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　　年　　月　　日＞

１　事業所（高生会整形外科クリニック）

（１）提供できるサービスの地域と種類

事 業 所 名	医療法人高生会　高生会整形外科クリニック
所　在　地	京都市伏見区深草直違橋 10-157-2
管理者の氏名	太田　光彦
電 話 番 号	０７５－６４７－２８２８（代表） ６４６－２３０１（直通）
ＦＡＸ番号	０７５－６４６－２３０２

サービス（介護保険指定番号）	サービスを提供する地域
訪問リハビリテーション （　２６１０９０６０１４　号）	伏見区・東山区・南区の地域

※　上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

（２）事業所の職員体制

	資　格	常勤	非常勤	計	業務内容
管　理　者	医師	1		1	
サービス提供責任者	理学療法士	1		1	（兼務）
事　務　職　員		1		1	（兼務）
従業員	理学療法士	16		16	（兼務）
	作業療法士				
合　計		19		19	

（３）サービス提供の時間帯

《理学療法士》

営　業　日	営　業　時　間　帯
月～土曜日	８：３０～１７：３０
営業しない日	日曜日・祝日（希望者は対応致します） ８月１３日～８月１５日 １２月３０日～１月　５日

２　事業の目的と運営方針等

（１）事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な指定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）サービスを提供することを目的とする。

（２）運営方針

①指定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）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、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとする。

②自ら、提供する指定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、常にその改善を図るものとする。

③指定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）の提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び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）計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。

④指定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）の提供に当たっては、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、療養上の必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

⑤指定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）の提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な方法をもって行う。

⑥常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。

（３）サービスの特徴

事　　項	内　　容
サービス従業員の変更	変更を希望される方はお申し出下さい。
従業員研修の有無	年１回以上随時、サービス向上のための研修を行っています。

３　サービス提供内容

① 利用者に対して

・病状・状態の観察（バイタルチェックなど）
・拘縮予防等の関節可動域訓練
・廃用予防等の筋力訓練
・起立・歩行訓練
・日常生活の動作指導
・福祉用具の選定等
・療養指導（生活上の注意事項に関する対策や指導など）

② 介護者に対して

・介護の方法指導（介助の工夫、褥瘡等の予防方法など）
・介護福祉などの社会資源の紹介
・リハビリの方法指導（自主トレなど）
・室内環境整備の工夫・安全対策の工夫・感染症に対する方法など
・介護者の健康相談・助言等

４　利用料金

（１）利用料

【介護保険利用料金一覧表】

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、介護保険証の負担割合に沿って請求となり、単位数（1単位 10.55 円）の1割～3 割負担となります。但し、介護保険の給付限度額を超えた利用は全額自己負担になります。

保険単位と基本利用料	
介護予防訪問リハビリテーション （20 分につき）	298 単位
介護予防 12 か月超過減算	－30 単位
介護訪問リハビリテーション （20 分につき）	308 単位
サービス提供体制強化加算 （1 回につき）	6 単位
訪問リハビリマネジメント加算（月 1 回）	イ:180 単位　ロ:213 単位
事業所の医師が書類説明し同意を得た場合	270 単位
退院時共同指導加算	600 単位
移行支援加算	1 日につき 17 単位
訪問リハ計画診療未実施減算	-50 単位
（短期集中リハビリテーション実施加算）（1日につき）	200 単位

処遇改善加算　（介護費用総額の 1.5%）

＊同一建物内のサービス利用者が 20 名を超える場合利用単位から 10%減となります。

＊上記料金算定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

＊保険料の滞納などにより、「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

（２）交通費

１の（１）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方で事業者から請求があったときは、交通費の実費をお支払いいただきます。交通費は、次の額を徴収させて頂きます。

① 当事業所から片道５キロメートル未満　５００円

② 当事業所から片道５キロメートル以上の場合５キロメートルを超える毎に５００円

（３）利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月１０日までに利用者に請求し、利用者は翌月２０日までに次のいずれかの方法により支払います。

□　自動口座引き落とし

□　現金払い

□　金融機関振込　　※手数料は、利用者の負担となります。

ゆうちょ銀行	口座名義人	医療法人　高生会　理事長　高　謙一郎	
記　号	普通１４４１０		
番　号	３４２４１８０１		
銀行	京都信用金庫　稲荷支店　普通		
口座名義人	医療法人　高生会　理事長　高　謙一郎		
店番	０７８	口座番号	０３５９８５１

（4）領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

（5）その他

①サービスの実施に必要な利用者宅の水道、ガス、電気、電話の費用は、利用者の負担となります。

②サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項に留意して下さい。

ア)サービス従業員は、年金等の金銭の取り扱いはいたしません。

イ)サービス従業員は、療養上の世話や診療の補助を行うこととされています。食事の準備など、家事等の業務についてはいたしません。

ウ)サービス従業員に対する贈り物や飲食等のもてなしは､お受けできません。

５　サービス利用の注意点

（1）定期的な診察

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）は医師の指示のもとに行います。その為、主治医の診察を少なくとも３か月に１回は受けるようにお願いいたします。入院などやむを得ない事情がある場合は相談お願いします。

（2）キャンセル料

利用者の都合によりサービスをキャンセルする場合、次のキャンセル料をいただきます。ただし、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。

利用日の２営業日前までに連絡があった場合	無　　料
利用日の１営業日前までに連絡があった場合	利用者負担金の３０％
利用日の１営業日前までに連絡がなかった場合	利用者負担金の９０％

キャンセルが必要となったときは至急ご連絡ください。

連 絡 先	**高生会整形外科クリニック** **Tel　０７５－６４６－２３０１（直通）**

６　緊急時・事故発生時対応方法

サービス提供中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、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。尚、事故発生時は京都市その他市町村、利用者の家族及び利用者に係る居宅介護支援事業者(介護予防にあっては地域包括支援センター)等に速やかに連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

職員は防火管理についての責任者を定め､非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に非難・救出訓練を行います。

緊急時連絡先

主治医	氏　名	
	電　話	
	住　所	
ご家族	氏　名	
	電　話	
	住　所	

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)　成年後見制度の利用を支援します。
(2)　苦情解決体制を整備しています。
(3)　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。
(4)　介護相談員を受入れます。
(5)　サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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、速やかに市町村に通報します。

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

① 事業者は、利用者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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
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。
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。
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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

（2）個人情報の保護について

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。
② 事業者は、利用者及び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、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。
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。)

9 ハラスメント行為について

利用者、家族様との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供できるよう、以下のような迷惑行為は固くお断りします。また、悪質な場合、警察、弁護士、行為者に 関わる方等へ連絡、通報または対応を依頼、訪問サービスの提供の中止・解除することもございます。

(1) 事業所の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
(2) パワー・カスタマー・セクシャルハラスメント等の行為。
(3) 職員の写真や動画の撮影、録音等の行為。また無断で SNS 等に掲載する行為。
(4) その他、職員の安心、安全に重大な影響を及ぼすと判断される行為。
(5) 同居のご家族に対するサービス。

10　相談窓口、苦情対応

★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。

当　事　業　所 ご 利 用 相 談 室	窓口担当者　訪問リハビリテーション：石川　孝幸 ご利用時間　**毎日午前９時～午後５時** ご利用方法**０７５－６４６－２３０１（直通）** 面接　　**当事業所相談室** 苦情箱（**１階事業所内**に設置）

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

京都市伏見区役所保健福祉センター健康長寿推進課	〒612-8511 京都市伏見区鷹匠町 39 番地の 2 電話 075-611-1162
京都市深草支所保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課	〒612-0861 京都市伏見区深草向畑町 93-1 電話 075-642-3876
京都市醍醐支所保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課	〒601-1366 京都市伏見区醍醐大構町 28 電話 075-571-6747
京都市東山区役所保健福祉センター健康長寿推進課	〒605-8511 京都市東山区清水五丁目 130 番地の 6 電話 075-561-9128
京都市南区役所保健福祉センター健康長寿推進課	〒601-8511 京都市南区西九条南田町 1-3 電話 075-681-3167
京都府国民健康保険団体連合会(国保連)	〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町 620 番地 COCON 烏丸内　　電話　075-354-9090

11　損害賠償責任保険

保 険 会 社	**損害保険ジャパン日本興亜株式会社**
保 険 内 容	**ウォームハート**

12　事業者（本社）の概要

名称・法人種別	**医療法人　高生会**
代　表　者　名	**理事長　高　謙一郎**
本社所在地・連絡先	所 在 地　**京都市伏見区深草直違橋 10-157-2** 電話番号　**０７５－６４７－２８２８** Ｆ Ａ Ｘ　**０７５－６４７－２８３８**

【附則】

・この規定を平成 30 年　5 月より施行する
・平成 30 年 8 月より改定する
・平成 30 年 9 月より改定する
・平成 31 年 3 月より改定する
・令和　1 年 5 月より改定する
・令和　1 年10月より改定する
・令和 3 年 4 月より改定する
・令和 5 年 4 月より改定する
・令和 6 年 6 月より改定する
・令和 7 年 5 月より改定する
・令和８年６月より改定する

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）サービスの開始にあたり、利用者に対して重要事項説明書に基づいて説明しました。

令和　　年　　月　　日

サービス事業者

所在地　　京都市伏見区深草直違橋10-157-2

名称　　高生会整形外科クリニック

管理者名　　太田　光彦

説明者氏名

私は、重要事項説明書により事業者から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）サービスについての説明を受け、その内容に同意しました。

令和　　年　　月　　日

利用者

住所

氏名

代理人

住所

氏名