

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

(令和6年6月)

医療法人社団 田町診療所

〒 758-0047

萩市大字東田町22番地8

電話 0838-24-1234

FAX 0838-24-1122

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または、指定介護予防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。

1 サービスを提供する事業者について

事業者の名称	医療法人社団 田町診療所
代表者の氏名	理事長 篠田 陽健
所在地	萩市大字東田町字東田町22番地8
電話番号	0838-24-1234
法人設立年月日	平成10年9月21日

2 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

事業所の名称	田町診療所 訪問リハビリテーション
事業の種類	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
介護保険指定番号	3510411212
指定年月日	平成21年6月1日
事業所の所在地	萩市大字東田町字東田町22番地8
管理者	篠田 陽健
電話番号	0838-24-1234
通常の実施地域	旧萩市地域(離島等を除く) ※実施地域以外でも相談に応じます

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	利用者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、その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、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、理学療法により、利用者の心身機能の維持回復、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とします
-------	--

事業の方針	<p>①利用者の要介護状態の軽減、もしくは悪化の防止又は、要介護状態になることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとします</p> <p>②自らのサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとします</p> <p>③医師の指示や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)に基づき、利用者の心身機能の維持・向上を図り、日常生活の自立に資するよう適切に行います</p> <p>④懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明を行います</p> <p>⑤関係市町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます</p>
-------	--

(3) 事業所の窓口の営業時間

営業日	<p>月曜日から土曜日</p> <p>※祝日・年末年始・盆・並びに天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除きます</p>
営業時間	<p>午前8時30分～午後6時(月・火・木・金)</p> <p>午前8時30分～午後1時(水・土)</p>

(4) サービス提供時間等

サービス提供日	<p>月曜日から金曜日</p> <p>※祝日・年末年始・盆・並びに天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除きます</p>
サービス提供時間	午前8時30分～午後12時30分(但し土曜日を除く)

(5) 職員体制

管理者	1名(常勤兼務)	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います	
従業者	理学療法士	1名(常勤兼務)	訪問リハビリテーションの提供に当たります
	その他の職員	1名(常勤)以上	請求事務及び通信連絡事務を行います

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

主治医の指示に基づき、理学療法士が利用者の自宅を訪問し、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節の拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では、知的能力の維持改善を図る等、日常生活の自立を助けるために行う理学療法や作業療法その他必要なリハビリテーションを行います。

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)について

基 本	料金		
	利用料金	利用者負担額	
		1割負担	2割負担
<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション費	2980円 (1回/20分につき)	298円	596円
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション費	3080円 (1回/20分につき)	308円	616円

加 算	料金		
	利用料金	利用者負担額	
		1割負担	2割負担
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算ロ	2130円 (1月につき)	213円	426円
<input type="checkbox"/> 事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	2700円 (1月につき)	270円	540円
<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算 ※退院(所)日又は初回認定日から3月以内	2000円 (1日につき)	200円	400円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	60円 (1回につき)	6円	12円
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算 ※退院時1回を限度	6000円 (1回につき)	600円	1200円
<input type="checkbox"/> 中山間地域等提供加算 ※旧萩市地域外、離島が対象	所定単位数の5%		

(3) 留意事項

- ① 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、全額をいったんお支払いただきます。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にサービス利用料の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。
- ② 介護保険の給付管理限度額を超えた部分については全額自己負担となります。
- ③ 利用者の要介護・要支援状態が変更された場合は、利用料の区分も変更されます。
- ④ 利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者の負担となります。

4 利用料等の請求及び支払い方法について

請求方法	<ol style="list-style-type: none">① 利用料利用者負担額(介護保険を適用する場合)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② 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者宛にお届けいたします
支払い方法	<ol style="list-style-type: none">① 内容を照合のうえ、請求月の月末までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい (i)事業者指定口座への振り込み (ii)利用者指定口座からの自動振替 (iii)現金支払い② 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、領収書をお渡しますので、必ず保管されますようお願いいたします(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります)

※ 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)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3カ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14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。

5 サービスの提供にあたって

(1)利用者が要介護・要支援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にあっては、居宅介護支援サービス事業所を紹介する等の、必要な援助を行うものとなります。

(2)利用者に係る居宅介護支援専門員が作成する「サービス計画書(ケアプラン)」及び医師の指

示に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「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)」を作成します。なお、作成した計画書は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

(3) サービス提供は「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)」に基づいて行ないます。なお、「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)」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(4) 提供したサービスについてはその都度「サービス提供記録」に記録します。記録の閲覧・謄写をご希望される場合はお申し付けください。この記録は2年間保存します。

(5) 従業者に対する、利用者からの贈り物、飲食の提供等は一切受けません。

6 サービスの利用にあたって

(1) サービス利用開始時及び、要介護・要支援認定更新、変更時には、介護保険被保険者証を提示してください。

(2) 訪問リハビリテーションの利用には当院の医師の診察が必要になります。診察時に医師がリハビリテーション指示書を出すことでサービスを提供できます。

(3) 訪問リハビリテーション指示期間は、当院の医師の診察日より3ヶ月以内となり、訪問リハビリテーションを継続するためには3ヶ月以内に1度当院の医師の診察とリハビリテーション指示書が必要になります。なお、必要に応じて診療情報提供書の提出を求める場合があります。その場合の費用は利用者負担となりますのでご了承ください。

(4) 体調、その他の理由により、利用を休まれる場合には事前にご連絡ください。

7 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

① 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。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。

② 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) 個人情報の使用・提供に関する注意事項について

① 事業者は、前項の規定に関わらず、利用者及びその家族の秘密を以下のために、必要最小限の範囲で使用・提供、または収集します。なお、その際には利用者から予め文書で同意を得るものとします。

- i 利用者に関わる居宅サービス計画及び訪問リハビリテーション計画の立案や円滑なサービス提供のために実施される会議での情報提供。
- ii 利用者に係る介護支援専門員等とサービス事業者との連絡調整。
- iii 主治医に意見を求める必要がある場合。
- iv 利用者の容態の変化に伴い、緊急連絡を必要とする場合。

②個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の契約期間に準じます。

8 緊急時・事故発生時の対応方法について

(1) サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡し、緊急搬送等の必要な措置を講じるとともに、利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡します。

(2)利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援専門員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(3)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、損害賠償を速やかに行います。

9 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権擁護・虐待防止等のため次の措置を講じます。

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】	中嶋 秀憲
---------------	-------

②虐待を防止するための従業者に対する研修を定期的実施しています。

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者または擁護者(利用者の家族、親族、同居人等、現に擁護する者)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、これを関係機関に通報します。

10 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

① 提供した訪問リハビリテーション又は介護予防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。

【事業者の窓口】 医療法人社団 田町診療所 訪問リハビリテーション	理学療法士：井町 由子 電話番号：0838-24-1234 受付時間：8:30～18:00／(水・土)8:30～13:00
【事業者の窓口】 医療法人社団 田町診療所	施設長：篠田 陽健 電話番号：0838-24-1234 受付時間：8:30～18:00／(水・土)8:30～13:00

② 介護保険使用者の場合、相談・苦情は当法人以外に、保険者である市町村や国民健康保険連合会でも受け付けています。

【市(保険者)の窓口】 萩市役所内 高齢者支援課介護保険係	所在地:萩市江向510番地 電話番号:(代表)0838-25-3368 受付時間:8:30～17:15
【公的団体の窓口】 山口県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地:山口市大字朝田字岡の口1980番地の7 電話番号:083-995-1010 受付時間:9:00～17:00

(2) 苦情処理の手順

- ・利用者からの相談・苦情が上がった場合は、迅速かつ誠実に対応し、利用者の権利擁護に努めるとともに申出者や利用者に対して不利益とならないように扱います。
- ・相談・苦情の内容によって、調査が必要な場合は、適切に対応し、その結果、改善が必要と認められる場合は必要な措置を講じます。

重要事項説明確認書

令和 年 月 日

別紙「重要事項説明書」の内容について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11年厚生省令第37号)第8条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	萩市大字東田町字東田町22番地の8
	法人名	医療法人社団 田町診療所
	代表者	理事長 篠田 陽健 印
	事業所名	田町診療所 訪問リハビリテーション
	説明者氏名	印

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)に関する重要な事項について上記の者から説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
代理人	住所	
	氏名	印