 サービスの利用方法

(1) 利用開始

事業所は、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）のサービスの提供を開始する際には、3 か月以内ごとに当事業所の医師（又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）の診察を受けた上で、リハビリテーションの指示を行います。

(2) サービスの変更、追加

利用者の都合により、サービスの利用を変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者に出してください。尚、訪問職員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して調整します。

(3) サービスの終了

ア 利用者のご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 2 週間前までに、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員（地域包括支援センター担当職員）まで申し出てください。

イ 当事業者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いただく場合があります。この場合はサービス終了日の 30 日前までに、文書により利用者に通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・利用者が入院又は入所した場合（ただし退院時身体状況にお変わりがない場合やケアプランの変更等が無い場合は利用継続とさせていただきます。）
- ・利用者の要介護度（要支援度）が非該当（自立）と認定された場合。
- ・利用者が亡くなったとき。

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者や家族等に対して社会通念上、逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・利用者がサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、利用者が当事業者に対してこの契約を継続しがた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、直ちにこのサービスを終了させていただきます。

10 サービスの利用に関する留意事項

利用者は、「5 サービス内容」で定められたサービス以外の業務を事業所に依頼することはできません。サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業所が行います。ただし、事業所はサービスの実施にあたってご利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとしします。

サービスの実施に必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。事業者が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

11 訪問職員の禁止行為

訪問職員は、サービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- (1) 利用者や家族等から金銭又は高価な物品の授受
- (2) 家族等に対するサービスの提供
- (3) 飲酒及び喫煙
- (4) 利用者や家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- (5) その他利用者や家族等に行う迷惑行為

12 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、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

- (1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ）

かかりつけ医： 電話番号：

救急病院： 電話番号：

- (2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

〒： ー

住所：

電話番号：

氏名： 続柄：

13 虐待防止に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の事項を行います。

- (1) 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止の為の指針の整備を行う。
- (3) 職員に対し、虐待防止の為の研修を定期的に行う。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置く。

事業所は、利用者に虐待が発生したと思われる事象が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待に対する調査等に協力します。

14 身体的拘束等に関する事項

事業所は、身体的拘束等の適正化の推進のため次の措置を講じるものとする。

- (1) 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緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないこと。
- (2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

15 苦情処理

利用者は、当事業者のサービス提供について、いつでも苦情を申立てることが出来ます。当事業者に苦情を申立てた場合にも、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口	担 当	鈴木 太佳人
	電話番号	053-416-2015
	時間	9：00～17：00（平日）

市町村や国民健康保険団体連合会窓口において苦情を申立てることができます。

浜 松 市 役 所	担当窓口：介護保険課	電話番号 053-457-2875
浜松市中央区役所	担当窓口：長寿支援課	電話番号 053-457-2324
浜松市浜名区役所	担当窓口：長寿保険課	電話番号 053-585-1122
浜松市天竜区役所	担当窓口：長寿保険課	電話番号 053-922-0065
東行政センター		電話番号 053-424-0814
西行政センター		電話番号 053-597-1119
南行政センター		電話番号 053-425-1572
北行政センター		電話番号 053-523-1144
国民健康保険団体連合会	担当窓口：介護苦情相談	電話番号 054-253-5590

令和 年 月 日

(事業者)

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) の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 浜松市中区幸4丁目 36-3

名 称 坂の上訪問リハビリテーション曳馬野

説明者

(利用者)

この説明書により、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) に関する重要事項の説明を受けました。尚、利用料に関して説明を受け、同意しました。

住 所

氏 名

(代理人)

住 所

氏 名

本人との続柄 ()