

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

あなた(利用者)に対するサービスの提供開始にあたり、平成 11 年 3 月 31 日 厚生省令第 37 号(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)第 83 条、第 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 訪問リハビリテーション事業者の概要

| | |
|------|------------------------------------|
| 名称 | みなと風クリニック |
| 代表者名 | 院長 服部 眞 |
| 所在地 | 東京都港区芝 3 丁目 6 番 5 号 昇岐商事邸 2 階 |
| 連絡先 | 電話) 03-5730-1207 FAX) 03-5730-1208 |

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び事業所番号

| | |
|-------|-----------------------------------|
| 事業所名 | みなと風クリニック |
| 所在地 | 東京都港区芝 3 丁目 6 番 5 号 昇岐商事邸 2 階 |
| 連絡先 | 電話)03-5730-1207 FAX) 03-5730-1208 |
| 事業所番号 | 5823844 |
| 管理者氏名 | 院長 服部 眞 |

(2) 職員体制

| 従業者の職種 | 人数 | 区分 | | 業務の内容 |
|---------|----|----|-----|-------|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者(医師) | 1 | 1 | | |
| 理学療法士 | 1 | 1 | | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | |

(3) 実施地域

| | |
|---------|---------------------|
| 事業の実施地域 | 港区・品川区・中央区・千代田区・大田区 |
|---------|---------------------|

(4) 営業日

| | |
|------|--|
| 営業日 | 月曜日から金曜日 但し、祝日及び年末年始(12月30日から1月3日)は除く |
| 営業時間 | 9:00~12:30 14:00~17:30 |

3 サービス内容

当事業所では、ご契約者様に対して以下のサービスを提供します。

通院が困難な利用者に対して計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、心身の機能回復を図るため、リハビリテーションの目標と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書を作成するとともに、訪問リハビリテーション計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導又は説明を行うとともに、適切なリハビリテーションを提供する。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として利用料金表の合計利用額の1割、2割又は3割が利用者の負担額となります。

①介護給付の対象となるサービスの内、自己負担となる利用金額

| 費用 | 負担割合 | 1回(20分) | 1回(20分) | 1回(40分) | 1回(60分) |
|--------------|------|---------|---------|---------|---------|
| 訪問リハビリテーション費 | 1割 | 307単位/回 | 341円 | 682円 | 1,023円 |
| | 2割 | | 682円 | 1,364円 | 2,046円 |
| | 3割 | | 1,023円 | 2,046円 | 3,069円 |

※事業者の医師が診療を行っていない場合は、基本単位より50単位を減ずる。1週に6回を限度とする。

〈地域加算 1単位=11.10円〉

*ご利用の計画・実績等により、下記項目が加算されます。

| 項目 | 負担割合 | 単位 | 利用金額 | 内容 |
|---------------------------|------|---------|----------|--|
| 短期集中リハビリテーション 実施加算 | 1割 | 200単位/日 | 222円/日 | 退院(所)日又は認定日から3月以内 |
| | 2割 | | 444円/日 | |
| | 3割 | | 666円/日 | |
| 移行支援加算 | 1割 | 17単位/日 | 19円/日 | 利用者のADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組に移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価 |
| | 2割 | | 38円/日 | |
| | 3割 | | 57円/日 | |
| リハビリテーション マネジメント加算(B)イ | 1割 | 450単位/月 | 500円/月 | リハビリテーション計画について、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意得る |
| | 2割 | | 999円/月 | |
| | 3割 | | 1,499円/月 | |
| リハビリテーション マネジメント加算(B)ロ | 1割 | 483単位/月 | 537円/月 | リハビリテーション計画等の情報を厚生労働省に提出しリハビリテーションの情報共有かつリハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用 |
| | 2割 | | 1,073円/月 | |
| | 3割 | | 1,609円/月 | |

②介護予防給付の対象となるサービスの内、自己負担となる利用金額

| 費用 | 負担割合 | 1回(20分) | 1回(20分) | 1回(40分) | 1回(60分) |
|------------------------|------|---------|---------|---------|---------|
| (介護予防) 訪問リハビリテーション費 | 1割 | 307単位/回 | 341円 | 682円 | 1,023円 |
| | 2割 | | 682円 | 1,364円 | 2,046円 |
| | 3割 | | 1,023円 | 2,046円 | 3,069円 |

※事業者の医師が診療を行っていない場合は、基本単位より50単位を減ずる。1週に6回を限度とする。

※介護予防(要支援)のみ、利用を開始した月から起算して12月を超えた場合、基本単位から1回につき5単位減ずる。

〈地域加算 1単位=11.10円〉

* ご利用の計画・実績等により、下記項目が加算されます。

| 項目 | 負担割合 | 単位 | 利用金額 | 内容 |
|-----------------------|------|----------|---------|------------------------|
| 短期集中リハビリテーション 実施加算 | 1割 | 200 単位/日 | 222 円/日 | 退院(所)日又は認定日から 3 月以内 |
| | 2割 | | 444 円/日 | |
| | 3割 | | 666 円/日 | |

③医療保険の対象となるサービスの内、自己負担となる利用金額 〈1点=10円で算定〉

| 項目 | 負担割合 | 基本点数 | 利用金額 | 内容 |
|--|------|-------|-------|--|
| 在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料 同一建物居住者以外の場合 | 1割 | 300 点 | 300 円 | 在宅での療養を行っている患者 であって、疾病、傷病の為に通院 してリハビリを受けることが困 難な者又は家族等に対し、医師の |
| | 2割 | | 600 円 | |
| | 3割 | | 900 円 | |
| 在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料 同一建物居住者の場合 | 1割 | 255 点 | 255 円 | 診療に基づき、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士が患者の病状 及び療養環境等を踏まえ療養上 必要な指導を行った場合に算定 |
| | 2割 | | 510 円 | |
| | 3割 | | 765 円 | |

※週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあっては、週12単位）

急性憎悪等により一時的に頻回のリハビリテーション指導管理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。（1日4単位上限）

(2)交通費

2の(3)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は以下の交通費が必要となります。

| | |
|----------|--|
| 移動手段 | |
| 徒歩・自転車 | 無料 |
| 車 | ガソリン代として2キロ毎に500円 （*ガソリン代の変動により事業所の判断で価格を改定する場合があります） |
| 各種公共交通機関 | 実費 |

(3)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、利用者の負担となります。

(4)キャンセル料

前日の18時までにご連絡がない場合は、次のキャンセル料をいただきます。

キャンセル料 3,000円

*但し利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

(5)利用料のお支払方法

毎月、10日過ぎに前月分の請求をさせていただき、その翌月(サービス利用月の翌々月)に別途指定頂きました口座より振替させていただきます。

領収書は、口座振替完了を確認した後に発行します。

- * 口座振替手続き(口座振替依頼書への記入等)をお願いします。
- * 利用料等のお支払いは口座引落にて基本お願いしておりますが、何らかの事情がある場合は、現金集金にても承りますのでご相談ください。
- * 当社の他のサービス(通所介護施設)を併用してご利用される方は、合算金額が口座引落となりますのでご了承ください。

5 サービス終了の方法

① 利用者のご都合でサービス終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにサービスの終了をお申し出ください。

② 事業者の都合でサービス終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文章で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、原則的にサービス終了します。

- ・利用者が介護保険施設に入所、医療機関へ入院した場合。
- ・利用者の介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ・利用者が死亡もしくは被保険者資格を喪失した売位。

④ その他

- ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合又は事業者が破産した場合、利用者は事業者へのサービス終了の意思を表明することによって即座にサービスを終了することができます。

6 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業者は、感染症の予防及びまん延防止のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対する感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的実施しています。

7 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 | 院長 服部 眞 |
|-------------|---------|

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、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) サービス提供中に、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。

(6) 虐待通報の窓口

| | |
|----------------------------|--|
| みなと風クリニック | 電話番号：03-5730-1207 受付時間：9：00～17：00 (ただし、土・日・祝日、12月30日から1月3日を除く) |
| 港区保健福祉支援部介護保険課 介護事業者支援係 | 電話番号：03-3578-2111 (内線 2881) 受付時間：9：00～17：00 (ただし、土・日・祝日、12月29日から1月3日を除く) |

8 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 | <p>① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>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又は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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> |
| ② 個人情報の保護について | <p>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ん。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ん。</p> <p>② 事業者は、利用者又は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。</p> <p>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。）</p> |

9 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(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所等へ連絡を行います。

| | | |
|-------------|------|--|
| 緊急時 医療機関 | 病院名 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|------------|--------|--|
| 緊急時 連絡先 | 氏名(続柄) | |
| | 電話番号 | |

10 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、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、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、事業者の加入する損害保険会社と連携し、賠償義務が認められる場合には損害賠償を適切に行います。

11 身分証携行義務

指定訪問リハビリテーションを行うものは、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。

12 ハラスメント対策

事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえ、適切なハラスメント対策を行います。

【 ハラスメントに対する相談窓口： 院長 服部 眞 】

13 サービス内容に関する苦情相談窓口

| | | |
|---------|--------|--------------------|
| 利用者相談窓口 | 窓口 | 服部 眞 |
| | ご利用時間 | 月曜日から金曜日 午前9時～午後5時 |
| | 電話番号 | 03-5730-1207 |
| | FAX 番号 | 03-5730-1208 |

1. 区の相談窓口

| | | |
|---------------------------|--------|----------------------|
| 保健福祉支援部介護保険課 介護事業者支援担当 | 所在地 | 東京都港区芝公園1丁目5番25号 |
| | 電話番号 | 03-3578-2821(内線2881) |
| | FAX 番号 | 03-3578-2884 |

2. 都の相談窓口：東京都介護保険制度相談窓口

| | | |
|---------------------------|--------|------------------------|
| 福祉保健局 高齢社会対策部 介護保険課 | 所在地 | 東京都新宿区西新宿2丁目8番1号 |
| | 電話番号 | 03-5320-4597 |
| | FAX 番号 | 03-5388-1395 |
| | 対応時間 | 月曜日から金曜日 午前9時から午後4時30分 |

3. 東京都国民健康保険団体連合会

| | | |
|----------------|--------|---------------------------|
| 介護保険部 相談指導課 | 所在地 | 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階 |
| | 電話番号 | 03-6238-0177 |
| | FAX 番号 | 03-6238-0022 |
| | 対応時間 | 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時 |

14 禁止事項

事業者は、多くの方に安心して生活を送っていただくために、利用者への「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」を禁止します。

15 運営規定等の重要事項について、事業所の掲示だけではなく、閲覧可能な形でファイル等を備え置きます。

16 災害時の対応

訪問中に地震等の災害が発生した場合、利用者の安全を確認次第、訪問担当者は事業所に戻り、その後の対応を行います。訪問先に長く留まることはできませんのでご了承ください。

17 その他

貴重品、金銭の管理は、ご利用者、ご家族で行って下さい。

18 重要事項説明書に定めない事項

この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険施設法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は身元引受人と事業者が誠意をもって協議して定めることとします。

上記重要事項について説明を受け、当該提供の開始について同意します。
本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

令和 年 月 日

(利用者)私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。
また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について同意します。

利用者 住所 東京都港区
氏名 _____

(ご家族)私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。
また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について同意します。

ご家族 住所 _____
氏名 _____
本人との続柄 _____

(代理人) 私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。
また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について同意します。

署名代行者 住所 _____
氏名 _____
本人との続柄 _____

(事業者)私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事業者 住所 東京都港区芝3丁目6番5号 昇岐商事邸2階
事業者 みなと風クリニック
代表者職・氏名 医師 服部 眞