

重要事項説明書

(訪問(介護予防)リハビリテーション)

1 事業所の概要

(1) 法人の概要

法人名	医療法人 社団 荒尾クリニック
所在地	熊本県荒尾市荒尾 600 番地 3
代表者名	理事長 山田 邦夫
電話番号	0968-63-1166
FAX 番号	0968-63-2447

(2) 事業所の概要

事業所名	ふれあいクリニック
所在地	熊本県荒尾市川登 1761 番地 24
管理者名	江口 裕之
電話番号	0968-68-6565
FAX 番号	0968-68-8288
事業者番号	4310411196 (指定介護予防訪問リハビリテーション) 4370401608 (指定訪問リハビリテーション)

(3) 当事業所で併せて実施する介護保険事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員等	名 称
	指定年月日	指定番号		
通所リハビリテーション	平成 12 年 3 月 31 日	4310411196	72 名	ふれあいクリニック
居宅介護支援	平成 11 年 10 月 20 日	4310411196		ふれあいクリニック
介護医療院 (短期入所療養介護)	令和 5 年 7 月 1 日	43B040023	11 床	ふれあいクリニック 介護医療院
訪問リハビリテーション (介護予防)	平成 18 年 10 月 1 日	4310411196		ふれあいクリニック
訪問リハビリテーション	令和 3 年 6 月 1 日	4370401608		ふれあいクリニック
訪問介護	平成 12 年 9 月 1 日	4370400469		介護センターふれあい

2 当事業所の目的と運営方針

当事業所は、介護保険法及び関係諸法令・条例の趣旨に従い、ご利用者様がその能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう本サービスの提供を行う。

当事業所では、個人の尊厳・プライバシーを尊重し、ご利用者様の心身の状態・環境に配慮する。居宅において可能な限り自立した生活が営めるよう適切な理学療法等リハビリを行ない、効果的に心身の維持・回復を図る。

3 職員体制

職 種	員数	区 分				備 考
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
医 師	1		1			
理学療法士	2		2			
作業療法士	0		0			

4 勤務体制

職 種	勤 務 体 制	備 考
医 師（管理者）	（正規の勤務時間） 9時00～18時00	
理学療法士	（正規の勤務時間） 8時15～17時15	

5 営業時間

営業日	営業時間
平日	8：15～17：15
営業しない日	土曜日・日曜日・12/30～1/3

6 実施地域

荒尾市・玉名市(一部（岱明）)
長洲町・南関町

7 利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

保険種類	利用者	摘 要	自己負担額（1割の場合）
介護保険	要介護認定者	1回：20分以上1週間に6回まで 308単位	308円
介護保険	要支援認定者	1回：20分以上1週間に6回まで 20分毎に298単位	298円

＊利用料は原則として以下の料金表がご利用者負担額となります。

その他、介護保険料滞納者、生活保護世帯該当者様については、別途の対応とさせていただきます。

<各種加算>

サービス種類	利用料金(1割負担の場合)
☐ リハビリテーションマネジメント加算イ (3ヶ月に一回以上医師とのリハビリテーション会議を行う)	180円/月
☐ 医師が利用者又はその家族に説明した場合	270円/月
☐ サービス提供体制強化加算	6円/回
☐ 短期集中リハビリテーション加算	200円/日(3ヶ月以内) ※1
☐ 移行支援加算 (要介護者のみ適応)	17円/1日につき
☐ 退院時共同指導加算	600円 退院時に一回のみ

※1 退院(所)日又は要介護(要支援)認定の効力が生じた日から起算して3月以内の利用者に対し医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定できる。

<減算>

- 1.当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行う場合は、1回につき50単位を所定単位数から減算する。(初月1ヶ月は免除)
- 2.介護予防訪問リハビリにて利用開始から12月経過した際に1回につき30単位の減算を行う。

<その他>

交通費 上記実施地域以外の地域：20円/km

キャンセル料 8時間前までにご連絡なかった場合：1提供あたりの料金50%をいただきます。

<お支払方法>

料金は月ごとの精算とし、本事業所が定める期日までにご本人負担分をお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行します。お支払方法は、銀行振込・現金払いをお選びください。

8 サービスの終了

ア 利用者は、3日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1カ月前までに文書で通知いたします。

- ウ
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定において、非該当となった場合
 - ・介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をした場合
 - ・お客様が亡くなられた場合

エ その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背

信行為を行った場合、1 カ月以上の料金滞納があり、再三の督促にも関わらずお支払いいただけない場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

9 情報開示につきまして

当事業所は、お客様の求めに従ってお客様ご自身に関する情報(リハビリ記録・サービス提供記録に類するもの・その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

10 個人情報の取扱いにつきまして

当事業所は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ漏洩に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合を下記※2にご提示し、事前にお客様のご承認をいただいております。あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

※2 当院では個人情報を業務上必要な範囲において利用します。下記目的以外には利用しません。

- ① お客様に提供する介護サービス
- ② 当院の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ③ 他の医療機関・介護機関との連携
- ④ 家族等への状況説明
- ⑤ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑥ 賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑦ その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力・職員研修等）
- ⑧ 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。

11 事故・トラブル発生等につきまして

本説明書 1ー (2) の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願いいたします。必要に応じて、ケアマネジャー、他のサービス事業者、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

12 虐待防止に関する事項

- ・ 虐待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る。
- ・ 虐待防止のための指針を整備する。
- ・ 従業員に対し虐待防止のための研修を定期的に実施する。
- ・ 事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者又は養護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するものとする。

13 ハラスメント対策について

適切な指定訪問リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより理学療法士等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

14 身体拘束について

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）は行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

15 提供するサービスの第三者評価の実施について

実施の有無	実施した直近の年月日	実施した評価期間の名称	評価結果の開示状況
無			

16 苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、責任者宛にご連絡をお願いいたします。

ふれあいクリニック 担当 木下 雅視	0968-68-6565
国民健康保険団体連合会苦情相談窓口	096-214-1101
荒尾市保険介護課	0968-63-1418
長洲町福祉保健介護課	0968-78-3111（代表）
玉名市高齢介護課	0968-75-1339
南関町福祉課	0968-57-8591

以上

令和 年 月 日

説明事項確認書

訪問リハビリテーションの提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。

事業所 ふれあいクリニック
所在地 熊本県荒尾市川登 1761 番地 24

名 称 医療法人 社団 荒尾クリニック

説明者氏名 印

私は、本書面により、「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所

氏名 _____ 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断、対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住所

氏名 _____ 印

ご利用者様との関係 (○印)

- ・親族 (続柄: _____)
- ・成年後見人
- ・代理人

※確認資料をお見せ頂く場合がございます。
あらかじめご了承ください。