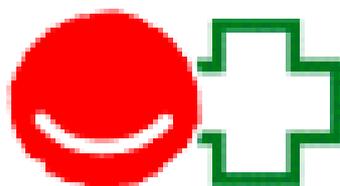


訪問・介護予防訪問リハビリテーション

重要事項説明書

(利用者様用)



医療法人社団 晃弥会

介護老人保健施設 あいあい

指定訪問リハビリテーション事業所 あいあい

1. 事業者の概要

法人種別	医療法人社団 晃弥会
事業所名(事業所番号)	指定介護老人保健施設 あいあい (3451780013号)
代表者名	理事長 門田 悦治
住所	広島県府中市三郎丸町 137
電話番号	0847-40-1010

事業所の概要

事業者名	指定訪問リハビリテーション事業所 あいあい
住所	広島県府中市三郎丸町 137
電話番号	0847-40-1010
管理者	浅井 淳芳
事業実施地域	府中市(上下町を除く)・福山市新市町・福山市芦田町・尾道市御調町

2. 職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1名		1名	理学療法士
理学療法士	3名		3名	理学療法士
作業療法士	1名		1名	作業療法士

※非常勤専従

3. 営業時間

月曜日～土曜日(年末年始 1月1日～1月3日を除く) 8時30分～17時30分

4. サービスの内容

理学療法士がお客様のご自宅を訪問し、お客様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・バランスの維持改善、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。

《手順等》

- (イ) バイタルサイン測定：血圧、脈拍等を測定します。
- (ロ) リハビリテーション：利用者の心身の機能の維持改善に努めます。
- (ハ) 指導：利用者又はその家族等の介護に当たる方に対して指導いたします。

《サービスのご利用にあたりまして》

当業所は以下のサービスは取り扱いいたしません。サービスの実施においてご不審な点があれば直ちに当事業所までご連絡ください。

1. サービス提供上、利用者の現金をお預りする事は一切ございませんのでご了承ください。
2. ご利用者の預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他の有価証券等をお預りすること、保管場所をお聞きすることも一切ございませんのでご了承ください。
3. ご利用者の担当になる訪問リハビリスタッフの選任(担当の変更を含む)は、本事業所が行い利用者が訪問リハビリスタッフを指名する事はできません。当事業所の都合により担当の訪問リハビリスタッフを変更する場合は、利用者やその家族に対し事前に連絡すると共に、サービス利用に関する不利益が生じないよう充分配慮します。

《ご利用の継続について》

1. サービス利用途中に要介護認定区分の変更があった場合(要介護⇒要支援、要支援⇒要介護)、ご利用者の希望によりサービス利用の継続は可能です。

《契約終了・解除について》

1. 利用者が要介護認定区分において、自立(非該当)と認定された場合
2. 状態が改善し主治医が訪問リハビリテーションの継続が必要ないと判断した場合
3. ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又は、サービス従事者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うほか、身体的暴力や精神的暴力等のパワーハラスメント及び性的な言動等のセクシャルハラスメントを行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(契約解除する場合の具体例)

暴力又は乱暴な言動

- ・物を投げつける、破壊する
- ・刃物を向ける、服を引きちぎる
- ・怒鳴る、噛みつく、脅迫する
- ・他事業所や他者との比較をしながら、過大なサービスを要求したり、罵倒したりする。
- ・机や壁などをドンドン叩いて威圧する など

セクシャルハラスメント

- ・職員の身体を触る、手を握る、抱きしめる
- ・卑猥な写真を見せる
- ・不必要に自分の身体を触らせようとする
- ・性的な発言や卑猥な言動をする など

その他

- ・職員を長時間にわたり束縛しようとする
- ・職員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・奇声や大声を発する など

《虐待防止のための措置に関する事項》

- ・事業者は、利用者への虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。
1. 虐待の防止のための対策を検討する委員会定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を行う。
 2. 虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行う。
 3. 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
 4. 上記措置を適切に実施するための担当者を置く。
- ・事業者は、サービス提供中に、当該事業者従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町に通報するものとする。

5. 利用料金

(1) 介護保険給付サービス

原則としてご利用者の負担割合証に準ずる負担額となります。

料金表

		1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費（要介護）	医師の指示を受けた理学療法士がご自宅へ訪問し 1回あたり20分のリハビリを行います。	308円/回	616円/回	924円/回
訪問リハビリテーション費（要支援）	医師の指示を受けた理学療法士がご自宅へ訪問し 1回あたり20分のリハビリを行います。	298円/回	596円/回	894円/回
短期集中リハビリテーション実施加算	退院（所）日又は認定日から起算して3ヶ月以内の間に 1週につき概ね2日以上1回あたり20分以上の集中的 なリハビリを行います。	200円/日	400円/日	600円/日
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	ご利用者の状態や生活環境を踏まえ、訪問リハビリテー ション計画を作成、計画に基づいたサービスを行い、3ヶ 月に1回以上のリハビリテーション会議を行い訪問リハ ビリテーション計画の見直しを行います。計画内容につ いて療法士が説明します。国への情報提出を行います。	213円/月	426円/月	639円/月
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	（Ⅰ）：7年以上勤務年数のある療法士が配属している。 （Ⅱ）：3年以上勤務年数のある療法士が配属している。	（Ⅰ）：6円/回 （Ⅱ）：3円/回	（Ⅰ）：12円/回 （Ⅱ）：6円/回	（Ⅰ）：18円/回 （Ⅱ）：9円/回
退院時共同指導加算	入院中の方の退院前担当者会議に出席し、利用者の状況 等に関する情報を共有し、共同指導を行った場合。	600円/回	1200円/回	1800円/回
※ 減算について	事業所の医師が診察を行わなかった場合	-50円/回	-100円/回	-150円/回
	利用開始月から12月を超えて介護予防訪問リハビリテー ションを行う場合。	-30円/回	-60円/回	-90円/回

(2) 交通費

サービスを提供する通常の事業実施地域にお住まいの方	無料
上記以外にお住まいの方	実施地域を越えた地点から40円/1km（税込）

(3) キャンセル料

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にご連絡ください。

当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受ける事になりますので、ご了承ください。（但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）

期間	キャンセル料
利用日の前日まで	無料
利用日の当日	利用者負担の30%

(4) 利用料金の支払い方法

当事業所は、ご利用者及び家族に対して月末締めで前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに発行し、所定の方法により交付します。尚、支払い方法は原則として金融機関（ゆうちょ銀行・広島銀行・中国銀行・福山市農業協同組合 等）からの自動引き落としとなります。

※引き落とし日は毎月20日とし、金融機関が休日の場合は翌営業日とします。

6. 苦情処理体制及び手順

サービスのご利用に関わる苦情、相談、要望の発生等の際の受付窓口は以下の通りです。

- サービス相談及び苦情受付の窓口

担当部署	指定訪問リハビリテーション事業所（管理者：浅井 淳芳）
電話番号	（Tel）0847-40-1010 （Fax）0847-40-1550
受付時間	営業日の8時30分～17時30分
備考	日曜日と、12月30日～1月3日は休みです。

□市町村・県（保険者）等の窓口

※府中市の相談窓口

担当部署	府中市 健康福祉部 長寿支援課 介護福祉係
電話番号	（Tel）0847-40-0222 （Fax）0847-45-5522
住所	府中市広谷町919-3 対応時間8時30分～17時15分

※福山市の相談窓口

担当部署	福山市 長寿社会応援部 介護保険課
電話番号	（Tel）084-928-1166 （Fax）0824-72-1889
住所	福山市東桜町3-5 対応時間8時30分～17時15分

※尾道市の相談窓口

担当部署	尾道市 福祉保健部 高齢者福祉課 介護管理係
電話番号	（Tel）0848-38-9440 （Fax）0848-37-2740
住所	尾道市久保1丁目15-1 対応時間8時30分～17時15分

※広島県の相談窓口

担当部署	広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 調査指導係
電話番号	（Tel）082-554-0783 （Fax）082-511-9126
住所	広島県広島市中区東白島町19-49 国保会館 対応時間8時30分～17時15分

- 営業日以外・夜間の相談体制

（連絡先：老健あいあい） 0847-40-1010 → 担当者、若しくは管理者に連絡、速やかに相談体制が確保されるよう努めます。

- 苦情・事故の対応時の基本手順

I. 苦情・事故の受付

II. 苦情・事故内容の確認

III. 苦情・事故解決責任者等への報告

IV. 苦情・事故解決に向けた対応に関する、利用者、ご家族への事前説明・同意

V. 苦情・事故解決に向けた対応の実施

VI. 再発防止又は改善の処置

VII. 苦情・事故解決結果の利用者、ご家族への説明・同意

VIII. 苦情・事故解決責任者等への最終報告

苦情・事故受付担当者 浅井 淳芳（管理者）

苦情・事故解決担当者 倉田 真里子（事務長）

7. 個人情報の保護について

- (1) 当事業所は、利用者の個人情報を適正に取り扱うことは、医療・介護サービスに携わるものの重大な責務であると考え、個人情報の取り扱いに関する適切性の確保に取り組んでおります。個人情報に関する法令・規範・ガイドラインを遵守し、適切な取り扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た、利用者の個人情報については、訪問リハビリテーション計画の作成や指定居宅サービス事業者との連携調整等以外の目的では原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者及び家族又はその代理人の了承を得るものとします。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

ご家族

お名前	
住所	
電話番号	
備考	

ご家族

お名前	
住所	
電話番号	
備考	

主治医

医療機関	
主治医名	
電話番号	(Tel) (Fax)
備考	

居宅介護支援事業所

事業所名	
担当介護支援専門員	
電話番号	(Tel) (Fax)
備考	

令和 年 月 日

重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明者氏名

印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族及び保証人

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄) _____ 印