

訪問リハビリテーション事業所 小川敬愛の杜
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 事業の目的及び運営の方針

訪問リハビリテーション事業所小川敬愛の杜(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リ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 事業所の概要

事業所名 社会福祉法人 愛の会 訪問リハビリテーション事業所 小川敬愛の杜
事業所所在地 茨城県小美玉市野田 576 番地 3
代表者 理事長 木村 都央
電話番号 0 2 9 9 - 5 6 - 7 1 3 1

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	訪問リハビリテーション事業所 小川敬愛の杜
所在地	茨城県小美玉市野田 576 番地 3
電話番号	0 2 9 9 - 5 6 - 7 1 3 1
指定事業所番号	
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
通常の事業の実施地域	小美玉市

《営業日及び営業時間》

営業日	月曜日 水曜日 木曜日 金曜日 (12 月 30 日～1 月 3 日及び祝日を除く日)
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 30 日～1 月 3 日)

*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。

《職員体制》

	常勤	非常勤	資格等
管理者及び医師	1 人	0 人	医師
理学療法士、若しくは、作業療法士、 若しくは、言語聴覚士	1 人以上	0 人	理学療法士/作業療法士/言語聴覚士

*兼務あり

(1) 管理者及び医師

管理者/医師は従業員の管理及び事業の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとし、また、医学的観点から計画の作成に必要な情報の提供及びリハビリテーションの方法についての指導、助言や利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導、助言を行う。

(2) 理学療法士／作業療法士／言語聴覚士

医師の指示・訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）に基づき居宅を訪問し、利用者に対し居宅サービス（介護予防サービス）を行う。

4 主となるサービス内容

・訪問リハビリテーション

(1) バイタルサイン測定：血圧、脈拍等を測定します。

(2) 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。

(3) 指導：利用者のご家族等の介護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、サービス従事者までお気軽にお尋ねください。

＜サービスのご利用にあたり＞

なお、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、本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かりすることは一切ございませんので、ご了承ください。

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も、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 利用者及びそのご家族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)が該当します。

② 利用者が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、利用者本人が訪問リハビリスタッフを指名する事はできません。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、利用者やそのご家族に対し事前に連絡するとともに、サービス利用に関する不利益が生じないように十分に配慮します。

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、利用者及びそのご家族等の介護者に対して、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。

6 利用料金

＊別紙参照

7 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、小美玉市内とする。

8 お支払方法

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。お支払方法は、原則として口座引き落としとさせていただきます。なお、口座引き落とし又は、それ以外のお支払いについては、本事業所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を請求していただくことになります。

9 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。

10 サービス相談窓口、及び苦情受け付け

- ① サービスの利用に関わる相談、苦情、要望の受付窓口は以下の通りです。
・訪問リハビリテーション事業所

電 話 番 号	0 2 9 9 - 5 6 - 7 1 3 1
受 付 時 間	午前9時00分～午後17時00分
管轄事業者	社会福祉法人 愛の会 介護老人保健施設 小川敬愛の杜 0 2 9 9 - 5 6 - 7 1 3 1

- ② その他の苦情相談窓口

小美玉市(介護保険課)	電話 0299-48-1111(代表)
国保連合会	電話 029-301-1567
茨城県社会福祉協議会	電話 029-241-1133

＊受付：月曜日～金曜日 9:00 ～17:00

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、当該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、そのご家族等の生命、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 利用者又はそのご家族等の介護者の責めに帰すべき事由により、訪問リハビリ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は、相当範囲内においてその損害を請求させて頂くことがあります。

12 守秘義務について

- 1 本事業所及びサービス従事者は、訪問リハビリテーションを提供するうえで、知り得た利用者及びそのご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務はサービス利用終了後も同様です。
- 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そのご家族等の個人情報を用いる場合があります。

13 その他協議事項

重要事項説明書に記載のない事項に関しては、訪問リハビリテーション事業者と利用者及びご家族と双方協議するものとします。

サービス利用同意書

訪問リハビリテーション事業所 小川敬愛の杜を利用するにあたり、訪問リハビリテーション重要事項説明書及び、別紙1(料金表)、別紙2(個人情報同意書)を受領し、これらの内容に関して、説明を下記＜説明者＞より受け、これらを十分に理解したうえで同意します。

令和 年 月 日

＜説明者＞

訪問リハビリテーション事業所 小川敬愛の杜

職 種

氏 名

印

＜利用者＞

住 所

氏 名

印

＜ご家族代表者＞

住 所

氏 名

印