

亀田クリニック訪問リハビリテーション重要事項説明書

ご利用者様に対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）サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 指定訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業所名称；医療法人鉄蕉会

代表者氏名；理事長 亀田隆明

本社所在地；千葉県鴨川市東町 929 番地

2. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

I. 事業所の概要

事業所名称；医療法人鉄蕉会 亀田クリニック（訪問リハビリテーション）

サービスの種類及び指定番号；訪問リハビリテーション・1213910270

所在地；千葉県鴨川市東町1，344番地

電話番号；04-7099-2211

FAX番号；04-7099-1192

通常の事業の提供地域 鴨川市、南房総市、安房郡鋸南町、勝浦市、夷隅郡御宿町（※なお、通常の事業の提供地域以外で訪問リハビリを利用したい方は、ご相談ください）

3. 事業の目的と運営方針

- (1) 病気やけが等により家庭において寝たきり又はそれに準ずる状態、若しくはかかりつけの医師が訪問リハビリテーションの必要を認めた者に対し、理学療法士等が訪問して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）のサービスを提供します。
- (2) 訪問リハビリテーションは、健康保険法及び介護保健法の理念に基づき、寝たきり老人等の心身の特性を踏まえて訪問リハビリテーション利用者の生活の質の確保を重視し、健康管理や日常生活動作の維持、回復を図ると共に在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように又利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うことを目的とする。
- (3) 事業所では、利用者の有する能力に応じ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、医学的管理の下における機能訓練、介護その他日常的に必要なとされる医療を提供し在宅における日常生活の回復を目指す。

- (4) 事業所は、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）の実施にあたって地域の保健・医療・福祉サービスを提供する関連機関、指定介護予防事業者等との密接な連携に勤め、その協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。

4. 営業時間 営業日 月曜日～金曜日まで

5. 営業時間 8時00分～17時00分とする。

注) 国民の祝日及び法令による休日、及び12月30日から1月3日は除きます。

6. 利用事業所の従員数及び勤務の体制

- (1) 管理者； 1名（理学療法士等・常勤）
(2) 医師； 1名以上
(3) 理学療法士等； 1名以上（理学療法士3名・作業療法士0名・言語聴覚士0名）
(4) 事務員； 1名（兼務）
(5) 職務の内容；

(ア) サービス担当者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。

(イ) 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方が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題を把握します。計画作成に当たっては、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、具体的な目標や具体的なサービスを記載します。訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、居宅サービス計画にそって作成し、利用者、家族に説明したあとで、利用者の同意を得ます。また作成した計画は、利用者に交付します。

(ウ) 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問リハビリテーションのサービスを提供します。

(エ) 常に利用者の病状、心身の状況、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。

(オ) それぞれの利用者について、指定訪問リハビリテーション計画に従った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。

7. 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、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緊急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なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

8. 利用料金

（介護保険の場合）

① 料金（訪問リハビリテーション費）

サービス名	単位数	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
①訪問リハビリテーション(20分)	308単位	308円	616円	924円
②リハビリマネジメント加算2	213単位	213円	426円	639円
③サービス提供体制強化加算I	6単位	6円	12円	18円
④短期集中リハビリテーション加算	200単位	200円	400円	600円
⑤退院時共同指導加算	600単位	600円	1,200円	1,800円

※リハビリテーションマネジメント加算2については、リハビリテーション計画の進捗等を定期的見直し、介護支援専門員を通じた居宅サービス事業者への情報伝達等しリハビリの質の管理をする場合に1月に1回算定します。

※サービス提供体制強化加算Iは、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。また、退院（退所）日又は介護認定の効力発生日から起算して3月以内の期間に、1週間につき概ね2日以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

※退院時共同指導加算は、退院後の在宅生活を円滑に進めるため、病院の医師やリハビリスタッフと当事業所の訪問リハビリスタッフが共同で指導を行う場合に算定される加算です。

※主治の医師(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による訪問リハビリテーション費は算定せず、別途医療保険による提供となります。

② 利用者負担金

(ア) 介護保険の適用になるお客様(要支援又要介護認定を受けられる方)は、料金①か

ら⑤の料金を介護負担割合証に記載された負担割合をお支払いいただきます。(消費税は課税されません) 但し、介護保険の給付の範囲を超えた分につきましては、全額自己負担となります。

③ 交通費 (税別)

鴨川市、南房総市、安房郡鋸南町、勝浦市、夷隅郡御宿町にお住まいの方は無料です。その他の地域にお住まいの方は交通費1,100円(税込)を負担していただくこととなります。

④ キャンセル料

キャンセル料は無料です。※キャンセルをされる場合は、出来るだけ早く担当まで連絡ください。

5. 苦情申立窓口

(内部窓口)

① 亀田クリニック 訪問リハビリテーション

担当;佐伯考一

04-7099-2393

平日 午前8時から午後5時

② 亀田総合病院 カスタマーコンタクトセンター

04-7099-1246

平日 午前8時から午後5時

(外部窓口)

③ 各市町村の介護保険課(係)の窓口

ご利用時間 平日 午前9時~午後5時

④ 千葉県国民健康保険団体連合会

ご利用時間 平日 午前9時~午後5時

6. 緊急時の対応方法 利用者の主治医への連絡を行い医師の指示に従います。主治医への連絡が困難な場合は救急搬送等の必要な処置を講じます。また緊急連絡先にご連絡をいたします。

7. 当事業所では、職員が身の危険を感じた際には理由のいかんに関わらず、最寄りの警察に通報し、断固たる対応をいたします。

8. その他、併せて下記の「利用にあたっての注意事項」をご確認いただき、ご協力をお願いいたします。

【次の患者さまへの配慮のお願い】

1. 当事業所では、1日に複数のお宅に訪問しております。円滑なサービス提供のため、以下の点にご協力ください。

(1) 喫煙について

- 予定時刻の1時間前から、室内および敷地内での喫煙はお控えください。
 - (2) ペットについて
 - 動物はゲージ等に入れるなど、介入の妨げにならないようご配慮ください。あわせて、匂いや抜け毛への対応もお願いいたします。
 - (3) 室内環境について
 - 清潔な環境を保つよう心掛けていただきますようお願いいたします。
2. 訪問リハビリスタッフも人です。以下の行為が行われた場合、事業所の判断でサービスを終了させていただくことがあります。
- (1) 性的な嫌がらせ
 - (2) 暴力行為
 - (3) 暴言
 - (4) サービスの範疇を超えた要望
 - (5) 許可のない録音・録画

ご利用者様の主治医 _____

電話番号 _____

所在地 _____

緊急連絡先 _____

電話番号 _____

住所 _____

年 月 日

(乙) 当事業所は、甲1に対する居宅サービスの提供開始に当たり、甲1 甲2 対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

説明者(乙) 所在地 千葉県鴨川市東町1, 344番地

名称 医療法人 鉄蕉会

亀田クリニック(訪問リハビリテーション)

氏名 _____

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。また、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当者会議等において、私の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

利用者(甲1) 住所 _____

氏名 _____ ㊟

利用者の家族(甲2) 住所 _____

氏名 _____ ㊟ 続柄 ()