**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**

　　　　　　　　　　　**重　要　事　項　説　明　書**

利用者様に対する指定訪問リハビリテーションの提供に当たり、当事業所が利用者様に説明すべき重要事項は次の通りです。

１　指定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 | 　医療法人藤沼医院 |
| 代表者氏名 |   理事長藤沼　彰 |
| 本社所在地（電話番号等） | 　栃木県栃木市大平町富田5212-7　0282-43-2233 |
| 法人設立年月日 | 　平成3年6月24日 |

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 | 藤沼医院訪問リハビリテーション |
| 介護保険指定事業所番号 | 　0912310315 |
| 事業所所在地 | 栃木県栃木市大平町富田5212-7 |
| 連絡先 | TEL　0282-43-2233 |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | 　栃木市（旧大平町・岩舟町・藤岡町） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者等」という）に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 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. 事業所窓口の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 　月曜日～金曜日 |
| 営業時間 | 　8：30～17：30 |

1. サービス提供可能な日と時間帯

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | 月曜日～金曜日 |
| サービス提供時間 | 　9：30～17：00 |

1. 事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | 藤沼　彰 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 管理者 | 1. 主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問訪問リハビリテーションが行われるよう必要な管理を行います。
2. 訪問リハビリテーション計画書及び訪問訪問リハビリテーション報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行います。

3　従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 常勤兼務　1名 |
| 理学療法士 | 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　医師及び理学療法士、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。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。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、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　　1名以上（兼務） |

３　提供するサービスの内容及び費用について

1. 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
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. 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分等 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 訪問リハビリテーション（1回20分以上　1週に6回が限度）　　予防訪問リハビリテーション | 308298 | 3132円3031円 | 313円303円 | 626円306円 | 940円909円 |

* + 退院(所)の日から起算して3カ月以内は、医師の指示の基にリハビリテーションを行う場合は週12回まで実施できます。
	+ 主治の医師から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による訪問リハビリテーション費は算定せず、別途医療保険による提供となります。
1. 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 | 算定回数等 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | 200 | 2034円 | 203円 | 406円 | 610 | 1日につき |
| リハビリテーションマネジメント加算ロ | 483 | 4912円 | 491円 | 982円 | 1,474円 | 1月につき |
| 移行支援加算 | 17 | 173円 | 17円 | 35 | 52円 | 1日につき |

* + 短期集中リハビリテーション実施加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。

退院（退所）日または要介護認定を受けた日から起算して３か月以内の期間に１週間につき概ね2日以上、１日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

* + リハビリテーションマネジメント加算は、医師、理学療法士、その他の職種の者が共同で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより、継続的に訪問リハビリテーションの質を管理した場合に、算定します。

事業所の医師が訪問リハビリテーション計画について利用者又はその家族に対して説明・同意を得た場合270単位の加算を含みます。

当事業所における訪問リハビリテーション計画等の内容に関するデータを厚生労働省に提出し、必要な情報を活用しています。

* + 移行支援加算は、リハビリテーションを行い通所介護等に移行させた者が一定の割合を占めた場合、算定します。
	+ 地域区分別の単価(7級地 10.17円)を含んでいます。

４　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について

（1）利用料利用者負担額の費用の額はサービス提供ごとに計算し、月ごとの合計金額を翌月に請求いたします。

（2）利用時に現金で訪問時又は受付にお支払いください。

５　サービスの提供にあたって

1. サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
2. 医師及び理学療法士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。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。

６　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止に関する担当者 |  医師　藤沼　彰 |

1. 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
2. 虐待防止のための指針の整備をしています。
3. 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
4. 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。

７　秘密の保持と個人情報の保護について

（1）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。

（2）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。

８　緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

９　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。

なお、事業者は、損害賠償保険に加入しています。

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。

(3)事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

　　①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

13　業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14サービス提供に関する相談、苦情について

苦情処理の体制及び手順

提供した指定訪問看護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。

（1）苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 苦情解決責任者　　藤沼　彰（理事長）　 | 電話番号　0282-43-2233 |
| 苦情受付責任者　池澤　絢　　 | 電話番号　0282-43-2233　FAX　0282-43-2320受付時間　9：00～17：00 |
| 第三者委員　　　川島　孝宜　　　　　　　渡邉　幸多 | 電話番号　0282-43-3430電話番号　090-5322-6546　 |
| 栃木市役所　高齢介護課　　　　　　　介護保険係 | 所 在 地　栃木市万町9番2号電話番号　0282-21-2251 ﾌｧｯｸｽ番号0282-21-2670　受付時間　9：00～17：00(土日祝は休み) |
| 栃木県国民健康保険団体連合会 | 所 在 地　宇都宮市本町合同ビル3番6号電話番号　0282-622-7242受付時間　9:00～17:00（土日祝は休み） |

（2）苦情解決の方法

①　苦情は面接、電話、書面により苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

　　②　苦情受付の報告・確認・対応

　　　苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告し、当事業所内に設置してあります苦情処理委員会（医療安全委員会）に諮り、その結果を踏まえて対応させていただきます

　　③　苦情解決のための話し合い

　　　前項にて解決されない場合、苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

　　　なお、第三者委員の立ち会いによる話し合いは、次により行います。

　　　ア．第三者委員による苦情内容の確認

　イ．第三者委員による解決策の調停、助言

　　　ウ．話し合いの結果や改善事項等の確認

15　サービスの第三者評価の実施状況について

　当事業所では第三者評価は実施していません。

訪問リハビリテーションのサービス提供に際し、書面に基づき重要事項の説明交付を行いました。

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 | 　栃木県栃木市大平町富田5212-7 |
| 法人名 | 　医療法人藤沼医院 |
| 代表者名 | 　　理事長　藤沼　彰　　　　　　　　　印 |
| 事業所名 | 　藤沼医院訪問リハビリテーション |
| 説明者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項を受け、訪問リハビリテーションの提供に同意し交付を受けました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 | 印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 | 印 |