

重 要 事 項 説 明 書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「札幌市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例に定める「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（平成 25 年厚生省令第 8 号）」に基づき、指定訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

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 | グッドライフクリニック西町南 |
| 代表者氏名 | 野呂 昇平 |
| 本社所在地 (連絡先及び電話番号等) | 札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2F (011-663-1110) |
| 法人設立年月日 | 2024 年 5 月 |

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 | グッドライフクリニック西町南 |
| 介護保険指定 事業所番号 | 0110419736 |
| 事業所所在地 | 札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2F |
| 相談担当者 | 西村 憲昭、佐斉 貴志 (011-663-1110) |
| 事業所の通常の 事業の実施地域 | 札幌市内、札幌市内近郊 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 運動機能が低下した方、脳卒中や心疾患などの既往があり、通所リハビリやデイサービスに通うことが困難な方や軽症であっても、ご自宅でマンツーマンでリハビリをやりたいという方が安心して訪問リハビリテーションサービスを受けることができます。 |
| 運営の方針 | 健康増進、健康寿命の延伸 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|------------|
| 営業日 | 月、火、水、木、金 |
| 営業時間 | 8:45～16:45 |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|------------|
| サービス提供日 | 月、火、水、木、金 |
| サービス提供時間 | 8:45～17:45 |

(5) 事業所の職員体制

| | |
|-----|-------|
| 管理者 | 野呂 昇平 |
|-----|-------|

| 職 | 職 務 内 容 | 人 員 数 |
|-------------------|--|--------------|
| 医 師 | 訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画の作成に係る診療を行います。 | 1 名 |
| 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、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指定訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、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、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。 6. リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、適切なサービスを提供します。 | 理学療法士 5 名 |

3. 提供するサービスの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 |
|---------------|--|
| 指定訪問リハビリテーション | 要介護状態となった場合においても、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生活機能の維持又は向上を目指し、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当たって、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なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について

①医療保険での訪問リハビリテーションの場合（1割負担）

| 区分 | 利用料 | 利用者負担額 | |
|---------------------------------|----------|---------|-------------------------|
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション | 3000 円/回 | 300 円/回 | 基本報酬 1 回 20 分以上のサービス |
| | 9000 円/回 | 900 円/回 | 60 分の場合 |

②介護予防訪問リハビリテーションの場合（要支援、1割負担）

| 区分 | 利用料 | 利用者負担額 | |
|---------------------------------|----------|---------|--|
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション | 2980 円/回 | 298 円/回 | 基本報酬 1 回 20 分以上のサービス 1 週に 6 回が限度 |

以下の要件を満たす場合、加算を算定します

| 加算 | 利用料 | 利用者負担額 | |
|-------------------|-----------------|---------|--|
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 60 円/回 | 6 円/回 | |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | 2000 円/日 | 200 円/日 | 退院日または新たに要介護認定を受けた日から 3 か月以内 |
| 退院時共同指導加算 | 6000 円 一回に限る | 600 円 | 退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回訪問リハビリテーション行った場合に限る |

③介護訪問リハビリテーションの場合（要介護、1割負担）

| 区分 | 利用料 | 利用者負担額 | |
|---------------------------------|----------|---------|--|
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション | 3080 円/回 | 308 円/回 | 基本報酬 1 回 20 分以上のサービス 1 週に 6 回が限度 |

以下の要件を満たす場合、加算を算定します

| 加算 | 利用料 | 利用者負担額 | |
|-----------------|--------|--------|--|
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 60 円/回 | 6 円/回 | |

| | | | |
|----------------------|-----------------|---------|---|
| リハビリテーションマネジメント加算(口) | 2130 円/月 | 213 円/月 | 医師、理学療法士等と協同して継続的にリハビリテーションの質を管理した場合 |
| | 2700 円/月 | 270 円/月 | 上記に加えて医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | 2000 円/日 | 200 円/日 | 退院日または新たに要介護認定を受けた日から3か月以内 |
| 退院時共同指導加算 | 6000 円 一回に限る | 600 円 | 退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回訪問リハビリテーションを行った場合に限る |

加算要件について

※短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、退院・退所又は認定日から3月以内の期間に集中的（週に2回以上、1回当たり20分以上）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。

※サービス提供体制強化加算は、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け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く）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。

※札幌市の地域区分は7等級となりますので、3%の上乗せとなります。

以下の場合、減算算定となります

※①当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者②に該当する場合を除く）又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者に対し、訪問リハビリテーションを行った場合は上記金額の90/100となります。

②当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の建物に居住する利用者に対し、訪問リハビリテーションを行った場合は上記金額の85/100となります。

※指定訪問リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに利用者に対して指定訪問リハビリテーションを行った場合、1回につき、利用料が500円（利用者負担50円）減額となります。（別の医療機関の医師が適切な研修の終了等をしていること等厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限る）

※高齢者虐待防止措置未実施の場合

※業務継続計画未策定の場合

※介護予防訪問リハビリテーションに限り、利用開始した日の属する月から起算して12月を超え、かつ算定要件をみたさなかった場合、一回につき利用料300円（利用者負担30円）減額となります

※利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額を一旦お支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に、利用者負担額を除いた居宅介護サービス費の支給申請を行ってください。

4. その他の費用について

| | | |
|--|--|-------------------------|
| ① 交通費 | 札幌市内交通費無料です。 | |
| ② キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 | |
| | 24 時間前までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| | 12 時間前までにご連絡の場合 | 1 提供当りの料金の 50%を請求いたします。 |
| | 12 時間前までにご連絡のない場合 | 1 提供当りの料金の 75%を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 | | |

(注) 当該事業所の運営規程において、定められている必要があります。

5. 利用料、利用者様負担額（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 (介護保険を適用する場合) その他の費用の請求方法等 | <p>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。</p> <p>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 日までに利用者あてにお届け（郵送）するか直接お渡し致します。</p> |
| ②利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合) その他の費用の支払い方法等 | <p>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、請求月の 27 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い</p> <p>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致します。</p> <p>(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります)</p> |

※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支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 30 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6. 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

| | | |
|---|-------------|--------------|
| 利用者のご事情により担当する職員の変更を希望される場合は、右の相談担当者までご相談ください | ア 相談担当者氏名 | 西村 憲昭、佐斉 貴志 |
| | イ 連絡先電話番号 | 011-663-1110 |
| | ウ 受付日及び受付時間 | 8:45～16:45 |

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7. 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) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、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。
- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

8. 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 | 佐斉 貴志 |
|-------------|-------|

- (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。

9. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の

範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- 1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- 2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- 3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|--------------------------|---|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <ul style="list-style-type: none"> ① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「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ダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 ② 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及び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。 ③ 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。 ④ 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。 |
| ② 個人情報の保護について | <ul style="list-style-type: none"> ① 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ぬ。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ぬ。 ② 事業者は、利用者及び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。 ③ 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） |

※複写料について

| 開示に関する諸費用（消費税等込み） | |
|-------------------|---------------------------------|
| 開示基本料 | 2,200 円/件 |
| 開示に伴う医師面談料 | 5,500 円/30 分 30 分を超える毎に 5,500 円 |
| 閲覧 100 枚まで毎に | 5,500 円/100 枚まで |
| 診療記録等コピー代 | カラー 33 円/枚 白黒 11 円/枚 |
| 画像記録の提供（CD 代） | 1,100 円/枚 |
| 要約書交付料 | 5,500 円/件 |

1 1. 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、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|-------|---------------|
| 保険会社名 | 日本理学療法士協会 |
| 保険名 | 理学療法士賠償責任保険 |
| 補償の概要 | 1 事故 300 万円まで |

1 2. 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。

1 3. 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当たっては、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。

1 4. 居宅介護支援事業者等との連携

訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

1 5. 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。

1 6. 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。

17. 指定訪問リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりはあなたの居宅を訪問し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえ、あなたの生活の質の向上を図るために作成したものです。

1) 提供予定の指定訪問リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額(1割負担の場合)

○要介護の場合(※基本加算含む)

| | 利用単位数 | 利用者負担 |
|------------|---------|---------|
| 週1回 60分の場合 | 4251 単位 | 4,251 円 |
| 週2回 60分の場合 | 8019 単位 | 8,019 円 |

○要支援の場合(※基本加算含む)

| | 利用単位数 | 利用者負担 |
|------------|---------|---------|
| 週1回 60分の場合 | 3648 単位 | 3,648 円 |
| 週2回 60分の場合 | 7296 単位 | 7,296 円 |

上記に加え、2～3か月に一度、医療保険での医師の訪問診療費がかかります

(※1割負担で約900円)

必要に応じて、先に記載した加算が加わる場合があります。

| 曜日 | 訪問時間帯 | サービス 区分・種類 | サービス内容 | 介護保険 適用の有無 (○/×) | 利用料 | 利用者負 担額 |
|--------------------------|-------|---------------|--------|------------------------|-----|------------|
| 月 | ～ | 訪問リハビリテーション | | | | |
| 火 | ～ | 訪問リハビリテーション | | | | |
| 水 | ～ | 訪問リハビリテーション | | | | |
| 木 | ～ | 訪問リハビリテーション | | | | |
| 金 | ～ | 訪問リハビリテーション | | | | |
| 1週当りの利用料、利用者負担額(見積もり)合計額 | | | | | 円 | 円 |

2) 1か月当りのお支払い額(利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)とその他の費用の合計)の目安

| | |
|----------|---|
| お支払い額の目安 | 円 |
|----------|---|

※ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※この見積もりの有効期限は、説明の日から１ヵ月以内とします。

18. 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

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）

2) 苦情申立の窓口

| | |
|---|---|
| 【事業者の窓口】 グッドライフクリニック西町南 | 担 当 者 西村 憲昭、佐齊 貴志 所 在 地 札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 電話番号 011-663-1110 受付時間 8:45～16:45 |
| 【市町村（保険者）の窓口】 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部 介護保険課 | 所 在 地 札幌市中央区北 1 条西 2 丁目 札幌市役所本庁舎 3 階 電話番号 011-211-2972 FAX 番号 011-218-5117 受付時間 8:45～17:15 （土日祝休み） |

19. 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 |
|-----------------|-------|

上記内容について、札幌市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例、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（平成 25 年厚生省令第 8 号）に基づき、指定訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明いたしました。

以上の内容に同意頂けた場合は、下記にご署名をお願い致します。

| | | |
|-----|---------|-------------------------|
| 事業者 | 所 在 地 | 札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2 階 |
| | 法 人 名 | 医療法人グッドライフグループ |
| | 代 表 者 名 | 野呂 昇平 印 |
| | 事 業 所 名 | グッドライフクリニック西町南 |
| | 説明者氏名 | |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

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