

(介護予防) 訪問リハビリテーション重要事項説明書

ご利用者にたいするサービスの提供開始にあたり、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. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人久晴会 甲斐リハビリテーションクリニック
主たる事務所の所在地	山梨県 甲斐市 西八幡 3990番地
代表者（職名・氏名）	理事長 三輪 道然（クリニック院長）
設立年月日	平成26年 1月27日
電話番号	055-278-2016

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問リハビリテーションにじ	
サービスの種類	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	
事業所の所在地	山梨県 甲斐市 西八幡 3990番地	
電話番号	055-278-2016	
管理者（職種）	三輪 道然（医師）	
指定年月日・業所番号	平成26年 9月 1日指定	1911710778
通常の事業の実施地域	甲斐市（一部地域を除く）、南アルプス市（一部地域を除く）、 甲府市西地区（一部地域を除く）、中央市（一部地域を除く）、 韮崎市（一部地域を除く）、昭和町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態（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、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

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）は、ご利用者の居宅において、生活機能の維持回復拡大を図るリハビリテーションサービスです。

また、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上のケアを行うことにより、利用者並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスでもあります。

概 要	介護保険法関係法令の趣旨に従って、リハビリ医師の指示と居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、機能訓練、日常生活活動練習、住宅環境設定、介護者への指導等を提供します。
利用頻度	利用する曜日や内容などについては、リハビリ医師の指示及び居宅サービス計画（ケアプラン）に沿いながら、ご利用者と協議の上決定し、訪問リハビリテーションサービス計画に定めます。 尚、ご利用者の状態の変化、介護サービス計画に位置付けられた目標の達成度などを踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
利用の中止、 変更、追加	・ご利用者の都合により、訪問リハビリテーションサービスの利用を中止または変更ができます。この場合にはサービス実施当日の午前8時までに事業所に申し出てください。 ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議させていただきます。 ・月間のサービス利用日や回数については、ご利用者の状態の変化、訪問リハビリテーション計画に位置付けられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで 但し、祝祭日、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分 から 午後5時30分 まで
サービス提供時間	午前9時 から 午後5時30分 まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 1人
リハビリ職員	常勤 1人以上

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額です。但し、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分：訪問リハビリテーション費（通常規模型）】

所要時間(注1)	訪問リハビリテーション費	
	基本利用料(注2)	利用者負担金(月定額) (=基本利用料の1割)
20分	3,080円	308円
40分	6,160円	616円
60分	9,240円	924円

(注1) 1回当たり20分、1週に6回を限度

(注2) 基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金
短期集中リハビリテーション実施加算	退院または新たな認定から3月以内に算定(1回につき)	2,000円	200円
サービス提供体制強化加算	事業所のリハビリテーションを実施する職員が勤続7年以上の場合に算定 20分につき1回	60円	6円(20分につき)

(2) 介護予防訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分：介護予防通所リハビリテーション費】

所要時間(注1)	介護予防訪問リハビリテーション費	
	基本利用料(注2)	利用者負担金(月定額) (=基本利用料の1割)
20分	2,980円	298円
40分	5,960円	596円
60分	8,940円	894円

(注1) 1回当たり20分、1週に6回を限度

(注2) 基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金
短期集中リハビリテーション実施加算	退院または新たな認定から3月以内に算定(1回につき)	2,000円	200円
サービス提供体制強化加算	事業所のリハビリテーションを実施する職員が勤続7年以上の場合に算定 20分につき1回	60円	6円(20分につき)

（３）その他の費用

通常の事業の実施地域以外にあるご利用者の居宅に訪問する場合に、費用の実費をいただきます。

（４）キャンセル料

利用予定時間の直前にサービス提供をキャンセルした場合もしくは、訪問時不在の場合（キャンセル連絡がない場合）は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、ご利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日 (午前 8 時 3 0 分までにご連絡ください)	利用者負担金の全額

（５）支払い方法

上記（１）から（４）までの利用料は、１ヶ月ごとにまとめてご請求いたします。次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月に、あなたが指定する口座より引き落とします。引き落とし日は各銀行によって変わります。
現金払い	サービスを利用した月の翌月末までに、クリニック窓口にて現金でお支払いください。

８．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

９．事故発生時（非常災害を含む）の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、非常災害時は、当事業所非常時災害マニュアルに準じて行動し、ご利用者の安全確保を最優先とした活動をいたします。

１０．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	070-4101-1713	055-278-2016
	担当職員	中込佐智代	梁川統史
	面接場所	当事業所の相談室	

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

公的機関の相談窓口	甲斐市福祉健康部 長寿推進課	電話番号 055-278-1693
	南アルプス市保健福祉部 介護福祉課	電話番号 055-282-1111
	甲府市福祉部 長寿支援室介護保険課	電話番号 055-237-5473
	中央市 高齢介護課	電話番号 055-274-8556
	韮崎市 介護保険課	電話番号 0551-22-1111
	昭和町 いきいき健康課	電話番号 055-275-8785
山梨県国民健康保険団体連合会 介護保険課 相談窓口専用電話		電話番号 055-233-9201

(3) 苦情処理の体制及び手順

苦情または相談があった場合は、ご利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、ご利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。

相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、ご利用者へ対応方法を含めた結果報告を行います。

1 1. 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、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ます。

虐待防止に関する責任者	中込佐智代（訪問リハビリテーション主任）
-------------	----------------------

(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、虐待発見・発覚時のマニュアルを作成しています。

(4) 従業員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 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

(2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

(3) 交通事情等により訪問時間が大幅に影響する場合には、ご連絡させていただきます。但し、時間15分前後はご了承ください。

(4) リハビリテーション提供内容は、事前に医師の指示、訪問リハビリテーション計画に基づき提供させていただきます。心身状態に異変が生じた場合や目標設定に変更が必要な場合には、関係スタッフと打合せの上、検討会議を持たせていただきます。

13. サービス提供の記録の保存

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後2年間保存します。

14. 守秘義務及び個人情報の保護

事業所及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続します。

事業者は、ご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などにおいて、ご利用者及びご家族の個人情報を用いません。

令和 年 月 日

(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【説明者】

甲斐リハビリテーションクリニック
訪問リハビリテーションにじ

職名 _____ 氏名 _____ ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

【利用者】

住所 〒 ー

氏名 _____

【署名代行者】（続柄： ）

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住所 〒 ー

氏名 _____