

## 重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている（介護予防）訪問リハビリテーションについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定に基づき、訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

### 1 （介護予防）訪問リハビリテーションを提供する事業者について

事業者名	医療法人社団 新村病院
代表者氏名	病院長 新村 篤史
本社所在地 (連絡先)	石川県白山市月橋町722番地12 電話： 076-273-0100 ファックス番号： 076-273-0019

### 2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所の名称	医療法人社団 新村病院
介護保険指定事業者番号	石川県 1712210556号
所在地	石川県白山市月橋町722番地12
連絡先	電話： 076-273-0100 ファックス番号： 076-273-0019
サービス提供地域	石川県白山市（旧鶴来町内）

#### (2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	(運営規程記載内容の要約) 要介護状態または要支援状態にある者(以下「要介護者等」という)に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的とする。
運営方針	(運営規程記載内容の要約) 事業所の従事者は、要介護者等が居宅において、その有する能力に応じて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リ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維持回復を図る。 指定訪問リハビリテーションなどの実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となること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う。

	<p>指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係市町村・地域包括支援センター・地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める</p> <p>拘束につきましては、利用者の尊厳を重視し緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わないで済むよう運営いたします。やむをえない場合は事前にご家族様の了解を得て最低限の拘束を行うことがあるとしても、出来るだけ短時間に、さらには実施しないで済むように努力いたします。</p>
--	--

(3) サービス提供可能な日と時間帯

営業日	毎週 月～土曜日
営業時間	午前 10 時～12 時 午後 1 時 30 分～4 時 30 分 (水・土午後休診)

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	毎週 月～土曜日
営業時間	午前 8 時 30 分～12 時 午後 1 時 30 分～5 時 30 分 (水・土午後休診)

(5) 事業所の職員体制

事業所の管理者	(職名) 理事長 (氏名) 新村 篤史
---------	---------------------

職 種	職務内容・勤務体制	人員数
理学療法士	昼勤(8時30分～17時30分) 5人	常勤 5人
		非常勤 人
作業療法士	昼勤(8時30分～17時30分) 1人	常勤 1人
		非常勤 人

3 提供するサービスの内容

サービス区分と種類		サービスの内容
理学療法 ／ 作業療法	起居動作練習	寝返りや起き上がり、立ち上がりの練習
	関節可動域訓練	関節を動かす運動
	筋力維持増強訓練	筋力トレーニングの運動
	介護者への介護指導	行いやすい介助方法の指導
	日常生活動作練習	食事・排泄・更衣・入浴・整容動作の練習
	家事練習	調理・掃除・洗濯動作の練習
	福祉用具等のアドバイス	病状に応じた適切な道具の提案
	その他	
言語聴覚		

#### 4 利用料

介護保険の適用を受ける場合、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。

##### (1) (介護予防) 訪問リハビリテーションの内容に対応する料金、利用料

サービスの区分及び種類	要介護	要支援 (介護予防)
(介護予防) 訪問 リハビリテーション	1 割負担:308 円/1 単位 20 分 2 割負担:616 円/1 単位 20 分	1 割負担: 298 円/1 単位 20 分 2 割負担: 596 円/1 単位 20 分
サービス提供体制 強化加算	1 割負担: 6 円/日 2 割負担: 12 円/日	
リハビリテーション マネジメント加算 (A)イ	1 割負担: 180 円/月 2 割負担: 360 円/月	
短期集中 リハビリテーション加算	1 割負担: 200 円/日 2 割負担: 400 円/日 ・退院 (所) 日又は認定日から起算して 3 月以内 かつ週に 2 回以上実施の場合のみ加算されます。	
退院時共同指導加算	1 割負担: 600 円/回 2 割負担: 1200 円/回 必要に応じて加算されることがあります	
認知症短期集中 リハビリテーション加算	1 割負担: 240 円/日 2 割負担: 480 円/日 必要に応じて加算されることがあります	

※ 介護保険報酬改定により金額が変更になる場合があります。変更後の金額については、別紙にてご説明いたします。

##### (2) その他の費用の有無、利用者の費用負担

交通費請求の有無	無し
サービス提供にあたり必要となる 利用者の居宅で使用する 電気・ガス・水道の費用	利用者 (お客様) の別途負担となります。

##### (3) 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

利用料	ア 利用料ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 請求書は利用明細を添えて利用者宛にお届けします。
利用料、その他の 費用の支払い	ア サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、現金にてお支払い下さい。 イ お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

#### 5 担当理学療法士や作業療法士、言語聴覚士の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当理学療法士や作業療法士、言語聴覚士の変更を希望される場合は、右のご相談担当者まで相談ください。	ア	相談担当者氏名	新村 篤史
	イ	連絡先電話番号	076-273-0100
		同 ファックス番号	076-273-0019
	ウ	受付日および受付時間	月・火・木・金(8時30分～17時30分) 水・土(8時30分～12時30分)

担当療法士の変更に関しましては、ご利用者のご希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望に添えない場合もございますことをあらかじめご了承ください。

## 6 サービス提供に関する相談、苦情について

<b>【事業者の窓口】</b> 医療法人社団 新村病院 ・事業者の担当部署 ・窓口の名称:事務員 出村 洋平 ・責任者名 :院長 新村 篤史	所在地 石川県白山市月橋町722番地12 電話番号 076-273-0100 ファックス番号 076-273-0019 受付時間 月・火・木・金 (8時30分～17時30分) 水・土(8時30分～12時30分)
<b>【市町村の窓口】</b> 白山市鶴来支所鶴来白山ろく 包括支援センター	所在地 石川県白山市鶴来本町4丁目又85番地 電話番号 076-272-4800 ファックス番号 076-272-2752
<b>【公的団体の窓口】</b> 石川県国民健康保険団体連合会	所在地 金沢市幸町12番1号石川県幸町庁舎4階 電話番号 076-261-5191(代表)

## 7 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、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、契約が終了した後も継続します。
------------------------	--

個人情報の保護について	<p>事業者は、利用者から予め個人情報提供同意書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、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で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>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については、善良な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。</p> <p>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(ご利用者記録、サービス提供記録、その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。</p> <p>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。</p>
-------------	--

#### 8 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者の症状の急変など緊急の事態が発生した場合、電話によって、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	利用者の主治医	新村 篤史
	所属医療機関名称	医療法人社団 新村病院
	所在地及び電話番号	白山市月橋町 722-12 TEL (076) 273-0100
家族等	緊急連絡先の家族等	
	住所及び電話番号	

#### 9 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成12年厚生省令第37号)」第8条の規定に基づき、利用者に説明を行い交付しました。

事業者	所在地	石川県白山市月橋町 722 番地 12
	法人名	医療法人社団 新村病院
	代表者名	新村 篤史
	事業所名	医療法人社団 新村病院
	説明者氏名	印

上記内容を事業者から説明、交付を受け同意しました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人 (利用者との続柄 ： )	住所	
	氏名	印