

重要事項説明書

1. 訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者名称	社会医療法人 友愛会
代表者氏名	理事長 比嘉 国基
本社所在地	沖縄県豊見城市字与根 50 番地 212

2. 利用者に対してのサービス提供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	友愛園 訪問リハビリテーション
介護保険指定事業所番号	4751380033
事業所所在地	豊見城市字上田 25 番地
連絡先 相談担当者名	電話：098-851-5158 FAX：098-851-5235
事業所の通常の事業の実施地域	豊見城市、那覇市、糸満市、八重瀬町

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、要介護状態にあり、医師が訪問リハビリテーションの必要と認めた高齢者に対し、適切な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	事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、要介護者又は要支援者の心身の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図る。 また、関係市町村、地域の保健、福祉、医療サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～土 ※日曜日、年末年始（12月31日～1月3日）を除く
営業時間	月～金 午前8時30分～午後5時30分 土 午前8時30分～午前12時30分

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月～土
サービス提供時間	月～金 午前9時～午後5時まで 土 午前9時～12時まで
	台風時暴風警報発令され、公共交通機関（バス）が運休する場合は休業となります。 感染症拡大（クラスター）及び非常災害が発生した場合は、事業継続計画（BCP）に基づき、緊急時のサービス提供体制となります。

※非常災害類型：地震・津波、火山、風水害、地滑り、がけ崩れ・土石流等

(4) 事業所の職員体制

管理者	新村 慎也
-----	-------

	職 務 内 容	人 員 数
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	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。 2 医師及び関係職種の方と協同し、リハビリテーションに関する解決すべき課題を把握します。計画作成に当たっては、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を踏まえ、具体的な目標や具体的なサービスを記載します。訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、居宅サービス計画にそって作成し、利用者、家族に説明したあとで、利用者の同意を得ます。 3 訪問リハビリテーション計画に基づき、サービスを提供します。 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。 5 それぞれの利用者について、指定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。	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 1 名以上

3. 提供するサービス内容及び費用について

(1) 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
訪問リハビリテーション	日常生活の動作練習 自主運動の指導 介護をする方への介護指導（介助方法） 環境整備（住宅改修）のアドバイス 福祉用具のアドバイス等

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

区分		利用料	利用者負担額
要介護	40 分（308 単位×2） 60 分	6,160 円 9,240 円	616 円 924 円
要支援	40 分（298 単位×2） 60 分	5,960 円 8,940 円	596 円 894 円

※基本報酬 20 分＝308 単位（要介護者）、298 単位（要支援者）

※利用者負担割合が 1 割の場合

加 算		利用料	利用者負担額	算定回数等
短期集中リハビリテーション実施加算	退院（所）日または新たに要介護認定効力発生日から 3 月以内	2,000 円	200 円	1 回当たり
退院時共同指導加算	導入時	6,000 円	600 円	開始時 1 回のみ
サービス提供体制加算		60 円	6 円	1 回当たり

リハビリテーション マネジメント加算	(ロ)	2,130 円	213 円	1 月当たり
	医師の説明	2,700 円	270 円	1 月当たり
介護職員等処遇改善加算	基本単位数×1.5%			1 月当たり

- ※ 短期集中リハビリテーション加算は、退院（退所）日又は介護認定の効力発生日から起算して 3 月以内の期間のみ算定します。
- ※ 退院時共同指導加算は、当事業所スタッフが退院前カンファレンスに参加し、病院の医師や PT, OT, ST と利用者の状況等に関する情報を相互に共有したうえで、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同し行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させる内容の指導を行った際に算定します。
- ※ リハビリテーションマネジメント加算（ロ）は、リハビリテーション計画の進捗等を定期的に見直し、介護支援専門員や居宅サービス事業者等への情報伝達を行い、リハビリの質の管理をする場合に算定します。また、利用者ごとのリハ計画書を厚労省の科学的介護情報システム（LIFE）を用いて提出し、フィードバック情報を活用します。
医師の説明加算は、それに加え、リハビリ計画の内容を医師が本人または家族に説明した場合には 270 単位加算します。
- ※ サービス提供体制加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、届出た訪問リハ事業所が利用者に対してリハを行った場合に算定します。
- ※ 介護職員等処遇改善加算は、職員の処遇（給与や働きやすさ等）を改善することを目的とした制度であり、職員の安定した確保やサービスの質の向上につなげるものです。

4. その他の費用について

当事業所の通常実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が発生します。

実施地域を超えた点から自宅までの交通費

- ① 5km 以上の区域外は 100 円
- ② 5km 以上の区域外で 1km 増すごとに 30 円追加する。

5. 利用者負担額の請求及び支払い方法について

① 利用者負担額、その他の費用の請求方法等	(ア) 利用料利用者負担額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 10 日に利用者あてに郵送します。
② 利用料、利用者負担額	下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 事業者指定口座への振り込み（利用月翌月の月末まで） (イ) 利用者指定口座からの自動振替（毎月 21 日）

6. 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。

- (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	事業所 責任者 新村 慎也
-------------	---------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 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。

7. ハラスメント防止の取り組み

事業所は適切な訪問リハビリテーションの提供を確保する観点から、職員が心身ともに安全に働ける環境の確保に努めております。そのため、利用者様またはご家族様等による以下の行為（カスタマーハラスメント）は固くお断りいたします。

○対象となる行為の例

- ・身体的な攻撃（殴る、蹴る、突き飛ばす等）
- ・精神的な攻撃（暴言、大声、恫喝、執拗な非難、SNS 等への誹謗中傷等）
- ・過度な要求（法を外れた要求、サービスの範囲を超える強要、長時間の拘束等）
- ・性的嫌がらせ（わいせつな言動、不必要な身体への接触等）

○対応方針

これらの行為が確認された場合、サービスの提供を中止、または契約を解除させて頂く場合がございます。また悪質なケースについては警察や弁護士等と連携し、厳正に対処致します。

8. 事故発生時の対応方法について

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。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、緊急連絡先（ご家族等）、居宅介護支援事業者等への連絡をします。

主治医	氏名
連絡先	
家族	氏名（続柄）
連絡先	

10. サービス提供に関する相談、苦情について

- (1) 苦情処理の体制及び手順

ア 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）。

イ 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。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 (友愛ケアセンター)	所在地 豊見城市字上田 25 番地 電話番号 098-851-5234 受付時間 午前 9 時～午後 5 時 30 分（平日） 午前 9 時～午前 12 時 30 分（土曜） 担当者： 事業本部 武内 勉
【市町村（保険者）の窓口】 各市町村介護保険課	所在地 各市町村 介護保険課へ連絡
【公的団体の窓口】 沖縄県国民健康保険団体連合会	所在地 那覇市西 3-14-18 電話番号 098-860-9026 受付時間 午前 9 時～午後 5 時 利用日 月～金（祝祭日を除く）

1 1. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

当事業者は、利用者に対して本書面（サービス内容説明書及び重要事項説明書）に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明し、交付しました。

事業者	所在地	沖縄県豊見城市字上田 25 番地
	法人名	医療法人友愛会 介護老人保健施設 友愛園
	代表者名	比嘉 淳子
	事業所名	友愛園 訪問リハビリテーション
	説明者氏名	

私は、本書面により、事業者から訪問リハビリテーションサービスについての重要事項の説明を受け、本書面を受領しました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	