

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

利用者：様

医療法人ストイック

事業者：整形外科むらぞえクリニック

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	医療法人ストイック 整形外科むらぞえクリニック
所在地	〒370-1124 群馬県佐波郡玉村町大字角淵 5065 番地 1
連絡先	TEL 0270-31-6166 FAX 0270-30-6167
管理者名	村添 興則
サービス種類	訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	1010610366 号
サービス提供地域	玉村町全域、高崎市新町

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	午前 8 : 30 ~ 午後 17 : 30
土曜日	午前 8 : 30 ~ 午後 17 : 00
定休日	木・日・祝日 ※その他お盆・年末年始

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師 (村添 興則)	1 名	名	1 名
理学療法士	武 瑞季、大久保 瑞穂	1 名	1 名	2 名

(4) 職務内容

- サービス担当学会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。
- 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、その他 の職種の者が多職種協働により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って「(介護予防) 訪問リハビリテーション計画」を作成します。計画作成に当たっては、利用者、家族に説明し、利用者の 同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。
- 「(介護予防) 訪問リハビリテーション計画」に基づき、訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- 常に利用者の病状、心身状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。
- それぞれの利用者について、サービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

2 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者等」という）に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

- 要介護者等が、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、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことによって、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

2. 指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。
3. 指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、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る。

3 サービス内容および禁止事項

(1) サービス内容

理学療法士や作業療法士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様が可能な限り居宅において、その有する能力に応じより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。

- #### (2) 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。
- 到着が遅延した場合は、ご利用者様の許可のもと予定実施時間のサービスを提供します。

(3) 訪問リハビリテーションの禁止行為

1. 利用者又は家族からの金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
2. 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
3. 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
4. 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するためのやむを得ない場合を除く）
5. その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他 迷惑行為

4 当事業所の連絡窓口（相談・キャンセル連絡など）

代表電話：0270-30-6166

担当者：武・大久保

受付時間：午前8：30～午後17：30

※ご不明な点はお尋ねください。代表電話はクリニック休憩中には対応できません。

5 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、その1割をお支払いいただきます。但し、介護保険負担割合証に記載の負担割合が2割の方は『2割』、3割の方は『3割』となります。保険料の未納など、事業者が法定代理受領を行わない場合は上記に関わる利用料は、一旦全額をお支払いいただきますのでご注意ください。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、中旬日までに当月分の料金を請求いたしますので、中旬までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費	309単位／回	3,143 円
短期集中リハビリテーション実施加算 [退院(所)日または認定日から1月以内]	200単位／日	2,034 円
サービス提供体制強化加算	3単位／回	31 円

1ヶ月の利用料の目安 (※1 割負担の場合)

(例：訪問リハビリテーションを1ヶ月に2回利用された場合)

【1日の利用料金】824単位 × 10.17 × 0.1 = 合計 838 円

【1ヶ月(8日)の利用料金】8,380 × 8 = 合計 6,704 円

(4) その他の費用

1. ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

2. キャンセル料

①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

3. 規定する通常の事業の実施地域を超えて行う指定訪問リハビリテーション等に要した交通費は、実施地域を超えた地点から自宅までの交通費を以下の通り徴収することとする。

①通常の事業の実施地域を超えた地点から片道3km未満 300円／回

②通常の事業の実施地域を超えた地点から片道3km以上 500円／回

6 緊急時の対応

- (1) 当事業におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
主治医・ご家族などへの 連 絡 基 準		

- (2) 緊急を要すると判断した場合には救急搬送を依頼することがあります。
- (3) 利用者に対する（介護予防）訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族、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、事業者はサービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

7 サービスの提供にあたって

- サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者証の住所などの変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- 利用者が要介護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であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、有効期限が終了する 30 日前にはなされるよう必要な援助を行うものとします。
- 医師及び理学療法士、作業療法士または言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し同意を得た上で、（介護予防）訪問リハビリテーション 計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその計画について、速やかに診療記録を作成すると共に医師に報告します。
- サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

8 サービスの終了に関して

1. 利用者は事業者に対して、14 日間の予告期間を置いて通知をすることにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
2. 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1 ヶ月前の予告期間を置いて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
3. 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合
 - ④ 事業者が破産した場合
4. 次の事由に該当した場合には、事業者は文章で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 利用者のサービス利用料金の支払が2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30 日以内に支払われない場合
 - ② 利用者又はその家族が事業者やサービス従事者にたいして本契約を継続し難いほどの背信行為（セクハラ、暴力等）をおこなった場合
5. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者の都合により、1 ヶ月以上の中止期間があった場合
 - ② 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ③ 利用者の要介護状態区分が非該当（自立）と認定された場合
 - ④ 利用者が死亡した場合

10 個人情報の取り扱いについて

当事業所は、利用者からご提供いただいた、ご本人及び家族に関する個人情報を、下記の目的以外に利用しないことをお知らせいたします。

1. 利用者への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）提供（サービス担当者会議・計画・報告・連絡・相談等）・介護保険業務（ケアプラン作成等）・利用者のために行う管理運営業務（会計、報告事務、看護・医療サービスの向上）・当事業のために行う管理運営業務（業務の維持・改善のための基礎資料の作成、学生などの実習への協力、職員の教育のために行う事例研究等）
2. 当事業所は利用者から、ご本人と識別される保有個人情報の開示を求められたときは、利用者に対し、遅延なく、当該保有個人情報を開示いたします。なお、開示の方法は書面の交付または求めを行った方が同意された方法と致します。

11 身分証携行義務

サービス従事者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

1 2 連携

事業者は、訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

1 3 サービス提供の記録

1. 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)の実施ごとに、サービスの内容等を記録票に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。その記録は、この契約の終了後5年間保管します。
2. 利用者は、当該利用者に関するサービス記録実施の複写物の交付を受けることができます。

1 4 衛生管理等

1. サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
2. (介護予防) 訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

1 5 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する責任者を選定しています。(担当：リハビリテーション科 椎名 大地)
2. 成年後見制度の利用を支援します。
3. 苦情解決体制を整備しています。
4. 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

1 6 苦情のご相談

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速かつ適切に対応します。

【苦情相談窓口】

担当窓口：TEL 04-7181-5611 (代表)

担当者：リハビリテーション科 椎名 大地

相談時間：月～土 8:30～17:30

○事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

玉村町役場健康福祉課 0270-64-7705

令和6年7月1日版

【事業者】

住 所：群馬県佐波郡玉村町大字角刈 5065 番地 1

社 名：医療法人ストイック 整形外科むらぞえクリニック

代 表 者：村添 興則

印

【事業所】

住 所：群馬県佐波郡玉村町大字角刈 5065 番地 1

事業所名：医療法人ストイック 整形外科むらぞえクリニック

(指定番号)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】 住 所_____

氏 名_____印

【代理人】 住 所_____

氏 名_____印（続柄 ）

署名代行理由：