

# 重要事項説明書

## (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)

### 1、重要事項説明書の主旨

この「重要事項説明書」は、あなたが利用しようと考えている訪問リハビリテーションサービスについて、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）第八十三条、第8条に基づいて、サービス提供の契約締結に際してご注意いただきたいことを説明するものです。

### 2、指定訪問リハビリテーションを提供する事業者について

事業者名称・代表者氏名	医療法人 公仁会 理事長 轟 かほる
所在地・連絡先	〒382-0000 長野県須坂市大字須坂 1239 TEL 026-245-0126 FAX 026-245-5833
法人設立年月日	昭和30年4月26日

### 3、指定訪問リハビリテーションを実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人 公仁会 轟病院
介護保険指定事業所番号	2010717052
所在地・連絡先	〒382-0000 長野県須坂市大字須坂 1239 TEL 026-245-0126 FAX 026-245-5833
相談担当者	理学療法士 中村久美子
事業の実施地域	須坂市 高山村 小布施町 中野市 長野市一部地域（若穂、大豆島、柳原） 但し、厚生労働大臣が定める地域（中山間地域等）を除く ※その他の地域にお住まいの方はご相談致します。

#### (2) 運営方針

- ① 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- ② 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。
- ③ 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

(3) 営業日及び営業時間

- ① 営業日 通常 月曜日～金曜日
- ② 営業時間 午前8時30分～午後5時30分

(4) 同事業所の職員体制

事業所の従業者の職種、員数、及び職務内容は次のとおりとする。

職 種	職員数
理学療法士、作業療法士または言語聴覚士	1人以上

職	職 務 内 容
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"><li>①サービス担当者会議への出席等により居宅介護支援事業者と連携を図ります。</li><li>②医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同により、指定訪問リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成にあたっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。</li><li>③訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問リハビリテーションのサービスを提供します。</li><li>④常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。</li><li>⑤それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。</li></ul>

4、提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
指定訪問 リハビリテーション	利用者が可能な限り居宅において、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図り、生活機能の維持、向上をめざします。

(1) 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法

① 【別紙 利用料金詳細】参照。

②請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月中旬までに利用者宛てにお届けします。
③支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）利用者指定口座からの自動振替 （イ）銀行振込でのお支払い （ウ）病院受付での現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります）。

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり  
※利用料の預かりを除く
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ⑥ 処置・身体介護などリハビリテーションの枠組みを逸脱した行為

(3) サービス提供にあたって

利用者又は家族、当事業所の都合により予定日時に訪問の出来ない場合は利用者との協議の上、日時、担当者の変更をお願いすることがございます。

(4) 虐待の防止について

事業者は、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。

虐待防止に関する責任者

理学療法士 中村久美子

- ア 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- イ 成年後見制度の利用を支援します。
- ウ 苦情解決体制を整備しています。
- エ 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。
- オ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

(5) 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>ア 事業者は、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ドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>ア 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>イ 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

#### (6) 緊急時の対応

当該サービスを提供中に利用されるご本人の病状の急変、その他緊急事態が生じた時には、速やかに主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所に連絡をとる等適切な措置を講じます。

【家族等 緊急連絡先】	氏 名	続柄
	住 所	
	電 話 番 号	
	携 帯 電 話	
	勤 務 先	
【主治医】	医療機関名	
	氏 名	
	電 話 番 号	

#### (7) 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る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。また、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】	須崎市健康福祉部高齢者福祉課	TEL 026-248-9020
	高山村健康福祉課	TEL 026-242-1201
	中野市健康福祉部高齢者支援課	TEL 0269-22-2111
	小布施町健康福祉課	TEL 026-214-9108
【居宅支援事業所の窓口】	事業所名	
	所在地	
	電話番号	
	担当介護支援専門員	

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	長野県医師会
保険名	医療従事者賠償責任保険
補償の概要	1事故1億円

#### (8) 身分証携行義務

指定訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## (9) 心身の状況の把握

指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

## (10) 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定訪問リハビリテーションの提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

## (11) サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

## (12) 衛生管理等

- ① サービス提供職員等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 指定訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

## (13) 契約の終了

- ① 利用者は事業者に対して、7日の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- ② 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヵ月の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- ③ 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ア 事業者が正当な理由もなくサービス提供しない場合
  - イ 事業者が守秘義務に反した場合

ウ 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

エ 事業者が破産した場合

④ 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

ア 利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合

イ 利用者またはその家族が事業者や介護予防訪問リハビリ従事者に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

(14) サービス提供に関する相談、苦情について

ア 苦情処理の体制及び手順

イ 提供した指定訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

ウ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

(ア) 苦情申立の窓口

<b>【事業者の窓口】</b> 医療法人 公仁会 轟病院 相談担当責任者 中村久美子	TEL 026 - 245 - 0126
<b>【市町村（保険者）の窓口】</b> 須坂市健康福祉部高齢者福祉課 高山村健康福祉課 中野市健康福祉部高齢者支援課 小布施町健康福祉課	TEL 026-248-9020 TEL 026-242-1201 TEL 0269-22-2111 TEL 026-214-9108
<b>【公的団体の窓口】</b> 長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理部門	TEL 026 - 238 - 1580

(15)重要事項説明の年月日

上記内容について、「指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成11年3月31日厚生省令第37号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

説明年月日	年 月 日
-------	-------

事業者	所在地	長野県須坂市大字須坂 1239
	法人名	医療法人 公仁会 轟病院
	代表者名	轟 かほる 印
	事業所名	轟病院 訪問リハビリテーション
	説明者氏名	印

事業者から上記内容の説明を確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

※なお手指の障害などで単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を記すことで本人の意思とみなします。

(例)

利用者	住所	長野県〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏名	轟 太郎 印

上記署名は、須坂 花子（子）が代行しました。

代理人	住所	
	氏名	印

上記の重要事項説明書の同意を証するため本通2通を作成し、利用者、事業者が1通ずつ保有するものとします。