

成寿苑指定訪問リハビリテーション事業所

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

1 訪問リハビリテーションの目的

成寿苑指定訪問リハビリテーション事業所（以下、「本事業所」という。）は、介護保険法で定める訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションを提供するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護又は要支援状態にある利用者様（以下、「利用者」という。）の居宅を訪問して、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、理学療法、作業療法、又は言語聴覚療法の必要なりハビリテーションを行い、利用者がその有する能力に応じて、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

2 事業者概要

事業者名 社会福祉法人成寿会
事業所所在地 秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地
代表者 理事長 奥村 俊樹
電話番号 0186-48-4975

3 訪問リハビリテーションを提供する事業所

■サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	成寿苑指定訪問リハビリテーション事業所
所在地	秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地
電話番号	0186-48-4975
指定事業所番号	0570419044
実施サービス	① 訪問リハビリテーション ② 介護予防訪問リハビリテーション
サービス提供地域	大館市（矢立地区、花岡地区、釈迦内地区、大館地区）
備考	

■職員体制

	必要人員数	資格等
管理者	1人以上	医師
サービス提供責任者	1人以上	理学療法士（理学療法士と兼務）
理学療法士	2人以上	理学療法士
作業療法士		作業療法士
言語聴覚士		言語聴覚士

※兼務あり

■営業日及び営業時間

営業日	12月31日～1月2日を除く日
-----	-----------------

営業時間	午前 9 時 00 分～午後 17 時 00 分
休業日	年末年始（12月31日～1月2日）
備考	

※居宅サービス提供により、休業日及び営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

4 主となるサービス内容

■訪問リハビリテーション

(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回復に努めます。

(ハ)指導：利用者の介護又は身元保証人に当たる方に対して指導いたします。

※各々のサービス内容やその実施方法等の詳細につきましては、サービス従事者（5参照）までお気軽におたずねください。

<サービスのご利用にあたりまして>

尚、本事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、ご不審の点がございましたら直ちに本事業所迄ご連絡ください。

1. サービス提供上、利用者の現金をお預かりすることは一切ございませんのでご了承ください。

ただし、事前に本事業所と利用者との支払い方法について、現金による支払い方法を選択した場合については、領収証と引換えに現金をお預かりいたします。

2. 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かりすることは一切ございませんのでご了承ください。
3. 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が保管されている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。
4. 利用者及び身元保証人の個人情報の取り扱いについては、守秘義務の遵守のもと、細心の注意を払います。

5 サービス従事者

①サービス従事者とは、利用者の訪問リハビリテーションを提供する本事業所の職員であり、主としてリハビリスタッフ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、そして、サービス提供者が該当します。

また、契約書及び重要事項説明書は、リハビリスタッフに代わって相談員又は事務員等がご説明させていただく場合があります。

②利用者の担当になる訪問リハビリスタッフの選任（担当の変更を含みます）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ことはできません。

本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、利用者や身元保証人に対し事前にご連絡すると共に、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分に配慮します。

③利用者が、担当の訪問リハビリスタッフの変更を希望する場合には、その変更希望理由（業務上不適当と判断される事由）を明らかにして、本事業所まで申し出てください。

※業務上不適当と判断される事由がなき場合、変更を致しかねることがあります。

④本事業所は、利用者からの希望による変更も含め、訪問リハビリスタッフの変更により、利用者及び身元保証人に対して、サービス利用に関する不利益が生じないように十分配慮します。

6 利用料金

①基本料金

(1)訪問リハビリテーション費（要介護1～5）

(イ)1回（20分以上）3080円（本事業所の医師が診療を行っていない場合：2580円）

(ロ)2回（40分以上）6160円（本事業所の医師が診療を行っていない場合：5160円）

(ハ)3回（60分以上）9240円（本事業所の医師が診療を行っていない場合：7740円）

(2)介護予防訪問リハビリテーション費（要支援1～2）

(イ)1回（20分以上）2980円（本事業所の医師が診療を行っていない場合：2480円）

(ロ)2回（40分以上）5960円（本事業所の医師が診療を行っていない場合：4960円）

(ハ)3回（60分以上）8940円（本事業所の医師が診療を行っていない場合：7440円）

○上記の基本料金は、実際にサービスの提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められた訪問リハビリテーションの提供に要する目安の時間を基準とします。

○本事業所の医師が診療を行っていない場合は、3ヶ月ごとに各医療機関で定められている書類作成等にかかる料金を受診時にお支払いいただくことになります。

②加算料金

(イ)サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（1回につき） 60円

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（1回につき） 30円

(ロ)短期集中リハビリテーション実施加算（1日につき）

退院・退所日又は新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内 2000円

※1週につき概ね2日以上行われる場合が対象となります。

(ハ)認知症短期集中リハビリテーション実施加算（1日につき）

退院・退所日又は新たに訪問を開始した日から3ヶ月以内 2400円

※認知症の診断がついている方の場合に、週2日を上限に対象となります。

(ニ)リハビリテーションマネジメント加算（イ） 1ヶ月につき 1800円

※当事業所の医師がリハビリテーション計画を説明した場合 4500円

リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 1ヶ月につき 2130円

※当事業所の医師がリハビリテーション計画を説明した場合 4830円

(ホ)移行支援加算（1日につき） 170円

(ヘ)退院時共同指導加算（1回につき） 6000円

③利用者負担金

介護保険の適用になる利用者（要支援又要介護認定を受けられる方は）、前記①及び②の料金の1割又は2割若しくは3割をお支払いいただきます。（消費税は課税されません）

但し、介護保険の給付の範囲を超えた分につきましては、全額自己負担（前記①及び②の料金）となります。

④交通費

前記3に記載されているサービス提供地域にお住まいの利用者は無料です。

それ以外の地域にお住まいの利用者は、前記3に記載されているサービス提供地域を越えた地点から利用者の居宅までの往復距離又は片道について交通費を負担していただくことになり、その詳細は下表に記載している通りです。

移動手段	負担していただく交通費
公共交通機関（往復）	実費
自動車（片道）	5キロまで250円 以降5キロを越えるごとに250円ずつ加算する。

※ サービス従事者の移動手段は地域により異なります。

7 お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、本事業所が定める翌月の期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則として口座振込みか口座引き落としとさせていただきます。尚、口座振込又は口座引き落とし以外のお支払いについては、本事業所又は訪問いたしました職員までご相談ください。

※前記は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成していない場合など「償還払い」の取り扱いにおいては一旦利用者に全額分の料金をお支払いいただき、その他市町村に対して保険給付分（基本料金9割）を請求していただくこととなります。

8 留意事項

- ① サービス提供の為に利用者の居宅において使用する水道、電気、ガス、電話等の費用は利用者の負担となります。
- ② 訪問予定時間は、交通事情により前後することがあります。
- ③ 急性憎悪により医療機関の医師の指示により、医療保険での訪問リハビリテーションが必要となった場合は、当事業所からの訪問リハビリテーションが実施できないことがあります。（最長で14日間）

9 サービス相談窓口、及び苦情・事情受窓口

- ①サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望の受付、要望の発生等の際の受付窓口は以下通りです。

・訪問リハビリテーション事業所

電 話 番 号	0186-48-4975（内線30）
受 付 時 間	午前9時00分～午後5時00分
備 考	

・上記を管轄する事業者

事 業 者	社会福祉法人 成寿会
電 話 番 号	0186-48-4975
営 業 日	土・日・国民の祝祭日・年末年始を除く毎日
受 付 時 間	午前8時30分～午後5時30分
備 考	

- ②その他の相談・苦情受付

その他、以下の市町村等の苦情相談窓口相談することもできます。

・市町村の相談・苦情受付窓口

市 町 村 名	大館市
電 話 番 号	0 1 8 6 - 4 2 - 8 5 3 2
担 当 部 署	介護保険係
備 考	

・国民健康保険連合会の相談・苦情受付窓口

国保連合会	国民健康保険団体連合会
電 話 番 号	0 1 8 - 8 8 3 - 1 5 5 0
担 当 部 署	苦情受付窓口
備 考	

③苦情・事故の対応時の基本手順

社会福祉法人成寿会は以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- 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 渡邊 隆児 (サービス提供責任者)

苦情・事故解決担当者 伊藤 浩明 (事務長)

9の2 第三者評価の実施の有無

第三者評価については実施していません。

10 緊急時の連絡先

身元保証人・主治医緊急時の連絡先は、予め担当のサービス従事者により確認させていただきます。サービス提供中に利用者の容態に急変等があった場合には、下記の連絡先及び居宅介護支援事業所等へ連絡します。

・身元保証人

お 名 前	
電 話 番 号	
備 考	

・主治医

医 療 機 関	
主 治 医 名	
電 話 番 号	
備 考	

11 賠償責任について

- ① 本事業所は、居宅サービスの提供に伴って、本事業所のサービス従事者の責めに帰

すべき事由により、利用者又は、身元保証人の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。

- ② 利用者又は身元保証人の責めに帰すべき事由により、本事業所のサービス従事者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合、連帯して、本事業所に対して、その損害を次条のとおり賠償するものとします。

1 1 の 2 身元保証人

(1) 利用者は、次の各号の要件を満たす身元保証人を立てます。ただし、利用者が身元保証人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

① 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいい、以下同様です。）

② 弁済をする資力を有すること

(2) 身元保証人は、利用者が本重要事項説明書上、本事業所に対して負担する一切の債務を極度額100万円の範囲内で、利用者と連携して支払う責任を負います。

(3) 身元保証人が第1項各号の要件を満たさない場合、又は本事業所、本事業所職員若しくは他の利用者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他背信行為又は反社会的行為を行った場合、本事業所は、利用者及び身元保証人に対し、相当期間内にその身元保証人に代わる新たな身元保証人を立てることを求めることができます。ただし、第1項但し書きの場合はこの限りではありません。

(4) 身元保証人の請求があったときは、本事業所は身元保証人に対し、本事業所に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

1 2 守秘義務

1 本事業所及びサービス従事者は、業務上で知り得た利用者及び身元保証人に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

2 本事業所は、利用者に係る居宅介護支援事業者との連携を図るなど、正当な理由により利用者又は身元保証人の個人情報を用いる場合には、予め書面（「個人情報に関する同意書」）により同意を得られるものとします。

1 3 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、本事業所の料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

本事業所は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者（所在地）秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地
（法人名）社会福祉法人成寿会
（代表者名）理事長 奥村 俊樹 印

（事業所名）成寿苑指定訪問リハビリテーション事業所
（管理者名）管理者 塚本 文仁 印

（説明者名） _____ 印

私は、本事業所との契約締結にあたり、本書面に基づいて、職員（説明者 _____）から上記重要事項の説明を受け同意し、本書面を受領しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印