

在宅ケア鍼灸・マッサージ
重要事項説明書 兼 申込書

在宅ケア鍼灸・マッサージ
株式会社 東京在宅サービス

在宅ケア 鍼灸・マッサージ
重要事項説明書兼申込書

1) **事業者の表示**

株式会社 東京在宅サービス

設立：平成 16 年 8 月 11 日 代表取締役 中野 宏次郎

住所：〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-5-4 YKBマイクガーデン 201

電話：03-3354-0341 FAX：03-3354-0373 フリーダイヤル：0120-137-034 ヒトミナ マッサージ

メールアドレス：t-zaitaku@juno.ocn.ne.jp

2) **事業所所在地 及び 事業対象地域**

■本社：東京都 23 区及び周辺市区町村

(所在地) 〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-5-4 YKBマイクガーデン 201

(電話) 03-3354-0341 (FAX) 03-3354-0373

■上野事業所：東京都 23 区及び周辺市区町村

(所在地) 〒110-0015 東京都台東区東上野 1-13-1 田中ビル 501

(電話) 03-3835-2491

■立川事業所：多摩地区及び周辺市区町村

(所在地) 〒190-0012 東京都立川市曙町 1-25-12 オリニック曙ビル 703

(電話) 042-528-2821

■埼玉事業所：埼玉県さいたま市及び周辺市区町村

(所在地) 〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-389-7 このびる 3 階

(電話) 048-650-0341 (FAX) 048-650-0342

■千葉事業所：千葉県船橋市及び周辺市区町村

(所在地) 〒273-0005 千葉県船橋市本町 6-1-7 エスペランサK 3-A

(電話) 047-421-0341 (FAX) 047-421-0342

3) **事業の目的及び運営方針**

医師の同意を得て筋麻痺や関節拘縮等で、歩行困難及び歩行不可能な方々のご自宅や施設を訪問して医療マッサージを行います。又神経痛・リウマチ・頸腕症候群・五十肩・腰痛症・頸椎捻挫後遺症の **6 疾患、及び慢性的疼痛を主訴とする疾病に対して**、鍼・灸治療を行い、身体機能の維持・回復を図ることを目的とします。基本方針として、施術者は心身のケアを通じてご利用者に悦ばれることを第一と考えております。

4) **従業員 令和 4 年 5 月現在 216 名**

■マッサージ師数：192 名

(内マッサージ資格者 192 人 鍼灸マッサージ師資格者 100 人 男性 122 名 女性 70 名)

■カウンセラー：14 名 (男性 14 名) ■事務担当：7 名 (女性 7 名)

5) 医療保険適用、在宅ケア鍼灸・マッサージの仕組み

(訪問施術が始まるまで)

健康保険を使用した訪問による在宅ケア鍼灸・マッサージの対象の方は、前頁 3 条が基本となります。

健康保険での施術には、**医師の同意書が必要です**（同意書の文書作成料金は申込者のご負担になります）。自己負担額は 1 割～3 割です。保険請求は 9 割～7 割となります。同意書が取得出来、その同意日から保険適用の開始になります。

(同意書取得前に開始を希望される方は、一旦実費で開始し、取得後にその同意日から保険適用に切り替える事もできます)

(同意書の有効期限と継続手続き)

保険医からの同意を受け、その有効期間を超えて引き続き受療しようとする場合、再度保険医から同意書の交付を受ける必要があります。

※通常の同意期間は 6 ヶ月が目安になりますが、医療機関や保険者等により異なる場合があります。又、施術の種類で変形徒手矯正術の同意期間は 1 ヶ月です。

同意書の交付料は 1 割～3 割負担で 100 円～300 円となります。

再同意に当たっては、医師が、施術者の作成した「施術報告書」により施術の内容や患者の状態等を確認するとともに、直近の診察に基づき再同意を行います。

その際「施術報告書交付料」(1 回 480 円)が発生します。ご利用者負担は 1 割～3 割で 48 円～144 円となります。

※同意書欄に「診察日」の項目があり同意日との解離があると保険不適用になる場合があります。又前回同意日から起算し期限が越えた場合は、実費または一時休止の対象になりますので予めご了承ください。

※主治医から再同意不可の判断が出た場合は前回同意期限の月末をもって保険での施術は終了になりますので予めご了承ください。(実費での継続は可)

(施術時間)

弊社では、マッサージ・鍼灸共、1 回の施術時間は約 20 分としております。

20 分を超える施術は、医療保険対象外となり超過分は 10 分につき実費 1000 円とさせていただきます。

(実費施術)

実費でのマッサージや鍼灸をご希望の場合は、金銭面でのトラブル回避のため必ず弊社相談窓口までご連絡をお願い致します**(実費の場合、医師の同意書は必要ありません。)**

なお、ご利用者様の申し出によりいつでも解約することもできます。

6) 施術料金の仕組み

前述した1回の施術時間20分が、医療保険適用での料金となります。

保険適用の料金体系は以下の通りとなります。

注) 料金は厚生労働省から概ね2年毎に改定がありますので、予めご了承ください。

<マッサージ治療の場合>

料金は下記の「施術料」「往療料」「温電法料」の合算となります。(改正 R2 年 12 月 1 日)

■施術料：

マッサージ：1部位の施術料金は350円です。

保険適用の料金(療養費)は、頭から尾頭までの躯幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢をそれぞれ一単位として支給されます。

変形徒手矯正術：1肢800円です。

変形・拘縮・萎縮などにより、その制限されている関節可動域の拡大を促し症状の改善を図ることを目的とした医療マッサージ(変形徒手矯正術)では、医師の同意および指定された4肢(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)に対して療養費が支給されます。

■往療料：往療距離(事業所もしくは前患者家からの直線距離)により変動します。

4km以内は2,300円、4kmを超える場合は2,550円となります。

前患者様の入院・転居・その他の理由による変動に伴って、往療距離も変動する可能性があることを予めご承知置き願います。

尚、往療距離の計算方法は、事業所～患者様宅間の距離と、前患者様宅～当患者様宅間の距離とを比較して短い方の直線距離で計算することになっております。

また、実費施術の場合(保険適用でない場合)の交通費は、16km内の範囲で往療距離に関係なく一律1,000円となります。

■温電法料：一律125円です。

※但し変形徒手矯正術との併給は認められません。

従いまして1回のマッサージ治療の自己負担額は、上記を合算しご本人様の自己負担割合を乗じた額となります。

マッサージ治療のみの場合、4,175円～4,425円となり、1割負担の方は418円～443円の間を変動します。(2割負担の方⇒835円～885円、3割負担の方⇒1,253円～1,328円)

※マッサージ5部位+温電法の場合/医師の同意内容により変動します。

変形徒手矯正術を実施の場合、5,430円～5,680円となり、1割負担の方は543円～568円の間を変動します。(2割負担の方⇒1,086円～1,136円、3割負担の方⇒1,629円～1,704円)

※マッサージ3部位+徒手矯正術2肢+報告書交付料/医師の同意内容により変動します。

<鍼・灸治療の場合>

料金は下記の「初検料」「施術料」「往療料」（および「電療料」）の合算となります。

■施術料金 1術（鍼又は灸）

初検料：初回にのみ 1,780 円。 施術料：1回につき 1,550 円。

■施術料金 2術（鍼および灸の併用）

初検料：初回にのみ 1,860 円。 施術料：1回につき 1,610 円。

■往療料：マッサージと同様です。

4km以内は2,300円、4kmを超える場合は2,550円となります。

■電療料：1回につき34円。（電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合）

従いまして1回の料金は、2術／2回目以降の場合、上記「施術料」1,610円と「往療料」を合計し、3,910円～4,160円となり、1割負担の方で391円～416円の間を変動します。
(2割負担の方⇒782円～832円、3割負担の方⇒1,173円～1,248円の間を変動します)

※鍼灸2術で電療料を含まない場合

鍼治療の場合は、初回に1箱1,020円を実費（保険適用外）でご購入頂き、その鍼を治療に使用致します。

灸治療には、せんねん灸1箱2,000円を実費（保険適用外）でご購入頂き、その灸を治療に使用致します。

●マッサージ及び変形徒手矯正術

往療4km以下							往療4km超						
		マッサージ施術						マッサージ施術					
		0部位	1部位	2部位	3部位	4部位	5部位	0部位	1部位	2部位	3部位	4部位	5部位
変形 徒手 矯正 術	0肢	－	265	300	335	370	405	－	290	325	360	395	430
	1肢	310	345	380	415	450	－	335	370	405	440	475	－
	2肢	390	425	460	495	－	－	415	450	485	520	－	－
	3肢	470	505	540	－	－	－	495	530	565	－	－	－
	4肢	550	585	－	－	－	－	575	610	－	－	－	－

■鍼灸治療(1術)の場合

往療距離		3割	2割	1割
～4km	初回	¥1,689	¥1,126	¥563
	2回～	¥1,155	¥770	¥385
4km超～	初回	¥1,764	¥1,176	¥588
	2回～	¥1,230	¥820	¥410

※電療料は含まない

■鍼灸治療(2術)の場合

往療距離		3割	2割	1割
～4km	初回	¥1,731	¥1,154	¥577
	2回～	¥1,173	¥782	¥391
4km超～	初回	¥1,806	¥1,204	¥602
	2回～	¥1,248	¥832	¥416

7) 施術利用料金の支払い

自己負担額分を、月末締め翌月 10 日前後に担当施術者が原則ご集金致します。

通常は自己負担額のみをお支払い頂く「委任払い」となります。

但し保険者によっては、施術受療者（患者様）が利用料の全額を一旦弊社に立て替え払いをして頂いた後、当該保険者に保険給付分（9～7 割）を申請して払い戻しを受ける「償還払い」になる場合もあります。

その際の保険者への申請についての書類作成等を弊社でお手伝いさせていただきます。

8) 療養費支給申請書について

毎月月初に、自動的に記録された施術内容が申請書として印字作成されます。

作成された申請書を月初めにご確認頂き、ご本人又はご家族様よりご署名を頂きます。

その後、保険者に提出させて頂いた署名済みの療養費支給申請書の写し又は自己負担明細書を交付致します。

9) 健康保険証等の確認

月初めには、健康保険証・かかりつけ医・担当介護事業所等の確認をさせていただきますので、ご協力をお願いします。

10) ご相談窓口

ご担当の弊社カウンセラーあるいは事務担当者に何でもご相談ください。

■営業時間：月曜日～土曜日（但し土曜日は、第 1 土曜日のみ営業）9 時～18 時まで

■連絡先：0120-137-034（フリーダイヤル ヒトミナマッサージ）

【TEL】03-3354-0341 【FAX】03-3354-0373

【メールアドレス】：t-zaitaku@juno.ocn.ne.jp

11) 個人情報の保持

弊社従業員は、採用契約時に業務上知りえた個人情報について、在職中・退職後といえども医療・介護サービスのご担当関係者を除き、守秘義務を厳守する旨の契約書を取り交わしておりますのでご安心下さい。

12) 訪問施術記録について

施術終了後、施術記録用紙にサイン又はご捺印を頂くご協力をお願い致します。

施術記録用紙は施術実績をご本人ご家族へ明瞭化する事、個人情報の取り扱いへの配慮の観点からご本人様宅にて保管をお願いしていますので宜しくお願い致します。

訪問施術記録は最低 5 年間、弊社に保管しご本人ご家族に限り閲覧できます。

1 3) 緊急時の対応

ご本人様以外、ご家族不在または連絡不通等により、主治医への連絡や救急車の手配をすることもありますので予めご了承下さい。その他、取り決めがある場合は適宜対応致します。(緊急連絡先 最終項)

1 4) 損害賠償

明らかな施術過誤によるものは、医師の診断書に基づき鍼灸マッサージ師の賠償保険により治療費、その他費用を補償致します。

1 5) 施術のキャンセル

訪問のキャンセルは、やむを得ない場合を除き**お早目**に弊社へご連絡お願い致します。なお正当な理由がなく**訪問時にキャンセルされた際には、キャンセル料 1,000 円**を頂く場合がございますのでご了承下さい。

1 6) 訪問時のお願い

施術者は、常に手を清潔に保ち感染症予防の為、訪問時に手洗いあるいは消毒およびマスク着用を励行させておりますのでご協力をお願い致します。また患者様にもマスク着用をお願いする場合がございますのでご理解下さい。

尚、手洗い時及び施術時のタオルは、衛生上の観点から患者様宅のタオルを使用しますのでよろしくお願い致します。

又温電法によるホットマッサージには電子レンジ、又は温水給湯器を借用する場合がございますのでご協力をお願い致します。

1 7) 施術の卒業（終了）について

関節拘縮・筋麻痺等の同意症状が軽度で、施術効果による改善が見られた場合には一定の期限をもって施術の卒業（終了）とさせて頂く場合もございますので、予めご了承をお願い致します。

1 8) その他

弊社施術者は全員があん摩マッサージ指圧師またははり師きゅう師の国家資格取得者です。また医療福祉サービス事業者の自覚を持ち、患者様の心身のケアを第一と心得ていますので自己負担額・実費以外の金品の授与等は固くご辞退申し上げます。

令和 年 月 日

在宅ケア鍼灸・マッサージの内容について本書面交付の上、重要事項を説明いたしました。

株式会社 東京在宅サービス

説明者氏名 _____

在宅ケア鍼灸・マッサージの内容について本書面の説明を受け、これを了承しましたので署名して申込を致します。

住所 〒 _____ 市 区 _____
 _____ 町 村 _____

署名代理人氏名_____ 氏名_____

(続柄) _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号 —————

緊急連絡先氏名 _____ 緊急連絡先 _____ — _____

(続柄) _____