

## 重要事項説明書

指定訪問リハビリテーション事業所の人員、設備および運営に関する基準に基づき、町立湯沢病院指定訪問リハビリテーション事業所（以下、「事業所」という。）が利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 町立湯沢病院の概要

施設 の 名 称	町立湯沢病院
施設 所 在 地	新潟県南魚沼郡湯沢町大字湯沢 2 8 7 7 番地 1
施設長名（管理者）	井上 陽介
開 設 年 月 日	2 0 0 2 年 8 月 2 1 日
電 話 番 号	0 2 5 - 7 8 0 - 6 5 4 3
F A X 番 号	0 2 5 - 7 8 4 - 1 9 0 0

### 2. 事業所の概要

事 業 所 の 名 称	町立湯沢病院
サービスの種類	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
事 業 所 所 在 地	新潟県南魚沼郡湯沢町大字湯沢 2 8 7 7 番地 1
電 話 番 号	0 2 5 - 7 8 0 - 6 5 4 3
施設長名（管理者）	井上 陽介
電 話 番 号	0 2 5 - 7 8 0 - 6 5 4 3
ファックス番号	0 2 5 - 7 8 4 - 1 9 0 0
介護保険指定年月日	2 0 0 7 年 1 月 1 日
指 定 事 業 所 番 号	1 5 7 5 8 0 0 6 5 9
通常事業の実施地域	湯沢町（浅貝・二居地区を除く）

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護者又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことが出来るよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことが出来るよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします
運営の方針	事業者は利用者の心身の状況や家庭環境を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます

#### 4. 提供するサービスの内容

訪問リハビリテーション（又は介護予防訪問リハビリテーション）は理学療法士、作業療法士が通院困難な利用者のお宅を訪問してその方の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、リハビリテーションを行うことで心身機能の維持回復を図るサービスです

#### 5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 ・ 1人以上
理学療法士または作業療法士	常勤 ・ 1人以上

#### 6. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月29日～1月3日）を除く
営業時間	午前8時30分～午後17時まで ただし土曜日は8時30分～12時30分まで

#### 7. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の体調や様態の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医へ連絡を行い、医師へ指示を求める等必要な措置を講じます。利用者の家族、代理人、ケアマネージャー等の関係者に連絡を行います。

#### 8. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 9. 高齢者虐待防止

利用者の尊厳の保持のために、利用者が他者から不適切な扱いにより権利利益を侵害される状況や生命・健康・生活が損なわれるような状態に置かれることのないよう、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）に基づき支援を行います。

（1）虐待防止に対する担当者を選定しています。

（2）研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

(3) 事業所の従業者がサービスにあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、事業所の従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。サービス提供中に、事業所の従業者又は養護者（現に養護している家族・親戚・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、速やかに医師・担当ケアマネージャー・市町村に報告します。

#### 10. 身体拘束の適正化

(1) 利用者の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行いません。

(2) 身体拘束を行う場合には、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します。

#### 11. 業務継続計画の策定について

(1) 大規模な地震・風水害等自然災害又はそれに類する事態が発生した場合において、湯沢町保健医療センター「事業継続計画（BCP）自然災害用」（防災対策マニュアル、災害対策マニュアルと併せて運用）に従って必要な措置を講じます。事業所の機能を可能な限り維持しまたは早期に復旧し、初動、急性期から復興期に至るまで切れ目なく災害医療活動を継続することにより、人命を救助し、地域社会の早期復興に貢献できるよう努めます。

(2) 新型コロナウイルス感染症等が発生した場合において、利用者に対しサービスの提供を継続的に実施するため湯沢町保健医療センターの「業務継続計画」「院内感染対策マニュアル」に従って必要な措置を講じます。

(3) 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実施します。

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

12. 相談、要望、苦情等の窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

【事業所の窓口】	
町立湯沢病院 リハビリ室	所在地：新潟県南魚沼郡湯沢町大字湯沢2877番地1 電 話：025-780-6543 受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 (祝日、年末年始除く) 担 当：リハビリ室 室長
湯沢町保健医療センター 医療福祉相談室	所在地：新潟県南魚沼郡湯沢町大字湯沢2877番地1 電 話：025-780-6543 FAX：025-788-1181 受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 土曜日 8：30～12：30 (祝日、年末年始除く) 担 当：医療福祉相談室 責任者

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

【市町村の窓口】 保険者が湯沢町以外の方は、各市町村の窓口にご連絡ください	
湯沢町役場 健康福祉部 福祉介護課 介護保険係	所在地：新潟県南魚沼郡湯沢町大字湯沢2877番地1 電 話：025-784-4560 FAX：025-784-4536 受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：15 (祝日、年末年始除く)
南魚沼市役所 介護保険課 介護保険係	所在地：新潟県南魚沼市180番地1 電 話：025-773-6675 FAX：025-773-6723 受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：15 (祝日、年末年始除く)

【公的団体の窓口】	
新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室	所在地：新潟県新潟市中央区新光町4番地1 新潟県自治会館本館 電 話：025-285-3022 FAX：025-285-3350 受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 (祝日、年末年始除く)

(3) 意見の把握体制・第三者による評価の実施状況

意見把握への取り組み	意見箱：あり 結果の開示：あり
第三者による評価の実施状況	なし

重要事項説明書（別紙1）

1. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合が自己負担額となります。2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍の負担額となります。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分】

サービスの内容	基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
1回につき(20分)	3080円/回	308円

【加算】

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。

加算項目	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内に、週2日以上、1日あたり20分以上のサービスを週12回まで提供した場合	2000円/日	200円/日
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	リハビリテーション会議の開催、厚生労働省への情報の提出 ※(注1)参照	1800円/月	180円/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	リハビリテーション会議の開催、厚生労働省への情報の提出、リハビリテーション・口腔・栄養のアセスメントを実施し、一体的に共有している場合 ※(注1)参照	2130円/月	213円/月
※(注1) 医師が利用者又はその家族に説明した場合、上記に加えて270単位加算			

認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症の利用者 退院(所)日もしくは訪問開始日から3月以内、1週に2日を限度として加算	2400円/日	240円/日
サービス体制強化加算(Ⅰ)	リハビリを提供する理学療法士、作業療法士のうち勤続年数7年以上の者がいる場合	60円/回	6円/回
サービス体制強化加算(Ⅱ)	リハビリを提供する理学療法士、作業療法士のうち勤続年数3年以上の者がいる場合	30円/回	3円/回
中山間地域サービス提供加算	通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本利用料の5%	

退院時共同指導加算	入院中の利用者が退院するにあたり、訪問リハビリテーション事業所の医師またはリハビリテーション職種の方が退院前カンファレンスに参加し退院時の共同指導を行った場合 初回の訪問リハビリテーションに1回に限り加算	6000円/回	600円/回
-----------	---	---------	--------

### 【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件 ※(注2)参照	減算額	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
診療未実施減算	訪問リハビリテーションの事業所の医師が診療を行わない場合	500円/回	50円/回

(注2) 以下に該当する場合には診療未実施減算を適用しません

- ・医療機関に入院し、入院リハビリテーションの提供を受けた利用者であること
- ・訪問リハビリテーション事業所が、利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報提供を受けていること
- ・利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供であること

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者に対するサービスを行う場合 ・同一建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の10%を減算

(2) 介護予防訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分】

サービスの内容	基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
1回につき(20分)	2980円/回	298円/回

【加算】

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。

加算項目	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内に、週2日以上、1日あたり20分以上のサービスを週12回まで提供した場合	2000円/日	200円/日

認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症の利用者 退院(所)日もしくは訪問開始日から3月以内、1週に2日を限度として加算	2400円/日	240円/日
サービス体制強化加算(Ⅰ)	リハビリを提供する理学療法士、作業療法士のうち勤続年数7年以上の者がいる場合	60円/回	6円/回
サービス体制強化加算(Ⅱ)	リハビリを提供する理学療法士、作業療法士のうち勤続年数3年以上の者がいる場合	30円/回	3円/回

中山間地域サービス提供加算	通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本利用料の5%
---------------	---------------------------------	------------

退院時共同指導加算	入院中の利用者が退院するにあたり、訪問リハビリテーション事業所の医師またはリハビリテーション職種の方が退院前カンファレンスに参加し退院時の共同指導を行った場合 初回の訪問リハビリテーションに1回に限り加算	6000円/回	600円/回
-----------	---	---------	--------

#### 【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額	利用者負担金 担1割の場合)
診療未実施減算	訪問リハビリテーションの事業所の医師が診療を行わない場合 ※(注3)参照	500円/回	50円/回
長期利用減算	利用開始日の属する月から12か月を超えてリハビリテーションを行う場合	300円/回	30円/回

(注3) 以下に該当する場合には診療未実施減算を適用しません

- ・医療機関に入院し、入院リハビリテーションの提供を受けた利用者であること
- ・訪問リハビリテーション事業所が、利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報提供を受けていること
- ・利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供であること

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者へサービスを行う場合 ・同一建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の10%を減算

※上記の利用料金は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、制度が改定された場合は、これら利用料等は変更となる場合があります。その場合は、あらかじめ利用者、その家族または代理人に対し、当該サービスの内容、利用料について説明を行い、同意を得ることとします。

## 2. 支払い方法

利用料は1か月ごとにまとめて請求します。利用者の負担額は、介護保険費用の1割（一定以上所得者の場合は2割又は3割）を利用料としてお支払いいただきます。次のいずれかの方法により、サービスを利用した月の翌月10日以降にお支払いください。

### (1) 現金及びクレジットカード払い

病院1階会計窓口にてお支払いください。お支払い後、領収書をお渡しします。

#### 【会計窓口の営業日時】

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	午前9：00～午後16：30
土曜日	午前9：00～午前11：30

ただし、日曜日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）を除く

### (2) 銀行振込

振り込みを希望される場合は、訪問リハビリ担当者にお知らせください。翌月10日以降にリハビリ担当者より請求書をお渡しします。事業者が指定する口座にお振り込みください。口座振込み手数料は利用者負担となります。入金確認後の訪問リハビリ時に、領収書をお渡しします。

(重要事項署名欄)

20 年 月 日

(事業者) 事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

住 所 新潟県南魚沼郡湯沢町大字湯沢2877番地1

事業者名 町立湯沢病院

代表者職・氏名 管理者 井上 陽介 印

(説明者) 氏 名

(利用者) 私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

住 所 新潟県南魚沼(郡・市)

氏 名 印

(代理人) 私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、利用者本人の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

住 所

氏 名 印

本人との続柄

署名(自署)の場合、印は不要です。代理人が記入する場合は、必ず押印をお願いします。