

# 訪問リハビリテーション「工藤医院」重要事項説明書

平成27年4月1日改訂

## 1. 施設経営法人

- 1) 法人名 医療法人 藤仁会
- 2) 所在地 青森県上北郡七戸町字道ノ上63-4
- 3) 電話番号 0176-68-2666
- 4) 代表者名 理事長 工藤 要一
- 5) 設立年月日 平成2年6月11日

## 2. 事業の目的と運営方針

- 1) 種別 指定訪問リハビリテーション
- 2) 目的 利用者が要介護状態又は要支援状態と認定された場合においても、理学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、その利用者が可能な限り在宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
- 3) 名称 工藤医院
- 4) 所在地 青森県上北郡七戸町字道ノ上63-4
- 5) 電話番号 0176-68-2666
- 6) 事業所番号 0212511497
- 7) 管理者氏名 工藤 裕康
- 8) 運営方針
  - (1) 指定訪問リハビリテーションは、利用者の要介護状態、要支援状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとする。
  - (2) 自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
  - (3) 指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう適切に行う。
  - (4) 指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明を行う。
  - (5) 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等の的確な

把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

9) 開設年月日 平成20年10月1日

### 3. 職員の配置状況

#### 1) 職員体制

従業者の職種	人数(人)	区分(人)		職務の内容
		常勤兼務	非常勤兼務	
管理者	1	1		管理運営
理学・作業療法士	1	1		リハビリテーション

#### 2) 勤務体制

従業者の職種	勤務体制	勤務時間
管理者	常勤兼務で勤務	8:30~17:30
理学療法士	常勤兼務で勤務	8:30~17:30

### 4. 事業の実施地域および営業時間

#### 1) 実施地域

事業の実施地域	七戸町全域 東北町
---------	-----------

#### 2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	8時30分～17時30分
営業しない日	土曜日・日曜日

### 4. サービスの内容

理学療法士や作業療法士がご利用者のご自宅を訪問し、ご利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

## 5. 利用料

### 1) 介護保険給付サービス料金

- (1) 訪問リハビリテーション費／回 1回20分以上  
介護度1～5全て同一の単位となります。

基本単位	利用者負担額
302 単位	302 円

### (2) 加算料金

また、退院日、退所日、要介護認定日から3ヶ月未満の方は以下の短期集中リハビリテーション実施加算が算定されます。

	単 位	利用者負担額
短期集中リハビリテーション実施加算 退院・退所・要介護認定から3ヶ月未満	200 単位／日	200 円／日
リハビリテーションマネジメント加算 (I)	60 単位／月	60 円／月

### 2) 利用料等のお支払方法

利用料及びその他の費用は、毎月中旬に前月分の請求をいたしますので、その月の25日までにお支払いしてください。

### 3) 利用の中止、変更、追加

- (1) お客様のご都合でサービスを終了する場合はサービスに終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。急な事情が生じたときはできるだけ早めにご連絡ください。

#### (2) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保健施設や介護福祉施設に入所した場合
- ・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区分が非該当(自立)と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合

#### (3) その他

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務を反した場合、または当施設が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。
- ・お客様がサービスの利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金をお支払

頂くように催告したにもかかわらず、10日以内に支払われない場合、またはお客様やご家族様が当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合には、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

## 6. 秘密の保持と個人情報の保護

### 1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業所及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、本契約が終了した後も継続します。

### 2) 個人情報の利用について

利用者及びその家族に関する知り得た情報は、夏季の場合に必要な最小限の範囲で使用できることとします。

#### ①使用目的

- ・訪問リハビリテーションの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態・家族の状況を把握するために必要な場合。
- ・上記以外、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- ・訪問リハビリテーションの提供を受けている場合で、利用者が体調不良やケガ等で医療機関へ行ったときなど、医師や看護師等に説明する場合。
- ・訪問リハビリテーションの提供の円滑化を図るため、又は当法人内における情報の共有をする場合。
- ・第三者への閲覧に供すること（リハビリテーションの様子を利用者・家族・地域の方々へ伝達することにより、知識を共有したり親睦を深める為に使用する場合）。

#### ②個人情報を利用する事業所等

- ・居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所。
- ・医療機関（体調不良やケガ等で診療することとなった場合）。
- ・施設内や地域等への閲覧。

#### ③個人情報を使用する期間

- ・訪問リハビリテーションの提供を受けている機関。

#### ④使用する条件（介護サービス事業者の責務）

- ・個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を図ること。
- ・個人情報を使用した会議及び個人情報利用の内容等その過程を記録すること。
- ・個人情報の第三者提供について、使用範囲の指定があった場合においては、その範囲に限定して取り扱う。

#### 7. 事故発生時及び緊急時の対応

事故発生時や利用者の体調悪化などの緊急時には、市町村・行政機関・当該利用者の居宅介護支援事業所、家族に対して速やかに連絡をとるなどの必要な措置をとります。また、利用者の体調に応じて、主治医や当事業所の協力医療機関において適切な措置を行います。

#### 8. 協力医療機関

医療法人藤仁会 工藤医院	所在地 上北郡七戸町字道ノ上63-4 電話 0176-68-2666
公立 七戸病院	所在地 上北郡七戸町字影津内98-1 電話 0176-62-2105

#### 9. サービス提供の記録等

訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーションの提供に関する記録を作成します。これをこの契約終了後2年間はこれを適正に保存します。また、利用者は、本人及びその家族の希望により、サービス提供の記録等を閲覧することができます。さらに、サービス提供記録を複写物で受けることができます。

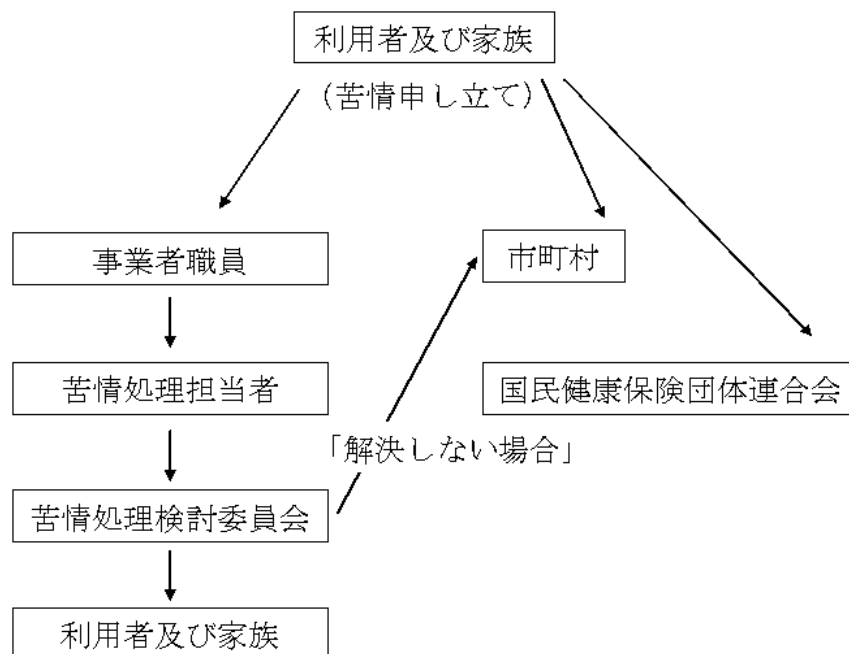
## 10. 苦情申立て窓口

サービスについてのご相談や、ご不満、ご意見などある場合は、下記までご連絡下さい。

1) 当事業所における苦情や相談は、以下の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者） 理学・作業療法士
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30
- 電話：0176-68-2666

### <苦情処理の流れ>



## 2) その他

事業所以外にお住まいの市町村または青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

- 七戸町 健康福祉課 <TEL>0176-68-3500
- 青森県国民健康保険団体連合会 <TEL>017-723-1336

## 11. サービス利用にあたっての留意事項

1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示して下さい。

重要事項説明同意書

平成 年 月 日

指定訪問リハビリテーションのサービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

工藤医院

説明者 ( 職 名 )

( 氏 名 )

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問リハビリテーションの提供開始に同意しました。

利用者 ( 住 所 )

( 氏 名 )

印

私は、利用者の意志を確認した上、上記署名代行しました。

代行者 ( 住 所 )

( 氏 名 )

印

( 続 柄 )

( 電 話 番 号 )