

訪問リハビリテーション

「重要事項説明書」及び
「契約書兼同意書」

指 宿 浩 然 会 病 院

訪問リハビリテーション事業所

（利用者） 様

（事業者） 指宿浩然会病院訪問リハビリテーション

重要事項説明書

第1条（目的）

指宿浩然会病院訪問リハビリテーション（以下、事業所という）は、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出来るよう理学療法、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、心身機能の維持回復を図るための援助をおこないます。

第2条（契約期間）

- 1、この契約書の契約期間は、令和 年 月 日 から令和 年 月 日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間の満了日までとします。
- 2、前項の契約期間の満了日の14日前までに利用者から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
- 3、本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は更新前の満了日の翌日から更新後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

第3条（契約の終了）

次のいずれかに該当する場合は、この契約書は終了します。

- 1、利用者の要介護度が自立と認定された場合。
- 2、利用者が死亡した場合。
- 3、第4条に基づき、利用者から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 4、第5条に基づき、事業者から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 5、利用者が介護保険施設入所、または医療機関に入院した場合。但し、短期間にて状態が明らかに変化していなければ継続も可能。

第4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事ができます。

この場合には、14日以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に

契約は解除されます。

第5条（事業者の解約権）

事業者は、利用者が次のいずれかに該当する場合、利用者に対して14日以上の予告期間を持ってこの契約を解除することができます。

- 1、正当な理由なく、利用料その他支払うべき費用を6ヶ月以上滞納した場合。

- 2、利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、第1条に定めるこの訪問リハビリテーション利用契約の目的を達することが不可能となった場合。

第6条（訪問リハビリテーションの基本内容）

訪問リハビリテーションとして、①理学療法、作業療法、その他のリハビリ診療
②生活等に関する相談及び助言 等を提供できます。

第7条（訪問リハビリテーションの基本方針）

- 1、事業者は、居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）を通して利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境、他の保健医療サービス、または福祉サービスの利用状況を把握するよう努め、利用者に対し適切なサービスを提供するよう体制を整えます。
- 2、事業者は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止または要介護状態となることの防止に資するよう、訪問リハビリテーションの目標を設定し、医師の指示及び第8条に規定する訪問リハビリテーション計画に基づき計画的に行います。
- 3、事業者は、提供する訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力するとともに、リハビリテーションの進歩に対応して適切な技術をもって訪問リハビリテーションの提供を行います。
- 4、事業者は、単に機能回復訓練だけでなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、意欲への働きかけと活動を促進し、家庭内での役割づくりを支援するリハビリテーションの提供をおこないます。
- 5、事業者は、利用者の社会参加の実現を目標に、地域の中に生きがい、役割をもって生活していけるようリハビリテーションを通じて、担当ケアマネジャーを中心とする他のサービス提供者と共に協働で、支援していきます。
- 6、事業者は、利用者の被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合、この意見に配慮してリハビリテーションの提供を行うよう努めます。
- 7、当事業所では認知症のある方についても他の利用者と同様に親切、丁寧をと心がけております。しかし不幸にして認知症状が強く自傷行為（ご自身への危害）や他害行為（ご家族等への危害）、その他迷惑行為がある場合、また徘徊等の行為により対応が困難な時は利用をお断りせざるを得ない場合があります。またこのような場合、担当ケアマネジャーとも相談のうえ適切な施設のご紹介を致します。

8、（感染対策 BCP） 2週間以上都合により担当セラピストがサービス提供を行えない際は、代理セラピストにより可能な限り、可能な範囲にてサービス提供を実施する。

但し、2週間以上に限らず、それ以下の期間でも担当セラピスト休みにて、サービス提供が行なえず、サービス利用者・ご家族・主治医・ケアマネジャー等よりサービス実施の要望があれば、可能な限りサービス提供を実施する方向で検討する。

- 9、ペットの放し飼いについてのお願い

訪問リハビリテーションの実施中、犬・猫などのペットがセラピストの噛みついたり、利用者とセラピスト間に割り込み支障が生じるケースがあります。訪問リハビリ中は、ケージでつなぐか、隣室等で待機させてください。

第8条（訪問リハビリテーション計画の作成、変更）

- 1、 事業者は居宅介護支援専門員（ケアマネージャー）の提供する居宅サービス計画書（ケアプラン）をもとに、医療機関と連携をとり訪問リハビリテーション計画を作成します。
- 2、 事業者は訪問リハビリテーション計画作成後も利用者の希望にも配慮し、必要に応じて当該訪問リハビリテーション計画の変更を行います。

第9条（居宅サービス計画変更の援助）

- 1、 事業者は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所に連絡するなど必要な援助を行います。（通所系サービスも含む）
- 2、 事業者は訪問リハビリテーション計画の変更に際して、ケアプランの変更が必要となる場合は、速やかに居宅介護支援事業所に連絡するなど必要な援助を行います。

第10条（訪問リハビリテーション提供記録）

- 1、 事業者は利用者に対して訪問リハビリテーションサービスを提供する毎に、当該サービスの提供日、内容及び介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、居宅介護支援事業所が作成するサービス提供票に記載します。
- 2、 事業者は、利用者に対する訪問リハビリテーションサービスの提供に関する記録を整備し、完結日から2年間保存します。
- 3、 利用者は、事業者に対し、いつでも1項に規定する書面その他事業者に対する訪問リハビリテーションサービスの提供に関する記録の閲覧謄写を求められます。但し、謄写に際して、事業者は利用者に対して実費相当額を請求できるものとします。

第11条（利用料等）

- 1、 利用者は、訪問リハビリテーションが介護保険の適用を受ける場合、事業者に対して利用料の1割～3割を支払います。但し、介護保険法令に基づいて、利用者が、保険給付を償還払い（一旦利用者が事業者に対し全額を支払い、その後利用者は市町村から9割分の払い戻しを受ける支払方法）の方法で受ける場合には、事業者に対し、利用料の全額を支払います。
- 2、 訪問リハビリテーションが介護保険の適用を受けない場合、利用者は事業者に対し利用料の全額を支払います。

第12条（災害等緊急時の対応）

- 1、 事業者は訪問リハビリテーションの提供中に利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに緊急対応などを講じます。

- 2、 前項の場合、事業者は別紙「訪問リハビリテーション契約書」記載の緊急連絡先に連絡します。
- 3、 非常災害時は、速やかに消防署に連絡し、また、同上緊急連絡先、居宅介護支援事業所にも連絡し利用者の安全を期するものとします。
- 4、 利用者並びに事業者は、体調不良、急用のため訪問リハビリが実施できない場合は速やかにお互い利用者は訪問リハビリ事業所に、事業者は利用者宅に電話連絡をおこなう。
- 5、 訪問リハビリ中、並びに公用車に利用者様、ご家族が乗車中に賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償に応じます。 但し、事業所の責任による事故でない場合はこの限りではありません。

第13条（秘密保持）

- 1、 事業者は知り得た利用者または利用者の家族の秘密を漏らしません。
- 2、 事業者は退職後、就業中に知り得た利用者に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らすことのないよう配慮します。
- 3、 事業者は居宅介護支援事業所等、必要な機関に利用者に関する情報を提供することがあります。

* 個人情報保護については誠実に対応しております。

第14条（苦情処理）

- 1、 利用者または利用者の家族は、提供された訪問リハビリテーションサービスに苦情がある場合、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 2、 利用者は、介護保険法令に従い、市町村及び国民健康保険団体連合会などの苦情申し立て機関に苦情を申し立てる事ができます。
- 3、 事業者は、利用者が1項または2項の苦情申し立てを行った場合、是を理由として利用者に対して何らかの差別待遇も致しません。
- 4、 事業者は、利用者から提供した訪問リハビリテーションについて、利用者または利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。

● 要望または苦情等の申し出 ●

① 医療法人浩然会 指宿浩然会病院 訪問リハビリテーション事業所

所在地 : 指宿市十町1130番地 担当者：海江田 良一

電話番号 : 0993-22-3295

受付時間 : (月)～(土) 8:30～17:00

管理者 : 大重 太真男

② 県庁 保健福祉部介護国保課

所在地 : 鹿児島市鴨池新町10-1

電話番号 : 099-206-2111

受付時間 : (月)～(金) 9:00～17:00

③ 保険団体連合会 (国保連)

所在地 : 鹿児島市鴨池新町10-1

電話番号 : 099-206-2111

受付時間 : (月)～(金) 9:00～17:00

- ④ 指宿市役所 健康増進課介護保険係
 所在地 : 指宿市十町2424番地
 電話番号 : 22-2111
 受付時間 : (月)～(金) 8:30～17:00
- ⑤ 指宿市山川 福祉保険課介護保険係
 所在地 : 指宿市山川町新生町84番地
 電話番号 : 34-1111
 受付時間 : (月)～(金) 8:30～17:00
- ⑥ 指宿市開聞 町民課介護保険係
 所在地 : 指宿市開聞町十町2876番地
 電話番号 : 32-3111
 受付時間 : (月)～(金) 8:30～17:00

第15条 (契約外事項)

本契約に定めない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し利用者、利用者の家族、及び事業者の協議により定めます。

第16条 (高齢者虐待の防止)

高齢者の虐待防止(身体的虐待・介護の放任・心理的虐待・性的虐待・経済的虐待)に努めます、生命と身体に重大な危険がある場合は通報します

第17条 (身体的拘束の防止)

「緊急やむを得ない場合」の適正な手続きを経ていない身体的拘束は高齢者虐待に該当し第16条に相当します

第18条 (事業所概要)

事業所名	指宿浩然会病院訪問リハビリテーション
サービス区分	訪問リハビリテーション
事業所の所在地	指宿市 十町 1130番地
都道府県知事許可番号	4611010259
管理者	大重 和典
電話番号	(0993) 22-3295
通常の実施地域	指宿市(但し、他の地区も当事業所が対応可能であれば訪問する場合があります。)
営業日	月～土曜日 但し日曜日と以下は休業となります 年末年始、12月31日～ 1月3日
営業時間	月～土曜日 8:30～17:00

職員体制	常勤理学療法士 3人 非常勤理学療法士 0 常勤作業療法士 0人 非常勤作業療法士 0
利用料	<p>◎介護保険利用（1割負担） 多くの方が1回40分（基本時間20分×2）実施 基本616単位/回+サービス提供体制強化加算 12単位（基本6単位×2）/回 （2割負担の方は1232単位/回、3割負担の方は 1848単位/回）</p> <p>◎介護予防訪問リハビリ（1割負担） 多くの方が1回40分（基本時間20分×2）実施 基本596単位/回+サービス提供体制強化加算 12単位（基本6単位×2）/回 （2割負担の方は1192単位/回、3割負担の方は 1788単位/回）</p> <p>●減算要件：①当事業所に医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（50単位/回減算）②介護予防訪問リハビリにおいて、12ヶ月が経過すると30単位/回減算となる、但し12ヶ月経過しLIFEへのデータ提出と3ヶ月毎のリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画書の見直しを行うと30単位/回減算はありません</p> <p>③高齢者虐待防止措置未実施減算7単位程度/回 ④業務継続計画未実施減算7単位程度/回 ⑤身体拘束廃止未実施減算9単位程度/回</p> <p>※退院時共同指導加算600単位/回 ※口腔連携強化加算 1ヶ月に1回のみ 50単位/回 （口腔の健康状態の評価情報をケアマネジャーと歯科医療機関に提供すること） ※短期集中リハ加算200単位/回 （初回介護保険申請時、退院、退所後3ヶ月以内） 介護予防短期集中リハ加算200単位/回 （ 〃 ） リハビリマネージメント加算Aイ（180単位/月） リハビリマネージメント加算Aロ（LIFE提出時213単位/月） ・リハビリテーション会議を行います。 ・介護予防の方はリハマネ加算はありません。</p> <p>◎医療保険利用 1単位 20分 在宅訪問リハビリ指導は1回あたり、300単位/回 2回（40分）の場合、600単位/回</p>

第19条（令 元年鹿児島県訪問リハビリテーション集団指導：第三者機関の評価等）

公益財団法人 病院機能評価機構（2015年2月6日認定証交付より一部抜粋記載）

治す医療から支える医療へと変化させ、安心して在宅に帰ることができる体制を少しでも充実させようと組織的活動を図っていることも、称賛できる点である。

現在、病院を中心に介護老人保健施設や訪問看護ステーションなどを運営しており、病院ではQOLを向上し、活かせるよう治療やリハビリテーションに力を入れている。

また、病院の役割・機能を明確にして、地域からの信頼を得ていることは、病院長や幹部職員が組織を導き、組織が応えた賜物であり評価したい。

評価判定結果： リハビリテーション機能を適切に発揮している・・・A 判定

平成15年8月1日初回作成

平成26年4月1日同意書等更新

平成30年9月1日第三者機関評価等更新

令和元年5月1日改訂

令和元年10月1日改訂

令和3年3月25日改訂

令和6年6月1日改訂

契約書兼同意書 (令和 年 月 日)

私と私の家族は、以上の契約の内容について説明を受け、内容を確認し同意しました。

私と私の家族は、この契約で確認する訪問リハビリテーションの利用を申し込みます。

私と私の家族は、私の個人情報を訪問リハビリテーション計画等に用いる事に同意します。

ご利用者	氏名		印
	住所		
	電話番号	()	—
署名代行	代行者氏名		印
	代行理由		

緊急連絡先1	住所		
	氏名		本人との関係
	電話番号	()	—
	携帯電話	—	—
緊急連絡先2	住所		
	氏名		本人との関係
	電話番号	()	—
	携帯電話	—	—

* 予定変更願、ご相談、緊急時は内線 (5 1 3) 外村 までご連絡ください。

事業所名 指宿浩然会病院訪問リハビリテーション

所在地 鹿児島県指宿市十町1130

電話番号 0993-22-3295 管理者 大重 和典

契約書兼同意書（令和 年 月 日）

私と私の家族は、以上の契約の内容について説明を受け、内容を確認し同意しました。

私と私の家族は、この契約で確認する訪問リハビリテーションの利用を申し込みます。

私と私の家族は、私の個人情報を訪問リハビリテーション計画等に用いる事に同意します。

ご利用者	氏名		印
	住所		
	電話番号	()	—
署名代行	代行者氏名		印
	代行理由		

緊急連絡先1	住所		
	氏名		本人との関係
	電話番号	()	—
	携帯電話	—	—
緊急連絡先2	住所		
	氏名		本人との関係
	電話番号	()	—
	携帯電話	—	—

* 予定変更願、ご相談、緊急時は内線（5 1 3）外村までご連絡ください。

事業所名 指宿浩然会病院訪問リハビリテーション

所在地 鹿児島県指宿市十町1130

電話番号 0993-22-3295 管理者 大重 和典

同意書 (令和 年 月 日)

私と私の家族は、訪問リハビリテーション開始時に締結した契約（重要事項説明書）の一部内容の変更について説明を受けました。

私と私の家族は、上記説明を受け、引き続き、訪問リハビリテーションの継続を実施することに、同意します。

ご利用者	氏名		印
	住所		
	電話番号	()	—
署名代行	代行者氏名		印
	代行理由		

* 予定変更願、ご相談、緊急時は内線（5 1 3）外村までご連絡ください。

事業所名 指宿浩然会病院訪問リハビリテーション

所在地 鹿児島県指宿市十町1 1 3 0

電話番号 0 9 9 3 - 2 2 - 3 2 9 5

管理者 大重 和典