

# 「指定(介護予防)訪問リハビリテーション」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けております。  
(福岡県指定)

当事業所は、ご契約に対して指定(介護予防)訪問リハビリサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## ◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2
6. サービスの利用に関する留意事項	3
7. 苦情の受付について	4

## 1. 事業者

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人長生会          |
| (2) 法人所在地 | 福岡県小郡市三沢字花聳881番地の1 |
| (3) 電話番号  | 0942-75-2617       |
| (4) 代表者名  | 理事長 柳 茂            |
| (5) 設立年月日 | 昭和51年2月24日         |

## 2. 事業所の概要

- |               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| (1) 事業所の種類    | 指定訪問リハビリテーション事業所            |
| (2) 事業の目的     | 在宅の要介護老人等に対する訪問リハビリテーションの提供 |
| (3) 事業所の名称    | しらさぎ苑訪問リハビリテーション            |
| (4) 事業所の所在地   | 福岡県小郡市三沢851番地1              |
| (5) 電話番号      | 0942-75-7291                |
| (6) 事業所長      | (管理者) 柳 大三郎                 |
| (7) 当事業所の運営方針 |                             |

サービス提供に当たっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止など、利用者の心身の状態を踏まえて、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契約者の居宅にリハビリの専門家が訪問し、利用者に対し必要なリハビリサービスを行い援助します。

- |           |           |
|-----------|-----------|
| (8) 開設年月日 | 平成29年4月1日 |
|-----------|-----------|

### 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 小都市  
※ 但し、近隣の市町村も相談に応じます。
- (2) 営業日又は営業時間

営業日	毎週月曜日～土曜日
	1月1日～1月3日は休みになります
サービス提供時間	月曜日～土曜日 9:00～17:00

### 4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定(介護予防)訪問リハビリテーションを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

職 種	常 勤(兼務)	非 常 勤
理 学 療 法 士	3 名	0 名
作 業 療 法 士	2 名	0 名

### 5. 提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供いたします。  
当事業所が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります

<サービスの概要>

当事業所では、ご契約のご家庭に訪問し、基本的動作能力または応用的動作能力、社会的適応能力、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行う、理学療法や作業療法を用いてリハビリテーションを行う。

<サービス利用料金>

利用料は(別紙①)料金表のとおり厚生労働大臣の定める基準によるものとし、当該サービスが法廷代理受領サービスであるときは、利用者の負担割合に応じた額と、介護保険給付額外の自己負担金の合計をお支払い下さい。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### ① 交通費

ア 実施地域以外から、片道概ね5キロメートル未満	500円
イ 実施地域以外から、片道概ね10キロメートル未満	800円
ウ 実施地域以外から、片道概ね10キロメートル以上	1200円

### ② 複写物の交付

複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

## (3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の利用料金は、毎月、月末締めとし、ご請求しますので、翌月15日までにサービス提供者若しくは、事務室窓口にてお支払い下さい。また、銀行引き落とし、振込みでのお支払いも可能です。(別紙②)

## (4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、(介護予防)訪問リハビリテーションの利用を中止、もしくは新たに追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の50% (自己負担の相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、(介護予防)訪問リハビリテーション従事者の稼働状況により契約者の希望する期日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. サービスの利用に関する留意事項

### (1) (介護予防)訪問リハビリテーション従事者の禁止行為

(介護予防)訪問リハビリテーション従事者は、ご契約者に対する(介護予防)訪問リハビリテーションの提供に当たって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② ご契約者もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
- ③ ご契約者の家族等に対する(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供
- ④ 飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥ その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

(2) 利用者及び利用者の家族等の禁止行為

- ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）  
例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く
- ② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）  
例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
- ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）  
例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする

(2) 緊急時の対応

サービス提供中に利用者様に体調等の急変が生じた場合、その他必要な場合には、主治医・救急隊・ご家族等に連絡を行なう等の必要な措置を講じます。

主治医	病院名	
	主治医名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄： )
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄： )
	連絡先	
主治医・ご家族などの 連絡基準		

## 7. 苦情の受付について

- 苦情受付窓口 (担当者) 秋山 大輔
  - 苦情解決責任者 (管理者) 柳 大三郎
    - 受付時間 毎週 月曜日～土曜日 (8:15～17:15)
    - 電話番号 0942-75-7291
- また、ご意見箱を窓口近くに設置しています。

- 第三者委員  
野瀬 賢一 ☎0942-72-2922

- 行政機関その他の苦情受付情報
  - 小郡市役所 介護保険課 ☎ 0942-72-2111
  - 福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課 ☎ 092-642-7859
  - 福岡県運営適正委員会 ☎ 092-915-3511

この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<様式1>

## ◇利用者及び家族等にかかる個人情報の利用目的に関する同意書

しらさぎ苑(介護予防)訪問リハビリテーション

当事業所では、利用者・家族の権利としてプライバシー保護に十分配慮しています。また利用者の介護サービスの向上を図る為以下のとおり利用目的を特定し公表いたしますのでご了承下さい。

### 1. 利用者への(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供に必要な利用目的

#### (1) 事業所内部での利用にかかる事例

- ① 当事業所が利用者に提供する(介護予防)訪問リハビリテーション
- ② 介護保険事務
- ③ 利用者・家族にかかる当事業所の管理運営業務のうち、
  - ー ご利用状況等の管理
  - ー 会計・経理
  - ー 利用者への(介護予防)訪問リハビリテーションの向上

#### (2) 他の事業所への情報提供に伴う事例

- ① 事業所が利用者に提供する(介護予防)訪問リハビリテーションのうち、
  - ー 他の事業所との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
  - ー 居宅介護支援事業所、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携
  - ー 他の居宅サービス事業者との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
  - ー ご家族等への心身の状況説明
- 介護保険事務のうち
  - ー 保険事務の委託
  - ー 審査支払機関へのレセプトの提出
  - ー 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ② 損害賠償保険などに係る保険会社への相談または届出等

### 2. 上記以外の利用目的

#### (1) 当事業所内部での利用に係る事例

- ① 当事業所の管理運営業務のうち、
  - ー (介護予防)訪問リハビリテーションの業務の維持・改善のための基礎資料
  - ー 当事業所内において行われる学生等の実習への協力
  - ー 当事業所において行われる事例検討

#### (3) 他事業への情報提供に伴う事例

- ① 外部監査機関への情報提供
- ② 関係法令等に基づく行政機関等への報告等
- ③ 地域包括支援センター(または市町村)が開催する地域ケア会議への情報提供

## 重要事項説明書等 同意書

重要事項説明書等の下記事項について同意したことを証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印うえ、各1通を保有するものとします。

### サービス利用時同意事項

重要事項説明書：説明を受け、料金や留意点等についての内容を理解、了承致しました。

様式1 利用者及びご家族にかかる個人情報の同意書：説明を受け、同意します。

\*同意頂く項目は□に✓でチェックし、その他の場合には二重線(=)で項目を削除する。

令和 年 月 日

(説明者)

住 所：福岡県小郡市三沢字花簞 8 5 1 番地の 1

事業所名：社会福祉法人長生会

介護老人保健施設しらさぎ苑 訪問リハビリテーション

職 名：  
氏 名： \_\_\_\_\_ 印

(利用者)

住 所：  
氏 名： \_\_\_\_\_ 印  
☎ \_\_\_\_\_

(代理人)

住 所：  
氏 名： \_\_\_\_\_ 印  
(続柄 )  
☎ \_\_\_\_\_

(ご家族)

住 所：  
氏 名： \_\_\_\_\_ 印  
(続柄 )  
☎ \_\_\_\_\_