指定訪問リハビリテーション重要事項説明書

１　事業所の概要

指定訪問リハビリテーション事業は、一部事務組合下北医療センターが開設者となり、一般社団法人公済会が管理運営を行います。

事業者の名称	むつリハビリテーション病院
事業者の所在地	青森県むつ市桜木町１３番１号
開設者	一部事務組合下北医療センター
代表者の職・氏名	管理者　山　本　知　也
代表者の住所	青森県むつ市小川町一丁目２番８号
電話番号	０１７５（２２）２１１１
介護保険指定番号	０２１０８１０６３６
施設管理者	管理者　光　野　義　厚
電話番号	０１７５（２４）１２１１
ＦＡＸ番号	０１７５（２４）４８２０

２　通常の事業の実施地域

むつ市(平成１７年３月１４日の市町村合併前のむつ市をいう。)

３　事業所の職員体制

従業者の職種	区分		職務の内容
	常勤（人）	非常勤（人）	
管理者		1	施設の管理者
医師	2		医学的管理の責任者
理学療法士	4		訪問リハビリテーションの業務に当たる
作業療法士	3		
言語聴覚士	1		

４　営業日

営業日	営業時間	サービス提供時間
月曜日～金曜日	午前８：３０～午後５：３０	午前９：００～午後５：００

営業しない日	土曜日、日曜日、祝日、年末年始（１２月２９日～１月３日）

５　当事業所の訪問リハビリテーションの特徴等

(1)　事業の目的

訪問リハビリテーションでは、通院等が困難な方のご家庭に、直接、理学療法士又は作業療法士が訪問し、機能回復や維持のため、身体の各部分の訓練及び日常生活に直結した訓練等を適正に実施します。

(2)　運営の方針

利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防を目的に、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に訪問リハビリテーションを行います。

また、自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

(3) その他

事　　項		内　容
訪問リハビリテーション計画の作成及び事後評価		医師及び理学療法士又は作業療法士は、利用者の直面している課題等を評価し、医師の診察及び利用者の希望を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価・記載し利用者に説明します。
従業者研　修	採用時	採用後２箇月以内
	継　続	年１回

６　サービスの内容及び費用

(1) サービス内容

病状や環境を踏まえて、次の機能訓練と介助指導を行います。

ア　関節の変形拘縮の改善
イ　寝返り等の体位変換・介助方法の指導
ウ　起き上がりや座る訓練・介助方法の指導
エ　立ち上がり・歩行訓練・介助方法の指導
オ　食事訓練・介助方法の指導
カ　排泄動作訓練・介助方法の指導
キ　福祉用具・住宅改修についてのアドバイス

(2) 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、基本料金（料金表）を介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

【　料　金　表　】

訪問リハビリテーション費	１回当たり　３，０８０円（自己負担　３０８円）
サービス提供体制強化加算	１回当たり　６０円（自己負担　６円）
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月以内 １日当たり　２，０００円（自己負担　２００円）
退院時共同指導加算	退院にあたり、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後の初回利用時 １回当たり　６，０００円（自己負担　６００円）
高齢者虐待防止措置未実施減算	１回当たり　－３０円（自己負担　－３円）

※通常の事業の実施地域以外の中山間地域等に居住する方にサービスを提供した場合には、所定利用料金の１００分の５が加算されます。

(3) その他

利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用は、利用者のご負担になります。

(4) 交通費

理学療法士等が訪問するための交通費の実費をご負担していただくことになります。

自動車を使用した場合の交通費は、次のとおりです。

当事業所から自宅までの距離	料金（１回につき）
２０ｋｍから３０ｋｍ	４００円
３０ｋｍから４０ｋｍ	６００円
４０ｋｍから５０ｋｍ	８００円
５０ｋｍから６０ｋｍ	１，０００円

(5)　キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変等緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用予定日の前日の午後５時以降の連絡による取消	キャンセル料　　６００円

７　料金の支払方法

前月のサービス利用分に関する利用料を、翌月請求いたしますので、事業所が定める期日までにお支払いいただきます。

お支払方法は、現金又は銀行振込がありますが、ご希望の際には、医事課受付窓口にご相談下さい。

８　サービスの利用方法

(1)　サービスの利用開始

まずは、直接若しくは電話等でお申込みください。当事業所の職員がご説明いたします。

※　居宅サービス計画（ケアプラン）の作成が必要となりますので、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2)　サービスの終了

ア　利用者のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了の希望する日の１週間前までにお申し出ください。

イ　当事業所の都合（人員不足等やむを得ない事情）によりサービスの終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了１箇月前までに文書で通知します。

(3)　自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア　利用者が、介護保険施設に入所した場合

イ　介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（介護保険給付費でのサービスは受けられませんので、ご相談ください。）

ウ　利用者が、亡くなられた場合

(4)　その他

利用者やご家族等が、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して利用を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

９　緊急時の対応方法

サービスの提供中に病状の急変等があった場合は、速やかに、主治医、救急隊、救急時連絡先、ご家族及び居宅サービスを作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主　治　医	所 在 地	
	氏　　名	
	電話番号	

緊　急　時 連　絡　先 （ご家族等）	氏名（続柄）	（　　）
	住　　所	
	電話番号	
	氏名（続柄）	（　　）
	住　　所	
	電話番号	

１０　事故発生時の対応及び損害賠償

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関へ搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所のサービス提供により、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

１１　秘密の保持について

(1)　当事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。

(2)　当事業所の従業者だった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

(3)　事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

１２　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)　虐待防止に関する担当者を選定しています。

(2)　虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3)　虐待防止のための指針の整備をしています。

(4)　従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市町村に通報します。

１３　業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(1)　従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

(2)　定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１４　サービス内容に関する苦情

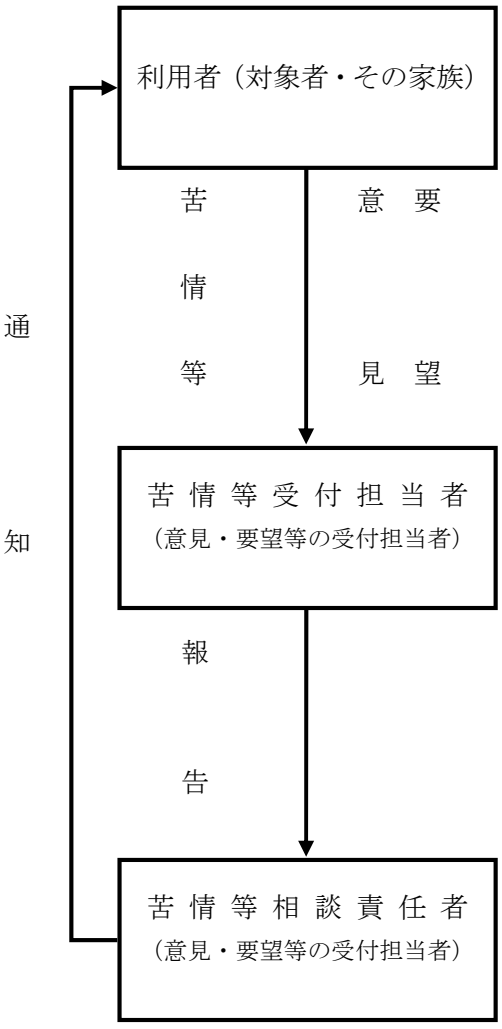
(1)　相談・苦情等の窓口

事業所のサービスに関する相談・苦情等は、次の窓口まで、お気軽にお申出ください。また、受付箱での受付もいたしておりますので、ご利用ください。責任をもって調査・改善させていただきます。

①　担当窓口　むつリハビリテーション病院　医療相談課
②　担 当 者　谷川　俊之・澤尻　郁子
③　電　　話　０１７５（２４）１２１１　内線２７５・２７６
④　受付時間　月曜日～金曜日　午前８：３０～午後５：３０

(2)　苦情処理体制

当院が提供したサービスに関して、意見・要望又は苦情等がある場合の処理体制及び仕組みは次のとおりです。



○　利用者(対象者・その家族)で苦情等がある場合は、意見・要望・苦情等受付書を苦情等受付担当者へ提出(様式第１号)
①　苦情等の理由及び内容の記載
②　申出人の希望等の記載

○　利用者(対象者・その家族)からの苦情等随時受付(原則として受付書。ただし、提出が困難な場合、提出を拒む場合は、電話・ファックス・受付箱でも受付けます。)
①　苦情等の理由及び内容の確認
②　申出人の希望等の確認
③　原因・事実関係等の確認と改善策

○　苦情等受付等担当者氏名
谷 川 俊 之・澤 尻 郁 子
（医療相談課　ＴＥＬ　２４－１２１１　内線 275・276）

○　苦情等申出人(対象者・その家族)との話し合いによる改善
○　苦情等申出人(対象者・その家族)に改善結果通知（様式第２号）
○　管理者・院長に改善結果報告

○　苦情等相談責任者
澤　谷　節　子

令和　　年　　月　　日

訪問リハビリテーションの提供開始に当たり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。			
事業者（乙）	現在地	〒０３５－００９４　　青森県むつ市桜木町１３番１号	
	名　称	むつリハビリテーション病院	
	説明者	所　属（職名）	
		氏　　名	

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問リハビリテーションサービスの利用に当たり、重要事項の説明を受け、同意します。			
利用者（甲）	本　人	住　所	〒　　－
		氏　名	印
	家族等代理者	住　所	〒　　－
		氏　名	印