

医療法人社団 神野医院

くまのクリニック

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 くまのクリニック
代表者氏名 : 理事長 神野君夫
事業所名 : くまのクリニック
事業所所在地 : 京都市左京区聖護院川原町33-3
電話番号 : 075-761-8022
ファックス番号 : 075-761-8622
事業所開設日 : 2008年5月22日
指定事業所番号 : 京都府 2610607331号
管理者 : 松田捷彦
サービス提供地域 : 事業所を中心とする北山通、西大路通、五条通に囲まれた京都市左京区、東山区、中京区、上京区、北区、下京区を該当地域とし、その他の地域は相談に応じます。

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、作業療法、理学療法、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)作業療法士、理学療法士、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、それを利用者には交付するとともに、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。

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（常勤専従1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（常勤専任1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： 西中 佑輝 連絡先： 075-761-8022

- 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： 西中 佑輝

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
訪問リハビリ テーション費	訪問リハビリテーション費（20分）	308単位/回
	短期集中リハビリテーション実施加算 ※1	200単位/日
	サービス提供体制強化加算Ⅰ ※2	6単位/回
	サービス提供体制強化加算Ⅱ ※3	3単位/回
	リハビリテーションマネジメント加算(イ) ※4	180単位/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) ※5	213単位/月
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ※6	240単位/日
	退院時共同指導加算 ※7	600単位/回
	移行支援加算 ※8	17単位/日
	訪問リハビリテーション計画診療未実施減算 ※9	50単位/回

	口腔連携強化加算 ※10	50単位/回
介護予防 訪問リハビリ テーション費	介護予防訪問リハビリテーション費(20分)	298単位/回
	サービス提供体制強化加算Ⅰ ※2	6単位/回
	サービス提供体制強化加算Ⅱ ※3	3単位/回
	短期集中リハビリテーション実施加算 ※1	200単位/日
	訪問リハビリテーション計画診療未実施減算 ※9	50単位/回
	12月超減算 ※11	30単位/回
	退院時共同指導加算 ※7	600単位/回

※1：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20分以上、12回/週まで算定可能)。

※2：勤続年数7年以上の理学療法士等がいる訪問リハビリ事業所を利用した場合。

※3：勤続年数3年以上の理学療法士等がいる訪問リハビリ事業所を利用した場合。

※4：リハビリ会議を開催し、利用者情報を構成員と共有し、リハビリ専門職がリハビリ計画書の内容を説明、同意を得るとともに医師に説明した場合。

※5：※4の要件に加え、リハビリ計画書等の情報を厚生労働省に提出した場合。

→事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の説明を得た場合、リハビリテーションマネジメント加算(イ)又は(ロ)に加え270単位を加算する。

※6：認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院(所)日又は訪問開始日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、1週に2日を限度として、1日につき240単位を所定単位数に加算する。ただし、※1を算定している場合は、算定しない。

※7：病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導(病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同し

て行い、その内容を在宅での訪問リハビリテーション計画に反映させることをいう。)を行った後に、当該者に対する初回の指定訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限る。

※8：指定訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所(指定居宅サービス基準第93条第1項に規定する指定通所介護事業所をいう。以下同じ。)等への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間(別に厚生労働大臣が定める期間をいう。)の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算する。

※9：事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合。

※10：口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、1月に1回に限り50単位を所定単位数に加算する。

※11：利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防訪問リハビリテーションを行うときは、1回につき30単位を所定単位数から減算する。

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1～3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)：通常の事業の地域を越えて行う場合は実費を徴収させていただきます。

①実施地域を越える地点から、片道5km以内 1回500円

②さらに5km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

利用料金については毎月末締めとし、請求書を翌月 15 日前後に利用者へ交付いたします。
お支払い方法は下記の通りとなりますので、担当者にお申し付け下さい。

①銀行振込み

三菱東京UFJ銀行 聖護院（ショウゴイン）支店 普通口座

445 2 1128514

医療法人社団 神野医院 理事長 神野君夫 イ) ジンノイイン

②くまのクリニック窓口払い（平日9時～12時）

（なお、急用にて不在の場合がございますので、お越しの際には前もってお電話を
頂きますようお願い申し上げます。 075-761-8522）

③訪問時に集金

担当者にお支払い下さい。

*銀行振込みの方は領収書とお支払い明細書を一緒に保管頂きますようお願い申し上げます。

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：くまのクリニック

TEL：075-761-8022

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するとともに、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 松田捷彦

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：075-761-8022

相談・苦情対応責任者：松田捷彦

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)	京都市 電話番号	長寿社会課 075-213-5871
国民健康保険団体連合会 (対応時間：月～金曜日 9:00～17:00)	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〉

--	--

- 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 】

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 くまのクリニック

事 業 名 くまのクリニック訪問リハビリテーション

代 表 者 理事長 神野 君夫

事業所所在地 京都市左京区聖護院川原町33-3

説 明 者

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

住所

署名代行者及び代理人 氏名

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： _____ 西中 _____

利用者負担金

1回の利用料金は・・・

<input type="checkbox"/> 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(20分)	_____	308・298単位
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算I(20分)	_____	6単位
<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション加算(1日)	_____	200単位
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算() (1ヶ月)	_____	180・213単位
<input type="checkbox"/> 訪問リハ計画診療未実施減算・介護予防訪問リハ計画診療未実施減算(20分)	_____	50単位
<input type="checkbox"/> 単位合計	_____	_____単位
■地域加算	_____	10.55
■小計	_____	_____円
<input type="checkbox"/> 交通費	_____	_____円
■合計	_____	_____円

■ 1ヶ月の目安は、_____円 となります。

サービス契約の締結に当たり上記のとおり説明します。

年 月 日

(事業者) 所在地 京都市左京区聖護院川原町33-3 _____

事業者 くまのクリニック訪問リハビリテーション _____

説明者 _____