

重要事項説明書

訪問リハビリテーション

【契約の目的】

医療法人社団永生会グリーンガラス南大沢クリニック（以下「当施設」という）は、要支援状態及び要介護状態と認定されたご利用者（以下「ご利用者」という）に対し、介護保険法令、及び重要事項説明書の趣旨に従って、ご利用者が可能な限り自宅において、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に、訪問リハビリテーションまたは介護予防訪問リハビリテーション（以下「訪問リハビリテーション」という）を提供し、一方、ご利用者及びご利用者を保護する者（以下「代理人」という）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことを契約の目的とします。

【契約期間】

契約は、ご利用者が本重要事項説明書を当施設に提出した時から効力を有します。

ご利用者は、前項に定める事項の他、本重要事項説明書、別紙 1、別紙 2、料金一覧表（別紙 3）について同意した上で契約書提出をもって当施設利用を開始することができるものとします。

【ご利用者からの解除】

ご利用者及びご家族等は、当施設に対し利用中止の意思表示をすることにより、本重要事項説明書に基づく訪問リハビリテーションサービス（以下「リハビリテーションサービス」という）の利用を解除・終了することができます。なお、この場合ご利用者及びご家族等は速やかに当施設及びご利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

【当施設からの解除】

当施設は、ご利用者及びご家族等に対し次に掲げる場合は、本重要事項説明書に基づくリハビリテーションサービスの利用を解除・終了することができます。

1. ご利用者が要介護認定において自立と認定又は、ご利用の目標が達成された場合
2. ご利用者の介護予防サービス（居宅介護サービス）計画で定められた利用単位数を超える場合
3. ご利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設のリハビリテーションサービスの利用が困難であると判断された場合
4. ご利用者及びご家族等が、本重要事項説明書に定める利用料金を 2 か月分以上滞納し、その支払いを督促した日から 20 日間以内に支払われない場合
5. ご利用者が、当施設、当施設職員又は他のご利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
6. 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により当施設を利用していただくことができない場合利用が長期（2 ヶ月）にわたり中止した場合

【利用料金】

ご利用者及びご家族等は、連帯して当施設に対し本重要事項説明書に基づくリハビリテーションサービスの対価として、利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び、ご利用者が個別に利用したサービスに伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設はご利用者の経済状況に変動があった場合、上記料金を変更することがあります。

当施設は、重要事項説明書に定める方に対し、前月利用料金の合計額の請求書を発行します。ご利用者及びご家族等は、連帯して当施設に対し当該合計額を当該請求書が届いた月の 27 日にお支払いいただくものとします。なお、支払いの方法は口座振替を基本としますが、それ以外の支払方法は別途話し合いの上双方合意した方法によります。さらに、ご利用者もしくはご家族等から上記利用料金の支払いを受け、領収書を発行します。

【記録と開示】

当施設は、ご利用者に提供したサービス内容の記録を作成し、その記録を利用終了後 2 年間保管します。

当施設は、ご利用者が上記の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、ご家族等やその他の者が記録の閲覧等を求めた際には、ご利用者の承諾があった場合やその他必要と認められる場合において、これに応じます。

【身体の拘束等】

当施設は、原則としてご利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害のおそれがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は医師が判断し、説明と同意を得てから身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその状態及び時間、その際のご利用者の心身の状態、緊急やむを得なかった理由を記録することとします。

【秘密の保持及び個人情報の保護】

当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得たご利用者又はその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙 4 のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の項については、法令上、介護関係事業者が行うべき業務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- 1 サービス提供困難時の事業者間の連絡、照会等
- 2 地域包括支援センター(介護予防支援事業所)、居宅介護支援事業所等との連携
- 3 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市への通知
- 4 ご利用者に病状の変化が生じた場合等の主治医への連絡、情報提供、相談等
- 5 生命・身体の保護のために必要な場合(災害時において安否情報を行政に提供する場合等)
- 6 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、ご利用者本人を特定できないように使用することを厳守します。

(6)についての情報提供については、個人が特定できるような状況である場合はご利用者及びご家族等から予め同意を得た上で行うこととします。)

上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

【緊急時の対応】

当施設ではご利用者に対し、施設医師の医学的判断により診療が必要と認める場合、当施設または、その他の専門医療機関での診察を依頼することがあります。

当施設は、ご利用者に対し、当施設における対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、他の専門的機関を紹介します。

上記の他、ご利用中にご利用者の心身の状態が急変した場合は、当施設はご利用者及びご家族等が指定する者に対し速やかに連絡します。

【事故発生時の対応】

リハビリテーションサービスを提供中にご利用者の症状の急変、転倒等の緊急事態が生じた場合には、当施設はご利用者に対し必要な措置を講じます。また必要性があれば、施設の医師が診察します。その後施設医師の医学的判断でより専門的対応が必要な場合は、またはその他の専門的機関での診療を依頼します。

上記の他、当施設はご家族等、介護支援専門員、包括支援センター担当、当該市に対して速やかに連絡します。また事故内容については当該市に事故記録を提出します。

【要望又は苦情の申し出】

ご利用者及びご家族等は、当施設の提供するリハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情等について地域包括支援センター、担当介護支援専門員、及び当法人、施設の苦情窓口、当該市、東京都国民健康保険団体連合会等に申し出ることができます。なお、苦情申し立てを行った事を理由として、利用者はいかなる不利益を受けることもありません。

【賠償責任】

リハビリテーションサービスの提供に伴って、当施設の責に帰すべき事由によってご利用者が被害を被った場合、当施設はご利用者に対して加盟している保険会社と相談の上、損害を賠償するものとします。但し、事業者の故意または過失によらない場合はこの限りではありません。またご利用者の責に帰すべき事由によって当施設が損害を被った場合、ご利用者及びご家族等は連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

【重要事項説明書に定めのない事項】

この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保健施設法令その他諸法令に定めるところにより、ご利用者又はご家族等と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

医療法人社団永生会

グリーンガラス南大沢クリニックのご案内（運営規定要）

1. 事業者概要

開設事業者名	医療法人社団 永生会
所在地	東京都八王子市櫛田町583－15
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 安藤高夫
電話番号	042－661－4108

2. ご利用事業所

事業所名称	医療法人社団永生会 グリーンガラス南大沢クリニック
事業所指定番号	東京都指定 1312930758
所在地	東京都八王子市下柚木2－26－11
各事業所につき介護保険法令に基づき東京都知事から指定を受けている居宅サービス種類	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
管理者・連絡先	院長 重松 恭介・042－682－3580
サービス提供地域	八王子市全域及び日野市・町田市・多摩市の一部地域

3. 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス	職員体制
管理者	管理・調整業務・訪問診療・往診	医師 1 名（常勤 1 名）
サービス提供者	訪問診療・往診	医師 1 名以上
	看護業務	看護師 1 名以上
	訪問リハビリテーション	理学療法士等 1 名以上
事務員	事務業務	1 名以上
運転手	運転業務	1 名以上

*理学療法士等とは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む。

サービス内容

- 1 リハビリテーション計画の立案
- 2 医学的管理
- 3 介護方法の助言や提案
- 4 機能訓練(リハビリテーション)
- 5 その他

4. 営業日・営業時間

営業日	営業時間
月曜日から土曜日	午前 9 時から午後 5 時

（注）年末年始（通常 12 月 30 日から 1 月 3 日）・祝祭日は休業させていただきます。

5. 事業の運営方針

- (1) 利用者の特性を踏まえて、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事ができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能を支援し、心身の機能の維持・回復を目指して理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを提供します。
- (2) 指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、要介護状態の改善若しくは悪化の防止又は要介護状態となる事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います。
- (3) 訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、居宅介護支援事業所、関係市区町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

6. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は利用者に対する指定訪問リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は、速やかに当該市、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った措置について記録し、その完結の日から2年間保存します。
- (3) 事業者は利用者に対する指定訪問リハビリテーション等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

7. 苦情相談について

- (1) 事業者は苦情を受けた場合は当該苦情の内容等を記録いたします。事業者は提出した訪問リハビリテーション等に関し介護保険法第23条、他の規定による当該市が行う文章その他の物件の提出、若しくは提示の求め、当該市の職員の行う質問若しくは照会に応じるとともに、利用者からの苦情に関して当該市が行う調査に協力し当該市から指導または助言を受けた場合は当該指導又は助言に従って必要な改善を図ります。この場合において当該市からの求めがあった時は、当該改善の内容を報告します。

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、次の窓口で対応します。

事業所 お客様相談窓口	電話番号	042-682-3580
	FAX番号	042-682-3581
	相談員(管理者)	中村 哲生(重松 恭介)
	対応時間	月曜日～土曜日 9:00～17:00

- (3) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

介護保険相談窓口	八王子市福祉部 高齢者福祉課 相談担当	電話:042-620-7420
	町田市介護保険課給付係	電話:042-724-4366
	日野市高齢福祉課介護給付係	電話:042-514-8519
東京都国民健康保険 団体連合会(国保連) 介護保険課(苦情相談)	所在地	東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京都区政会館 11 階
	電話番号	電話:03-6238-0177
	対応時間	9:00～17:00 09:00～17:00 (土・日・祝祭日を除く)

8.非常災害対策

- (1) 事業者は苦情を受けた場合は当該苦情の内容等を記録いたします。事業者は提出した訪問リハビリテーション当事業所は、非常災害に対する具体的な計画を立て、非常災害に対するため、定期的に非難、救出その他必要な訓練を行うものします。
- (2) 防災訓練:年 2 回以上

9.虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
 1. 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
 2. 虐待の防止のための指針を整備します。
 3. 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
 4. 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(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、これを市町村に通報するものとします。

10.第 3 者評価機関によるサービス評価について

☐実施しています(年 月 日)

評価機関名()評価結果の開示状況(有 無)

☒実施していません。

11.サービス利用料および利用者負担

- (1) 訪問リハビリテーション等の利用料金は別途提示します。
- (2) 支払いの方法は口座振替を基本とします。それ以外の支払い方法は別途話し合いの上双方合意した方法によります。
- (3) ペット等により訪問者に危害が加えられた場合には、治療費が発生する場合があります。

12.サービス利用の中止

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、できるだけサービスの前日までに下記へご連絡ください。
連絡先(グリーングラス南大沢クリニック) 電話 042-682-3580 FAX 042-682-3581

13.サービス提供の際の事故やトラブルをさけるため

- (1) サービス提供者は年金の管理、金銭の貸借など、利用料の徴収以外での金銭の取り扱いは致しかねますのでご了承下さい。
- (2) サービス提供者は制度上、利用者の心身の機能維持回復のためのサービスはできますが、それ以外の業務は認められていませんのでご了承ください。
- (3) サービス提供者に対する贈り物や飲食等の接待は、ご遠慮させて頂いております。
- (4) 訪問時、衛生上、手洗いをさせていただきますので、流しや洗面所をお借りすることがあります。
- (5) 交通事情、前後の利用者の状況等で訪問時間が前後する事があります。
- (6) 悪天候等の止むを得ない事情により、訪問を中止させていただく事があります。
- (7) 犬、猫等のペットは訪問時ゲージに入れるか、リードに繋いでおいて下さい。
- (8) サービス提供者に対して危害(身体的・精神的)が加えられた場合、サービスを終了させて頂く事があります。
- (9) 駐車場確保に伴う調整等をお願いする事があります。

14.その他

- (1) 従業者の資質向上を図るため研修の機会を設け、業務体制を整備します。
- (2) 従業者は業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密を保持します。
- (3) 従業者であった者に、業務上知り得た利用者またはそのご家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれら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。
- (4) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は医療法人社団永生会が定めるものとします。
- (5) 当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますのでご利用下さい。
- (6) 診療所からの訪問リハビリテーションにおいては利用開始時にあたり、疾患管理をしている主治医から情報提供書をいただき、情報提供を受けた当診療所の医師が診察し訪問リハビリの指示をだすことが義務付けられています。よって当診療所の医師がご利用開始前に訪問診療をさせていただきます。
- (7) 上記診察のため訪問リハビリテーション開始時に医師の診察料がかかります。
- (8) 情報提供書の作成にあたり、施設によって情報提供書料がかかる場合があります。

※ ご不明な点は何でもお尋ね下さい。

リハビリテーションサービスについて

1. 各種保険証等の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご希望者の介護保険証、医療保険証等を確認させていただきます。

2. リハビリテーションの概要

医療法人社団永生会クリニックグリーングラスで提供させて頂くリハビリテーションサービスは、要支援及び要介護状態の方の家庭等での生活を継続させるために立案されたリハビリテーションサービス(居宅介護サービス)計画に基づき、当施設サービスを一定期間ご利用いただき、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行い、ご利用者の心身の機能の維持・向上を図るために行われます。このサービスを提供するにあたっては、ご利用者に関わる様々な職種の従事者の協議によって、リハビリテーション計画が作成されますが、その際ご本人様及びご家族等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

<別紙 3>

グリーンガラス南大沢クリニック 利用料金一覧表

(訪問リハビリテーション) 介護保険

基本料金

	項目	頻度	単位	10 割 料金(円)	1 割料金 (円)	2 割料金 (円)	3 割料金 (円)	備考
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ 1	1 回 (20 分)	308	3336	334	667	1001	1 回 20 分以上 週 6 回まで
<input type="checkbox"/>	予防訪問リハ 1		298	3227	323	645	968	

加算料金

	項目	頻度	単位	10 割 料金(円)	1 割 料金(円)	2 割 料金(円)	3 割 料金(円)	備考
<input type="checkbox"/>	短期集中リハ 実施加算	1 日	200	2166	217	433	650	退院(所)日もしくは要 介護(支援)認定を受け た日から 3 月以内
<input type="checkbox"/>	認知症短期集中リ ハ実施加算	1 日	240	2599	260	520	780	退院(所)・訪問開始日 から 3 月以内 要介護者のみ
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制 強化加算(I)	1 回	6	65	7	13	20	
<input type="checkbox"/>	リハマネジメント加 算(イ)	1 月	180	1949	195	390	585	要介護者のみ
<input type="checkbox"/>	リハマネジメント加 算(ロ)	1 月	213	2307	231	461	692	
<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	1 月	270	2924	292	585	877	
<input type="checkbox"/>	移行支援加算	1 日	17	184	18	37	55	
<input type="checkbox"/>	退院時共同指導 加算	1 回	600	6498	650	1300	1949	
<input type="checkbox"/>	口腔連携強化 加算	月 1 回限度	50	542	54	108	162	

* 地域単価八王子市 = 10.83 円 (3 級地)

* 要支援認定者は利用開始月から 12 月超えの利用、かつ 3 月に 1 回のリハビリテーション会議を実施しない場合、1 回につき 30 単位を減算いたします。

注: 3 月に 1 回のリハビリテーション会議実施した場合は減算なし。

* 退院・退所後(3 月以内)の訪問リハビリは週 12 回まで可能。

1 月のご利用料金はおおよそ _____ 円

(訪問リハビリテーション) 医療保険

	項目	頻度	点	1 割料金 (円)	2 割料金 (円)	3 割料金 (円)	備考
□	訪問リハ指導管理料	1 単位につき (20 分)	300	300	600	900	週 6 単位まで

* 退院(所)後(3 月以内)の訪問リハビリは週 12 単位まで可能。

* 急性憎悪時の場合は 6 月に 1 回、14 日以内限定で 1 日 4 単位まで可能。

* 末期の悪性腫瘍の場合、単位制限なし。

1 月のご利用料金はおおよそ_____円

利用契約書

医療法人社団永生会 グリーングラス南大沢クリニックのリハビリテーションサービスを利用いただくにあたり、甲は重要事項説明書及び別紙 1、別紙 2、別紙 3 を受領し、これらの内容に関して乙、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意し契約を結びます。また、本書面を 2 通作成し、事業者、利用者が署名捺印の上 1通ずつ保有するものとします。

年 月 日

(甲) ご利用者

住 所 :

氏 名 :

印

ご利用者のご家族代表者

住 所 :

氏 名 :

(続柄

)

印

代理人

住 所 :

氏 名 :

(続柄

)

印

(乙) 事業者

事業所名 医療法人社団永生会 グリーングラス南大沢クリニック

住 所 東京都八王子市下柚木2-26-11

電 話 042-682-3580

管理者

重松 恭介

印

説明者
