

岩岡の郷在宅支援診療所（介護予防）訪問リハビリテーション 重要事項説明書

当診療所は契約者に対して指定（介護予防）訪問リハビリテーションサービスを提供します。診療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。

※当サービスの利用は、原則として介護認定の結果「要支援・要介護」と認定された方が対象となります。但し、介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者の概要

- (1) 診療所名 社会福祉法人千種会
- (2) 所在地 神戸市東灘区北青木1-1-3
- (3) 電話番号 078-431-0001
- (4) FAX 078-431-2000
- (5) 代表者氏名 理事長 岸本 多佳子
- (6) 設立年月 平成2年3月14日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問リハビリ事業所 神戸市指定 2815203753号
- (2) 事業所の目的 岩岡の郷在宅支援診療所 訪問リハビリテーションは、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険サービスを提供することで、契約者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活を有意義に過ごせるように、在宅ケアを支援することを目的とした事業所です。
- (3) 事業所の名称 岩岡の郷訪問リハビリステーション
- (4) 事業所の所在地 神戸市西区岩岡町岩岡字坂ノ下656番地の2
- (5) 電話番号 078-967-5566
- (6) FAX 078-967-5500
- (7) 管理者氏名 医師 青木 勝彦
- (8) 当事業所の運営方針 機能回復訓練を中心に心身機能の維持回復を図り、在宅生活の活性化を促す。契約者個々の尊厳を大切に、提供する介護サービスの成果が確実に実現されるよう常に明るく家庭的な雰囲気作りに努力する。契約者を中心に家族との連携を密にし、在宅生活が安定して自立できるよう、積極的に働きかける。
- (9) 開設年月 平成30年7月1日
- (10) 訪問リハビリ事業の実施地域 神戸市西区・明石市・加古郡稲美町・加古郡播磨町
- (11) 営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土
受付時間	9:00~18:00
休日	日曜日 12/30~1/3

3. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定訪問リハビリサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞ ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	業務内容
1. 管理者	1名		
2. 理学療法士	1名	1名	利用者の運動機能及び日常生活動作の訓練指導
3. 作業療法士		1名	利用者の運動機能及び日常生活動作の訓練指導
4. 言語聴覚士	1名		利用者の摂食嚥下機能及びコミュニケーションの訓練指導

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 管理者	日勤 : 8:30～17:30
2. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	日勤 : 9:00～18:00

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスについて以下の場合があります。

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

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常7～9割)が介護保険から給付されます。加算対象サービスについては解約者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と契約者で協議したうえで訪問リハビリテーション計画に定めます。

＜サービスの概要＞

①訪問リハビリテーション

- ・通院が困難な契約者に対し、在宅にて理学療法士による専門的リハビリや、契約者の心身等の状況に応じての身体機能の維持・回復、又は減退を防止するための日常リハビリ訓練を実施します。

＜サービス利用料金(1日につき)＞

別紙利用料金表によって、契約者のサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払ください。

サービス利用の基本単価は、契約者の要介護度に係わらず同じです。

◇各種加算について

当事業所では、介護保険法に基づいて、該当する利用者に別紙利用料金表の加算を算定しております。

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されま

す（償還払い）。万一、要介護認定を受けられなかった（自立支援）場合は、介護保険を利用できない為、全額自己負担となります。

(2) 利用料金のお支払方法

毎月末日で締め1か月ごとに計算し、ご請求しますので、以下の方法でお支払い下さい。

(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

◎ 自動お引き落とし（引落手数料は施設負担です）

お手持ちの銀行、信用金庫、ゆうちょ銀行口座からお引落させていただきます
引落口座のお手続きをお願いします。

引落日：翌月 27 日

(ただし、27 日が土日祝の場合は翌営業日です)

※お振込みでのお支払いの場合は、振込手数料は、契約者負担となります。

(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、訪問リハビリサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を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所に申し出てください。

○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、取消料として実費をお支払いいただく場合があります。但しご利用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。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

5. 契約の解除について

ご利用者が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、訪問リハビリテーション利用契約の目的を達することが困難になったときは、直ちにこの契約を解除することがあります

6. 事故発生時の対応について

当訪問リハビリテーション事業者は、ご利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、関係行政、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、ご利用者に生じた損害については、事業者は速やかに加入損害保険会社より、その損害を賠償いたします。守秘義務を違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

担 当 林 秀樹

受付時間 午前9時00分～午後6時00分

○苦情解決責任者

担 当 管理者 青木 勝彦

受付時間 午前9時00分～午後5時00分

○電話による受付

T E L 078-967-5566

F A X 078-967-5500

(2) 行政機関その他苦情受付期間

○神戸市福祉局監査指導部	神戸市中央区加納町6丁目5-1 (電話番号) 078-322-6342 (受付時間) 平日 8:45-12:00、13:00-17:30
○神戸市消費生活センター	神戸市中央区橘通3丁目4番1号 (電話番号) 078-371-1221 (受付時間) 平日 9:00-17:00
○兵庫県国民健康保険団体 連合会	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 (電話番号) 078-332-5617 (受付時間) 8:45～17:15

8. 利用に当たってのその他の留意事項

①機器の使用上の注意について

故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、器具等を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己負担により現状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

②訪問リハビリテーションの受付について

利用日変更、時間帯、通院等いかなる場合において原則として前日までに、最初に担当ケアマネジャーに連絡して下さい。当日受付の場合、その時の状況によりお断りする場合があります。

③緊急時について

訪問時、御自宅にて利用者の体調不良があった場合、御家族様で医療機関の受診をして頂くことになります。その日の利用は中止となります。また、サービス利用中の緊急の場合、主治医又は当施設医師の判断によりご家族様に連絡し、状態によっては他の医療機関に受診して頂くことがございます。原則的に医療機関への受診は御家族様で行って頂きます。緊急時に御家族様にすみやかに連絡させて頂くためにも緊急連絡先等変更時は事業所に御連絡下さい。

令和 年 月 日

指定訪問リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人千種会 岩岡の郷在宅支援診療所訪問リハビリステーション
説明者

氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住 所

氏 名

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住 所

氏 名

(契約者との関係)

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名

(契約者との関係)

訪問リハビリテーション利用契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

- ・事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の介護サービス計画に基づき、訪問リハビリ等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合
- ・急病等により、搬送して治療を行う際、救急隊・医療機関等において必要な場合

2 使用にあたっての条件

- ・個人情報の提供は、1.に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際に関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ・事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3 個人情報の内容

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が訪問リハビリサービスを提供するために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
 - ・認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果意見書（認定結果通知書）
 - ・訪問リハビリ介護サービス計画の内容
 - ・その他の情報
- ※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

社会福祉法人千種会 岸本 多佳子 様

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人（選任した場合）

住所 _____

氏名 _____

利用者家族代表

住所 _____

氏名 _____