

重要事項説明書

(介護予防)訪問リハビリテーション

利用者： _____ 様

医療法人社団愛結会

愛の泉恩多クリニック

1 事業所（者）の概要

事業者の概要

名称	医療法人社団愛結会
所在地	東京都東村山市秋津町3-12-3 1階
代表者名	医療法人社団愛結会 理事長 磯部 建夫
電話番号	042-394-4836

事業所

名称	医療法人愛結会 愛の泉恩多クリニック (訪問リハビリテーションサービス)
所在地	東京都東村山市恩多町3-24-4
管理者名	医療法人社団愛結会 愛の泉恩多クリニック 院長 青木美砂子
電話番号	042-306-1175
都道府県知事許可番号	1312722585 (東京都)
サービス提供地域	東村山市全域 ※提供地域以外の方はご相談ください。

2 事業の目的および運営の方針

<ul style="list-style-type: none">・通院困難な方へ（介護予防）訪問リハビリテーションを行い、病状の維持、改善に努めます・生活する方の立場に立ったケアサービスの提供をいたします・生活する方の心身の健康維持に最善を尽くします・生活する方の自尊心を尊重いたします・生活する方の自立心を尊重いたします・生活する方の快適な居住環境の整備に力を注ぎます・生活する方の地域社会とのつながりの維持を大切にします
--

3 営業時間（2024年4月現在）

営業時間	月・火・水・木・金・土（8:30~18:00）
休日	日曜日・祝日（他夏季休暇、年末年始休暇等あり）

4 事業所の職員体制（2024年4月現在）

従業員の職種	従業員数	勤務の体制
医師(管理者兼)	1名	常勤
理学療法士 作業療法士	5名 (通所リハビリスタッフ含む)	常勤4名 非常勤1名

5 提供するサービス内容

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

- (1) 理学療法士や作業療法士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 交通事情などにより、サービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。

6 当事業所の連絡窓口

TEL : 042-306-1175

担 当 部 署 : 愛の泉訪問リハビリテーションサービス

担 当 者 : 山内珠紀 齋藤亮一

受 付 時 間 : 午前 09 : 00 ~ 午後 18 : 00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

7 サービスに関する苦情窓口

	担当	電話番号
医療法人社団愛結会	理事長 磯部 建夫	042-394-4836
愛の泉恩多クリニック	院長 青木 美砂子	042-306-1175
愛の泉恩多クリニック リハビリテーションサービス	理学療法士 山内珠紀 齋藤亮一	042-306-1175

公共機関においても、苦情等の申し出ができます

	担当	電話番号
東村山市役所	介護保険課	042-393-5111
東京都国民健康保険団体連合会	介護福祉課	03-6238-0207

8 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表に記載されている利用料金の1割が利用者負担額になります。(利用者負担割合による)

- ① 介護保険の適用を受けるサービス (利用料1割、2割、3割が自己負担)
(介護予防)訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生大臣が定める基準によるものとし、当該訪問リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときは、その1割~3割の額とする。
- ② 介護保険の適用を受けないサービス (全額自己負担)
介護保険の支給限度額を超えるサービス
利用料は利用者の全額自己負担となります
- ③ その他費用 (全額自己負担)

(2) 利用料金などのお支払い方法

サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割、2割、3割をお支払いいただきます（介護保険証の負担割合に応じる）。但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村から9割分の払い戻しを受ける方法）の方法をご希望の場合は、お申し出ください。

提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成しております。

毎月利用料は、毎月月末メとし、翌月の口座引き落とし、現金、ペイペイにてお支払いください。

(3) 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

9 料金表

(1) 別紙【利用料金表】に定めるものとする。

(2) その他の費用

ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

交通費 なし（当事業所サービス提供エリア外のみ実費請求あり）

※当事業所の通常の事業実施区域外の場合：サービス提供地域以外でのサービスは現在実施していません。（2024年4月現在）

(3) キャンセル料 なし

※当事業所では、訪問リハビリテーションに関わるキャンセル料をいただいておりますが、利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までご連絡ください。また、サービス利用直前の容態の変化や緊急のやむを得ない事情の場合も利用中止がわかり次第早急にご連絡ください。

10 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は、保険者、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12 研修について

当事業所は、従業者の質的向上を図るために研修の機会を次の通り設けるものとします

- (1) 採用時研修 採用後 1 か月以内
- (2) 継続研修 年 3 回

13 衛生管理及び感染症予防・まん延防止等について

- (1) 訪問リハビリテーション職員の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- (2) 当事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 感染症の予防及びまん延防止のための必要な対策を講じます。
 - ・ 感染予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を年 2 回以上開催する。
 - ・ その結果について職員等に周知徹底。
 - ・ 感染予防及びまん延防止のための指針の整備。
 - ・ 職員等に対し感染予防及びまん延防止のための研修会を定期的実施。
- (4) 感染症の予防及びまん延防止の観点から、予めご利用者やご家族に利用趣旨の説明をし、同意を得た上で、テレビ電話等の通信機器を利用して会議等を遠隔で行う場合があります。

14 業務継続計画について

- (1) 事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する（予防）訪問リハビリテーションの提供を継続実施するための、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な対策を実施します。
- (2) 当事業所は職員等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修や訓練及び見直しを定期的実施し、適宜業務継続計画の変更を行います。

15 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおりの必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。担当：理学療法士 齊藤亮一
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
 - ・ 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催し、青の結果を従業員へ周知。
 - ・ 虐待防止の為の指針の整備。
 - ・ 従業員に虐待防止の為の研修会を定期的実施。

15 提供するサービスの第三者評価実施状況について

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

16 身体拘束の禁止

- ① 事業所は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者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」という）を行いません。
- ② 事業所はやむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

【事業者】

住 所： 東村山市秋津町 3-12-3

社 名： 医療法人社団愛結会

代表者： 磯部建夫 印

【事業所】

住 所： 東村山市恩多町 3-24-4

事業所名： 愛の泉恩多クリニック（指定番号 1312722585）

担当者 _____ より、重要事項説明書の内容について説明を受け、
了承しました。

年 月 日

【ご利用者】住 所 _____

氏 名 _____ 印

【代理人】住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄 _____）

署名代行理由：

愛の泉 予防訪問リハビリテーション 利用料金表 (令和6年6月現在)

(1) 要介護度別

サービス提供時間	単位	負担割合1割 (円)	負担割合2割 (円)	負担割合3割 (円)
1回 (20分)	308	334	667	1,001

(2) 追加される加算

加算名	単位	1割	2割	3割	要件
リハビリテーション マネジメント加算 (ロ)	213/月	231	462	692	計画書作成
	270/月	292	585	878	医師による説明
期集中個別リハビリ テーション実施加算	200/日	217	434	650	退院後3ヶ月のみ 週2回以上参加のみ
退院時共同指導加算	600/回	650	1300	1950	退院時のみ
サービス提供体制強化加算 I	6/回	7	13	20	勤続7年以上の療法士

(3) 該当した際に事業所が減算される加算

加算名	単位	該当要件
同一建物減算	×90/100	・事業所と同一建物の利用者

利用者は、事業者より上記 通所リハビリテーション料金表の説明を受け、
利用料金の支払いについて、了承いたしました。

令和 年 月 日

(利用者 甲) 住 所
氏 名 印

代理人 住 所
氏 名 印

甲との関係 ()

愛の泉 予防訪問リハビリテーション 利用料金表（令和6年6月現在）

(1) 要支援別

サービス提供時間	単位	負担割合1割（円）	負担割合2割（円）	負担割合3割（円）
1回（20分）	298	323	646	969

(2) 追加される加算（要支援の場合）

加算名	単位	1割（円）	2割（円）	3割（円）	要件
短期集中リハビリ テーション実施加算	200/日	217	434	650	退院後3ヶ月のみ 週2回以上参加のみ
退院時共同指導加算	600/回	650	1300	1950	退院時のみ
サービス提供体制強化加算 （I）	6/回	7	13	20	勤続7年以上の療法士

(3) 該当した際に事業所が減算される加算

加算名	単位	該当要件
同一建物減算	×90/100	・事業所と同一建物の利用者
12か月超過減算（要支援1） （要支援2）	-120/月 -240/月	13か月目にリハビリ継続の必要性を検討したリハビリ会議を 実施すればこの限りではない

利用者は、事業者より上記（介護予防）訪問リハビリテーション料金表の説明を受け、
利用料金の支払いについて、了承いたしました。

令和 年 月 日

（利用者 甲） 住 所
氏 名 印

代理人 住 所
氏 名 印

甲との関係（ ）