

訪問リハビリテーション重要事項説明書

1. 訪問リハビリテーション事業者(法人)・事業所の概要

法人種別	医療法人社団 順洋会
代表者名	理事長 下村 洋
事業所の名称	武蔵野総合クリニック 介護保険指定番号 1314720975
所在地	東京都清瀬市元町1丁目8番30号 電話042-496-7015
サービス提供地域	清瀬市・東久留米市・新座市 西東京市・所沢市

2. 事業の目的

指定訪問リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために人員、組織及び運営管理に関する事項を定め要介護者等が居宅において日常生活を営むために適正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。

3. 運営方針

在宅療養をしている利用者の生活の質を確保するため、保健・医療・福祉関係者と密接な連携のもとに、在宅療養が継続できるよう支援する。また、円滑な事業運営に努め在宅ケアの推進を図る。

4. 事業所の職員体制

従業者の職種	人数	常勤	非常勤	備考
理学療法士	2名	1名	1名	
作業療法士	2名	1名	1名	
言語聴覚士	0名	0名	0名	

5. サービスの営業日・営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前 9時00分 ～ 午後6時00分
休業日	日曜日、12月31日～1月2日

6. サービスの内容

利用者の居宅に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を派遣し、当法人の医師の指示に基づき訪問リハビリテーションサービスを提供致します。

7. サービス従事者

- (1) サービス従事者とは、お客様の訪問リハビリテーションを提供する本事業所の職員であり、主としてリハビリスタッフ(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、そして、サービス提供者が該当します。
また、契約書及び重要事項説明書は、リハビリスタッフに代わって事務員等がご説明をさせていただく場合があります。
- (2) お客様の訪問リハビリテーションを提供するスタッフの選任(担当の変更を含む)は、本事業所が行い、お客様が訪問リハビリスタッフを指名することはできません。本事業所では固定の担当は設けず、様々な職員が介入する場合があります。
本事業所の都合により訪問リハビリスタッフを変更する場合は、お客様やそのご家族に対し事前にご連絡すると共に、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分に配慮します。
- (3) お客様が、訪問リハビリスタッフの変更を希望する場合には、その変更希望理由(業務上不適当と判断される事由)を明らかにして、本事業所まで申し出てください。
＊業務上不適当と判断される事由がなき場合、変更を致しかねる場合があります
- (4) 本事業所は、お客様からの希望による変更も含め、訪問リハビリスタッフの変更により、お客様及びそのご家族様等の介護者に対して、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分配慮します。

[サービスご利用に際しての留意事項]

- (1) 訪問の際はペットをケージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願い致します。
- (2) 見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意を受けてください。
- (3) 受動喫煙についての健康影響について様々な疾患発症の研究結果が近年多く報告されています。職員がより良いサービスを提供するために、職員の訪問前から訪問終了までの喫煙はご遠慮ください。
- (4) 従業員に対する贈物や飲食等のもてなしはお受けできません。

[サービス利用にあたっての禁止事項について]

- (1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
ハラスメント行為(パワハラ・セクハラ等)などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することがあります。
- (2) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音などを無断でSNS等に掲載すること。
- (3) サービス提供に関係のない、宗教活動、政治活動、勧誘活動、社会活動、セールス等の行為と認められる行為。
- (4) 訪問リハビリテーション事業所は、利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かりは行いません。

8. 利用料金

介護保険を適用する場合は、原則として料金表の利用料金に対して、介護保険負担割合証に指定された割合を乗じた額が利用者の負担額となります。

訪問リハビリテーション費		308単位/回	3,336円/回	1回20分以上
加算	リハビリテーションマネジメント加算 イ	180単位/月	1,949円/月	
	リハビリテーションマネジメント加算 ロ	213単位/月	2,307円/月	
	事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合 加算(イ)・(ロ)に加え270単位を加算	270単位/月	2,925円/月	
	短期集中リハビリテーション実施加算 (退院・退所または要介護認定を受けた日から3ヶ月以内)	200単位/日	2166円/日	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/日	2599円/日	
	退院時共同指導加算	600単位/回	6498円/回	退院につき1回まで
	移行支援加算	17単位/日	184円/日	
	サービス提供体制強化加算	3単位/20分	32円/20分	

*介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

*上記の料金設定の基本となる時間は実際のサービス提供時間ではなくケアプランに定められた目安の時間を基準とします。

(御参考)医療保険利用時

要介護認定を受けている方は、医療保険を適用できません。

また、医療保険を適用する場合は、加入している保険により負担割合が異なります。

後期高齢者(75歳以上)		1割または3割(一定所得の方)
健康保険(社会保険) 国民健康保険	高齢受給者	1割または3割(一定所得の方)
	一般患者(65歳未満)	3割

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料			
同一建物居住者20人以上にサービス提供の場合		255点/単位	2550円/単位
上記以外		300点/単位	3000円/単位

9. 交通費

通常の業務実施地域を超える場合の交通費

自動車利用	通常の実施区域を超える場合1kmにつき100円
各種公共交通機関	利用区間に応じて実費

10. その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用者様の負担となります。

11. キャンセル料

ご連絡を頂く時間	キャンセル料
前日までにご連絡を頂いた場合	不要
当日、訪問までのご連絡の場合	1000円
訪問までにご連絡のない場合	1提供あたりの料金の100%

※ご利用者様の病状の急変や急な入院等により連絡できなかった場合、キャンセル料は頂きませ

12. 利用料のお支払い方法

毎月、15日前後に前月分の請求書をお渡しいたします。

1)利用者様より直接頂く場合(基本は物品代行購入などの限定となります)

利用料は1ヶ月単位とし、当月分を翌月中旬までに請求させて頂きます。

訪問時に集金、後日領収書を発行いたします。

2)利用者の指定の口座から、りそな銀行による自動振替の場合

利用料は1ヶ月単位とし、当該月の利用料は翌月28日にご指定の口座より振替いたします

(土・日・祝日の場合はその翌日)。

後日、領収書を発行いたします。

尚、領収書の再発行はできませんので各自が責任を持って保管願います。

13. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1)	窓口名称	医療法人社団 順洋会 武蔵野総合クリニック	リハビリテーション課	担当:岡野
	電話番号	042-496-7015(代表)		
	対応時間	月～金 9:00～18:00 土・日・祝祭日・12月31日～1月2日を除く		
(2)	窓口名称	清瀬市役所		
	電話番号	042-492-5111		
	対応時間	月～金 8:30～17:00 土・日・祝祭日・年末年始は対応不可		
	担当者	高齢支援課 介護サービス係		
(3)	窓口名称	東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口		
	電話番号	03-6238-0177		
	対応時間	月～金 9:00～17:00 土・日・祝祭日・年末年始は対応不可		

14. 個人情報保護、利用目的について

当院ではご利用者様及びご家族の個人情報を下記の目的に利用しその取扱いには細心の注意を払っております。

確実に正確な保険請求をするために各種保険証の提示、コピーを取らせて頂きます。

保険請求以外では使用いたしません。又、個人情報やカルテにつきましては2年間保管した後は責任を持ち破棄させて頂きます。

15. 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	リハビリテーション課 岡野
-------------	---------------

(2)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。

(3)虐待防止のための指針の整備をしています。

(4)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。

(5)罂一ビス提供中に、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。

16. 身体拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。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、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、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。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (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れば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

17. 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行います。

(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。

18. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などあった場合は速やかにご利用者の主治医、救急隊
緊急連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡
します。

主治医	医療機関名	医療法人社団 順洋会 武蔵野総合クリニック
	所在地	〒204-0021 東京都清瀬市元町1-8-30
	氏名	
	電話番号	042 (496) 7015

緊急連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	〒 -
	電話番号	()

居宅介護支援 事業所	居宅介護支援 事業所名	
	所在地	
	担当 ケアマネージャー	
	電話番号	

19. カルテ開示について

ご利用者様及び代理人、ご家族様が訪問リハビリテーションサービスに係るカルテの開示を求めた場合、
当院で定めた金額により、カルテを開示することが出来ます。

私は、本書面により、事業者から訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受け
その内容に同意しこれを受領しました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて
重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	東京都清瀬市元町1-8-30			
	名称	医療法人社団 順洋会 武蔵野総合クリニック			印
	説明日	令和	年	月	日
	説明者氏名				印