

医療法人社団神野医院 じんのクリニック

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

1. 事業所概要

法 人 名 : 医療法人社団 神野医院
代 表 者 氏 名 : 理事長 神野君夫
事 業 所 名 : じんのクリニック
事 業 所 所 在 地 : 京都府宇治市六地蔵町並39番地
電 話 番 号 : 090-2043-4874
ファックス番号 : 0774-31-1123
事 業 所 開 設 日 : 平成25年12月1日
指定事業所番号 : 京都府2611203569号
管 理 者 : 神野君夫
サービス提供地域 : 伏見区(石田・小栗栖・醍醐・日野・桃山の一部・桃山町の一部)
山科区(小野)
宇治市(六地蔵・木幡・平尾台・五ヶ庄・菟道・羽戸山)

2. 事業の目的

要支援もしくは、要介護状態となった場合、利用者が可能な限りその居宅において、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、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図ることを目的とします。

3. 運営方針

- 1)利用者の要介護状態の軽減、もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防に資するよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行います。
- 2)自ら提供する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の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- 3)事業の提供に当たっては、利用者の主治医の指示のもとに、利用者の希望、心身の状況等を踏まえた居宅サービス計画に沿って、リハビリテーションの目標や、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した訪問リハビリテーション計画・介護予防

訪問リハビリテーション計画を作成し、これに基づいて利用者の心身機能の維持回復を図るようなサービスを適切に行います。

- 4)事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、療養上必要な事項について理解しやすいよう指導または説明を行います。
- 5)事業の提供に当たっては、常に利用者の状況、心身の状況およびその置かれている環境を的確に把握し、利用者またはその家族に対して、適切なサービスの提供を行います。
- 6)事業の提供に当たり、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスおよび居宅サービス事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供を行います。
- 7)理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士は、主治医の指示を基に訪問リハビリテーション計画・介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し、それを利用者に交付するとともに、利用者またはその家族に対して適切な指導を行い、サービスの実施状況およびその評価について記録し、主治医に報告し、かつ地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に対しても必要な情報提供を行います。
- 8)事業所は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。

4. 職員の体制

医療機関に勤務する職種、員数、および職務内容は次のとおりとします。

①管 理 者：医師（常勤兼務2名）

管理者は、事業所従事者の管理および業務の管理を一元的に行います。また、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計画作成の指導、助言を行います。

②作業療法士：1名 理学療法士：1名（常勤専従2名）

5. 営業時間及び休日

事業所の営業日および営業時間は下記の通りとします。

①営 業 日：通常、月曜日から土曜日までとします。ただし、国民の祝日および12月30日から1月3日までを除きます。

②営業時間：午前8時30分～午後5時30分までとします。

6. サービスの内容

- 1)事業所は、居宅サービス計画に則り、訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリ

テーションサービスを提供します。

- 2)サービスは主治医の指示、利用者の状況に応じて作成した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計画書に沿って提供します。

7. サービス提供の記録等

- 1)事業者は、作成した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計画書の内容に沿って、サービスの提供の状況等に関する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報告書を作成し、主治医に提出します。

- 2)事業者は、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のサービス記録を作成完了後2年間は適正に保管します。

8. サービス提供等

- 1)サービス提供の責任者は次のとおりです。

氏名： 芝垣 佳導 連絡先： 090-2043-4874

- 2)サービスについてのご相談がある場合にはどんなことでもお寄せ下さい。

- 3)サービスを提供する主な療法士は次のとおりです。

主な療法士の氏名： 芝垣佳導 古塩博史

9. 利用者負担金

- 1)利用者の方からいただく利用者負担金は次のとおりです。

利用種別	単位数単価	利用料金
訪問リハビリテーション（20分） 介護予防訪問リハビリテーション（20分）	258単位	1単位×10.33円で計算した金額の1割または2割が利用者負担金になります。
訪問リハサービス提供体制強化加算1（20分）※1	6単位	
リハビリテーションマネージメント加算I ※2		
短期集中リハビリテーション実施加算 ※3		

※1：勤続年数3年以上の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がいる訪問リハビリ事業所を利用した場合。

※2：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種のものが協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合。

※3：病院や施設から退院・退所、または要介護認定を受けた日から3ヶ月以内に利用した場合（1週につき概ね2日以上、1日あたり40分以上）。

- 2)上記の金額は介護保険の法定利用料に基づく金額です。厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該訪問が法定代理受領サービスであるときは、その1割または2割が負担となります。

3)介護保険外のサービスとなる場合、サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合には全額自己負担になります。また、その他費用の徴収が必要となった場合はその都度協議して利用者等に説明し、同意を得たものに限り徴収します。

4)交通費（実費）：道のり距離 5km を超える場合は実費を徴収させていただきます。

①じんのクリニックからの道のり距離が 5km を超える場合 1回 500 円

②さらに 5 km増す毎に 500 円加算

5)日常生活に必要な物品は、実費となります。

6)その他の費用が必要となった場合は、その都度協議して利用者方へ説明し同意を得たものに限り徴収させていただきます。

10. 利用料金の支払方法について

お支払い方法は、郵便自動引き落としにてお願い致します。利用料金については毎月末締めとし、請求書を翌月 15 日前後に利用者に交付いたします。なお、引落日は翌月 20 日（休日の場合は翌日）です。

11. キャンセル

1)利用者がサービスの利用を中止する場合には、速やかに下記の連絡先までご連絡下さい。

連絡先： じんのクリニック 訪問リハビリテーション

T E L : 090-2043-4874

2)利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の 1 週間前までにご連絡ください。（ただし、利用者の容態の急変など、やむを得ない事情がある場合は、この限りではございません。）

12. 事故発生時の対応方法

事故が発生した場合には、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるべきこととともに、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。また、その対応として、当事業所のマニュアルに従い下記の手順で対応いたします。

①利用者の転倒、交通事故など、何らかの事故が発生したときは、利用者と職員の安全確保に努め、すぐに事故対応責任者に連絡をとります。

②当該職員は、事故の応急処置ができた後、事故発生報告書を事故対応責任者まで提出します。

③事故対応責任者は、事故発生報告書を事業所の管理者、総括責任者に回覧して、職員に報告して、指導を行います。

④事故対応責任者は、事故発生報告書を保管しておきます。

事故対応責任者 芝垣佳導

13. 要望および苦情の相談

1)サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

相談窓口 利用時間：営業日の午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで

利用方法 電 話：090-2043-4874

相談・苦情対応責任者：芝垣佳導

2)その他公的機関においても相談・苦情の申し出ができます。

介護保険窓口市町村 (対応時間：月～金曜日 9:00～17:00)	宇治市	介護保険課
	電話番号	0774-22-3141
国民健康保険団体連合会 (対応時間：月～金曜日 9:00～17:00)	京都市	長寿社会課
	電話番号	075-213-5871
	電話番号	075-354-9011

14. 個人情報の取り扱いについて

サービスを受けるに当たって、利用者、その家族へ個人情報使用同意書を得た上で、医師とサービス事業者間との情報交換やサービス担当者会議等で利用者の個人情報を
用いることがあります。

<使用する目的>

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービス提供をするため、実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整において使用します。

<条件>

1)個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外に漏れることがないよう細心の注意を払うこととします。

2)個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこととします。

15. 緊急時の対応方法

1)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を実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた時は速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行うこととします。主治医に連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な処置を講じます。

〈緊急時搬送先〉

病院名	電話番号
-----	------

2)前項についてしかるべき処置をした場合は、速やかに管理者および主治医に報告を行います。また、利用者、家族緊急連絡先へ連絡致します。

3)利用者、家族緊急連絡先

①氏名	続柄 ()
住所	
TEL 携帯電話	
②氏名	続柄 ()
住所	
TEL 携帯電話	

【 サービス利用・個人情報使用同意書 】

令和 年 月 日

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サービスの提供にあたり、重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

事業者 法 人 名 医療法人社団 神野医院

事 業 名 じんのクリニック訪問 リハビリテーション

代 表 者 神野 君夫 印

事業所所在地 京都府宇治市六地藏町並 39 番地

説 明 者 印

私は事業所のサービス利用に当たり、重要事項説明書の内容について説明を受け納得し同意しましたので受領します。

また、私（利用者及びその家族）の個人情報については、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

利 用 者 氏名 印

住所

署名代行者及び代理人 氏名 印

住所

【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
サービスの日程と内容】

利用曜日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土

利用時間： _____：_____～_____：_____

主な内容： 運動療法 ・ 動作指導 ・ 評価 ・ その他（ _____ ）

担当者： _____

◎ご利用に掛かる介護単位数

☐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（ _____ 分）
_____単位

☐訪問リハビリテーションサービス提供体制加算（ _____ 分）
_____単位

☐短期集中リハビリテーション実施加算 _____ 200単位

☐交通費 _____ 円(実費)

■一日あたりの合計 _____単位
_____円(実費)

☐リハビリテーションマネジメント加算 _____単位／月

■一月あたりの合計の目安（ _____ 回） _____単位
_____円(実費)

サービス契約の締結に当たり上記のとおり説明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（事業者）所在地 _____ 京都府宇治市六地藏町並 39 番地
事業者 _____ じんのクリニック 訪問リハビリテーション
説明者 _____ 印