

医療法人葵会 上賀茂診療所

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

重要事項説明書 (2024年6月1日)

訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、ご利用になられる_____様への当事業者が説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業者概要

事業者名称	医療法人葵会
主たる事業所の所在地	京都市北区紫野西野町 60-5
法人種別	医療法人
法人代表者名	理事長 吉川 恵造
電話番号	075-441-4752

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	医療法人葵会 上賀茂診療所 訪問リハビリテーション
指定番号	2610103315
所在地	京都市北区上賀茂藤ノ木町 21
電話番号	075-706-6655

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	医療法人葵会が開設する上賀茂診療所が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な訪問(介護予防訪問)リハビリテーションサービスを提供する。
運営の方針	訪問(介護予防)リハビリテーションの従事者は、利用者が居宅において、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、利用者の居宅において、作業療法、その他の必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図る。

4 職員体制

ご利用事業所の従業員数・勤務体制
医師1名以上、理学療法士1名以上、作業療法士1名以上、言語聴覚士1名以上 昼勤 (午前8時30分～午後5時00分)

5 営業区域

営業区域	<p>通常の訪問の範囲については、京都市北区、上京区、左京区のうち、北端を西賀茂下庄田町の檜谷橋及び上賀茂^{こうやま}神山とする。南端を今出川通とし、西は等持院から衣笠・原谷とする。東は堀川今出川～堀川紫明～加茂街道～北大路通～下賀茂本通り～北山通り～八丁街道玄以通りの以北以西とする。</p> <p>ただし、葵会北診療所から移転する 2024 年 3 月末日までに利用が開始された利用者の訪問地域(北区、上京区)は、個々のサービス契約が完結するまで通常の訪問範囲に含むものとする。</p>
------	--

6 営業日

営業日	毎週月曜日～金曜日 但し、祝日及び 12 月 29 日～1 月 3 日までを除く
営業時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分

* 事業所のやむをえない都合や担当者の病気等により、サービスの提供曜日を振り替えるか、もしくは曜日を限定させていただく場合があります。その場合には、事前に利用者の了解を得るようにします。

7 利用料

(1) 介護・予防とも共通 介護報酬単価地域区分 5 級地 1 単位 10.55 円

(2) 予防訪問リハビリテーションの単位と主な加算 ※1 回=20 分以上のことを指します。

予防訪問リハビリテーション	298 単位/回 (注 1)	サービス提供体制加算 (I)	6 単位/回
---------------	----------------	----------------	--------

注 1: 予防訪問リハビリテーションを 1 年を超えてご利用の場合、1 回につき 30 単位減算となります。ただし、リハビリテーション会議を開催し他のサービス関係者と利用者の状況を共有し、定期的に関リハビリテーション計画を見直した場合は、減算をしません。

(3) 訪問リハビリテーションの単位と主な加算 ※1 回=20 分以上のことを指します。

訪問リハビリテーション	308 単位/回
短期集中個別リハビリ実施加算	200 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位/日
リハビリテーションマネジメント加算 イ	180 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	213 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 イおよびロで、リハビリテーション計画を医師が利用者または家族に説明した場合	イまたはロの単位に加えて、270 単位/月
サービス提供体制強化加算 (I)	6 単位/回
口腔連携強化加算	50 単位/回
退院時共同指導加算	600 単位/回

・退院、退所後の三月以内は週 12 回を上限として訪問することが可能です。
 ・上賀茂診療所の医師の診察を受けずに訪問リハを行う場合は、1 回につき 50 単位減算となります。
 ただし、医療機関を退院した日から 1 月以内は減算をしません。

※利用者の方からいただく利用料は、基本報酬と加算を合計した単位数から、利用者個々の自己負担割合に応じた負担額の支払いとなります。

(4) その他の費用について

- ・営業区域以外にお住いの方は、1回のご利用につき交通費として460円いただきます。

8 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	ご利用方法
上賀茂診療所 訪問リハビリテーション	平日 9時～17時 土曜 9時～12時	電 話 706-6655
京都市北区役所健康長寿推進課	平日 9時～17時	電 話 432-1438
京都市上京区役所健康長寿推進課	平日 9時～17時	電 話 441-2872
京都市左京区役所健康長寿推進課	平日 9時～17時	電 話 702-1219
京都府国民健康保険団体連合会	平日 9時～17時	電 話 354-9090

9 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者及び事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
又、緊急連絡先に連絡します。

利用者の主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
事業者	医療機関の名称	医療法人葵会 上賀茂診療所 075-781-1409
協力医療機関	医療機関の名称	京都民医連中央病院 075-861-2220
		京都鞍馬口医療センター 075-441-6101

10 個人情報保護等の取り扱い

- (1) 個人情報保護法を遵守し、医療法人葵会の個人情報の保護に関する基本方針（①利用範囲の明確化、適切な取扱い ②漏洩防止の確立 ③開示等の請求は誠意を持って対応）にそって、個人情報を取り扱います。
- (2) 事業者及びその職員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報は漏らしません。
- (3) 事業者はその職員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報をもらすことがないように全ての職員に誓約書を記入させるなどの必要な措置を講じます。
- (4) 事業者は、利用者に医療上の必要がある場合には、他の医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (5) 事業者は、利用者にかかわる他の居宅介護支援事業者等との連携をはかる等、正当な理由がある場合には、利用者又は利用者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。
- (6) 事業者は、利用者の訪問（介護予防訪問）リハビリテーションに関わるデータを、厚生労働省や行政機関への調査・収集に用いることがあります。

- (7) ご利用者又は利用者家族の個人情報を用いることに関しては、利用者および利用者家族から同意を得ていることを原則とします。
- (8) ご利用者のご利用風景などを写真やビデオに撮り当施設内で掲示をする場合は、利用者またはご家族（法定代理人含む）から特段の異議がない場合は、承諾されたものとみなします。
- (9) ご利用者の写真を当施設のお便りなどの配布物に掲載する場合は、その都度ご利用者本人及びご家族（法定代理人）に同意の確認を電話等でさせていただきます。（書面での確認はしません）
- (10) 学会や研究、またはそれらと同等と判断される場合の写真やビデオ等の活用については、その都度利用者及びご家族に書面にて同意書を得ることとします。

1.1 非常災害対策

当施設の非常災害対策については、消防法施行規則第3条に規程する消防計画及び風水害、地震等の災害に対する計画を作成し、また消防法第8条に規程する防災管理者を配置するとともに、消防設備を設置し、消防計画書により緊急時に備えております。また、職員の研修や訓練を実施しており、災害の際は近隣の住民と協力して対応にあたります。

1.2 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための計画を策定し、研修及び訓練を定期的に行っています。

1.3 高齢者虐待防止の対策

利用者の人権擁護、虐待の防止等の観点から、高齢者虐待防止に係る指針を策定し、定期的な会議の開催と研修、担当者を決めて対策を講じます。

1.4 身体拘束の廃止

当事業所は高齢者虐待防止法を遵守し、高齢者の人権を尊重して身体拘束は原則廃止します。但し、ご利用者の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合（「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件を満たし、かつこれらの要件の確認等の手続きを実施）に、同意書を交わした時に実施することがあり、その場合も、定期的に解除に向けての検討を行います。

【重要事項説明同意欄】

《説明をした職員》

年 月 日、この重要事項説明書を交付し、医療法人葵会上賀茂診療所訪問リハビリテーションの _____ が説明しました

《説明をうけた方》

年 月 日、説明を受け、
_____ (利用者とのご関係： _____) が同意しました

【個人情報利用同意欄】

サービス担当者会議等において、他の事業者との連携を図る必要のある場合などの正当な理由がある場合には、その範囲内において利用者または利用者のご家族等の個人情報を用いることに同意します。

同意した日 年 月 日

《利用者氏名》 _____

(代筆者氏名) _____ 続柄 _____
(ご利用者本人の代理で署名を行う場合は代筆者氏名及び続柄をご記入ください。)

以 上