

訪問リハビリテーション重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている 訪問リハビリテーションサービスについて、契約締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明します。

理解できない事やわかりにくい事があれば、ご遠慮なくお尋ね下さい。

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ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 訪問リハビリテーションを提供する事業者

事業者名称	医療法人 方佑会
管理者	理事長 植木 孝浩
所在地	大阪府堺市北区黒土町 3002 番地 5 TEL072-257-0100 FAX072-257-5082

2. 利用者へのサービス提供を担当する事業所

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人 方佑会 植木病院 リハビリテーション科
指定事業所番号	2710119971
事業所所在地	大阪府堺市北区黒土町 3002 番地 5
相談担当者 連絡先	担当者 森下 祐宏 TEL072-257-0100

(2) 事業の目的及び運営方針

① 事業の目的

利用者からの相談に応じ、利用者の心身の状況やおかれている環境等に応じて利用及びそのご家族の意向をもとに、適切なサービスの計画を作成し自立した日常生活が営めるよう支援することを目的とする。

② 運営方針

- ・ 利用者が有する能力に応じて可能な限り、自立した日常生活を営む事が出来るように配慮する。
- ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供する。
- ・ 利用者の立場に立った運営を行う。
- ・ 市町村ならびに居宅介護支援事業者や介護保険施設等との連携に努める。

3. サービス提供可能な日と時間帯

営業日	月曜日～土曜日 但し、日曜・祝日及び年末年始は休業
営業時間	午前9時～午後5時（土曜は午前9時～正午まで）

4. 事業所窓口の営業日及び営業時間帯

営業日	月曜日～土曜日 但し、日曜・祝日及び年末年始は休業
営業時間	午前9時～午後5時（土曜は午前9時～正午まで）

5. 事業所の職員体制

事業所の管理者	（職名）理学療法士 （氏名） 森下 祐宏
---------	----------------------

職種	職務内容
訪問理学療法士	主治医の指示のもと利用者のリハビリテーション等を行う
事務職員	利用者状況の把握、サービス実施状況の把握等を行う

6. 提供するサービスの料金と利用料について

(1) 提供するサービスの内容

- ・ 症状、障害の観察
- ・ 機能回復訓練（リハビリテーション）
- ・ ご家族への介護指導
- ・ 健康相談

(2) 提供するサービスの料金と利用料について

- ① 料金及び利用料は、厚生労働省の定める指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準とします。
- ③ 提供時間は、実際の提供時間ではなく、居宅サービス計画に定める時間によるものとします。

項目	単位	利用者様の負担額
訪問リハビリテーション費	1回(20分) : 308 単位 2回(40分) : 616 単位	1回 325 円 2回 650 円
サービス提供体制強化加算	6 単位	7 円
リハビリテーションマネジメント加算(イ) (要介護認定者のみ算定)	180 単位	190 円
短期集中リハビリテーション加算	200 単位	222 円
介護職員等処遇改善加算	所定単位数の 15/1000 相当額	約 23 円から 91 円

※地域区分別の単価(5級地 10.55円)を含んでいます。

※利用者負担額は1割負担で表示しております。2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍の料金負担となりますのでご注意ください。

※ 利用者がサービスの利用を中止する場合、速やかに当事業所までご連絡ください。

(連絡先) 電話 072-257-0100 リハビリテーション科

7. 利用料・その他の請求及び支払い方法

(1) 利用料・その他の費用の請求

- ① 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとに合算して請求致します。
- ② 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 12 日以降に利用者にお渡しするか、お届け（郵送）します。

(2) 利用料その他の支払いについて

サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

(ア)現金窓口支払い

(イ)事業者指定口座振込

(ウ)自動引き落とし（手数料として 100 円/月利用者負担）

お支払いの確認ができましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

8. 担当理学療法士に関する相談窓口について

利用者のご事情によりご相談がある方は、下記の担当者までご連絡下さい。

(相談担当者) 森下 祐宏

(連絡先) TEL 072-257-0100 FAX 072-257-5082

(受付日及び受付時間) 事業所窓口の営業日における営業時間

営業日	月曜日～土曜日 但し、日曜・祝日及び年末年始は休業
営業時間	午前 9 時～午後 5 時 (土曜は午前 9 時～正午まで)

9. 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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、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。
- 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。）

10. サービス提供に関する相談・苦情について

相談担当者は、状況を把握すると共に、管理者と協議し上対応を決定します。
苦情は下記のところで受け付けます。

【事業所窓口】 植木病院 訪問リハビリテーション

堺市北区黒土町 3002 番地 5

TEL 072-257-0100

担当 森下 祐宏

受付時間 平日 午前 9 時～午後 5 時

土曜日 午前 9 時～正午まで 日・祝日は休み

【市町村の窓口】 堺市北区地域福祉課 総合相談窓口

堺市北区新金岡町 5-1-4

TEL 072-258-6771

受付時間 午前 9 時～午後 5 時 土・日・祝日は休み

【公的団体の窓口】 ①大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会

『福祉サービス苦情解決委員会』

大阪府中央区谷町 7-4-15 大阪府社会福祉会館 2 階

TEL 06-6191-3130

受付時間 午前 10 時～午後 4 時 土・日・祝日は休み

②大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課

大阪府中央区常盤町 1 丁目 3 番 8 号 (中央 F N 大通ビル内)

TEL 06-6949-5418

受付時間 午前 9 時～午後 5 時 土・日・祝日は休み

11. 緊急時の対応

緊急事態が発生した場合、利用者の主治医に連絡するとともに指定する連絡先にもご連絡致します。

主治医	医療機関	医療法人 方佑会 植木病院
	主治医氏名	植木 孝浩
	電話番号	072-257-0100
家族等	氏名	
	電話番号	
	利用者との関係	

12. 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	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

上記内容について、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」第10条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府堺市北区黒土町 3002 番地 5	
	法人名	医療法人 方佑会	
	代表者名	理事長 植木孝浩	印
	事業所名	植木病院 訪問リハビリテーション	
	説明者氏名		印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

代筆の場合 代筆された方の氏名及び（続柄）を下記欄にご記入（自書）してください

利用者	住所 電話	
	氏名	印
代筆の場合の代筆者 氏名（および続柄）		（続柄 ）

代理人	住所	
	氏名	印

※ 本書を2部作成し、利用者・事業者が各1通を保管するものとします。