

重要事項説明書
【（介護予防）訪問リハビリテーション】

1. 施設の概要

(1) -1 法人の概要

当 施 設 名 称	長野県厚生農業協同組合連合会
代 表 者 氏 名	代表理事理事長 洞 和彦
本 所 所 在 地 (連絡先及び電話番号等)	長野県長野市大字南長野北石堂町1177番地3 026-236-2305 (代表)
法人設立年月日	昭和25年8月18日
法人番号	4100005001211

(1) -2 事業所の概要

事 業 所 名 称	訪問リハビリテーション事業所 長野松代総合病院
事 業 所 番 号	2010117246
事 業 所 所 在 地	長野県長野市松代町松代176番地14
管 理 者	宮原 隆成 (職種：医師)
事業所の通常の 事業の実施地域	長野市犀川以南、千曲市北部

※ サービス提供地域（通常の実施地域）以外にお住まいの方はご相談ください。

(2) 営業日・時間

営 業 日	月曜日から金曜日 土曜日、日曜日、国民の祝日（振替休日含む）、休診日は除く
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時

(3) 職員体制

職種	職員体制	業務内容
医 師	1名以上	訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画の作成に係る診療を行います。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1名以上	1 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業所と連携を図ります。 2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って指定訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。 3 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問リハビリテーションのサービスを提供します。 4 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。 5 それぞれの利用者について、指定訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。 6 リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、適切なサービスを提供します。

(4) 情報公開

当会の「事業計画」および「財務内容」については、当会のホームページ上で閲覧することができます。

2. 相談・苦情・連絡窓口

(1) 当施設相談・苦情・連絡窓口

サービスに関する相談・苦情がございましたら、下記担当者へご連絡ください。

担 当 者	小泉 祐真
連 絡 先	026-278-1365
受 付 時 間	上記「1(2) 営業日・時間」に示す営業時間に準ずる

(2) 当施設以外の相談・苦情・連絡窓口

サービスに関する相談・苦情がございましたら、下記市町村又は国保連等に伝えることができます。

機関名	連絡先
厚生連長野松代総合病院 医療相談窓口	026-278-2031
長野市役所 介護保険課 サービス担当	026-224-7871
千曲市役所 高齢福祉課 介護保険係	026-275-0004
国民健康保険団体連合会 介護保険課（苦情処理係）	026-238-1580

3. 訪問リハビリテーションの基本姿勢

事業目的	要介護状態または要支援状態となった方や難病疾患・重度障害者などの方が、可能な限り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、利用者の自宅におけるリハビリテーションを通じて、その心身機能および動作能力の維持回復をはかり、生活の質の向上に寄与することを目的とする。
運営方針	地域に信頼され、選ばれる訪問リハビリテーション事業所を目指し、個々のニーズに対応する訪問リハビリテーションを提供いたします。

4. サービスの内容

区分・種類	サービス内容
指定訪問リハビリテーション	要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。
指定介護予防訪問リハビリテーション	利用者が可能な限り居宅において、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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上をめざします。

(1) 職員の禁止行為

職員はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

5. 利用料金

(1)基本利用料金

利用料金等は、別紙「利用料金表」をご参照ください。なお、記載された料金について職員から説明を受け、ご承認いただけましたら、必ず同意書へ利用者およびそのご家族等（代理人・連帯保証人）からご署名又は記名押印いただきますよう、お願いいたします。

なお、利用料金につきましては、下記事項にご留意ください。

- ① 介護保険からの給付サービスを利用される場合は、利用者の『介護保険負担割合証』に記載された負担割合に応じた金額となります。
- ② 介護保険の給付範囲を超えたサービス利用料金は、全額自己負担となります。
- ③ 料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

(2)キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合は、次に示すキャンセル料金を頂く場合があります。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

利用予定日の前日	料金負担なし
利用予定日の当日	訪問リハビリテーション費の10割

※ キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(3)その他

交通費	事業に要した交通費を請求することがあります。
-----	------------------------

上記以外の事項につきましては、契約書に記載のとおりです。

(4)支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、差し上げます。

支払方法	支払要件等
指定口座 自動振替	八十二銀行の預金口座を有する方 毎月22日引き落とし（ただし土日祝日の場合は翌営業日）
現金支払い	月末までに訪問リハビリテーション提供時にお支払いください

※ 利用料金の支払いは、原則金融機関からの口座引落としとさせていただきます。

※ 利用料について、事業所が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に、利用者負担額を除いた居宅介護サービス費の支給申請を行ってください。

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から２月以上遅延し、さらに支払いの督促から３０日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6. 緊急時等における対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に利用者に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・家族・担当居宅介護支援事業所等、下記関係各位等へ連絡します。

〔緊急時の連絡先〕

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	

7. 衛生管理等

- (1) サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所において感染症が発生及びまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

8. 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

9. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、事業の提供を継続的に実施するため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。
- (2) 職員に対し、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の実施します。
- (3) 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。

10. 虐待の防止について

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) 職員が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員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) 成年後見制度の利用を支援します。
- (5) サービス提供中に、当該施設職員又は養護者（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。
- (6) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (7) 前 6 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いています。

虐待防止に関する担当者	小泉 祐真 （職種：理学療法士）
-------------	------------------

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

秘密保持	<ul style="list-style-type: none">① 事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。② 事業所の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。④ 事業所は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報保護	<ul style="list-style-type: none">① 事業所は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。② 事業所は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。③ 事業所が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

12. 心身の状況の把握

指定訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、居宅介護支援事業所が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

13. 居宅介護支援事業所等との連携

- (1) 指定訪問リハビリテーション等の提供にあたり、居宅介護支援事業所及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する訪問リハビリテーション計画の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業所に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業所に送付します。

14. サービス提供等の記録

- (1) 指定訪問リハビリテーション等の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- (2) 利用者は、当事業所に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 事業所所有の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (2) 現金、貴重品等は利用者の責任において保管をお願い致します。所持金品や貴重品等の紛失について当事業所では責任を負えませんのでご了承下さい。
- (3) 訪問中の営利行為、宗教活動、特定の政治活動等は禁止しております。
- (4) 職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いし

ます。

- ①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。たたく。唾を吐く。

- ②精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。

- ③セクシャルハラスメント・・・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

例：必要もなく手や腕をさわる。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。

16. その他

- ・事前にご連絡・ご了解いただいたうえで、教育、実習の一環として研修医、医学生、看護学生、その他学生等と一緒に訪問することがあります。

〔不測の事態について〕

高齢の利用者、障がいをお持ちの利用者は、加齢や麻痺に伴う身体機能の低下、関節拘縮や骨粗鬆症等により、わずかな外力でも骨折等を起こすおそれがございます。

当事業所の職員は十分に注意をしてサービス提供をさせていただきますが、職員が十分な注意を払ったとしても、利用者の加齢の進行、健康状態の変化、居住環境によっては上記不測の事態が避けられない場合がございます。もっとも、当事業所は、利用者、ご家族とご相談、ご協力をしながら、できる限り安心して健やかに日々をお過ごしいただけるよう看護・訓練に努めて参りますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

〔自然災害時等の訪問について〕

大雪や地震等の自然災害や感染症等により、事業が提供できなくなる場合がございます。ご理解を賜りますよう、お願い申し上げます。

重要事項説明書についての同意

指定訪問リハビリテーション等の提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面（別紙「利用料金表」含む）により重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者

〔事業所名〕 訪問リハビリテーション事業所 長野松代総合病院 印

〔所在地〕 長野県長野市松代町松代176番地14

〔説明者氏名〕

私は、本書面（別紙「利用料金表」含む）により、事業者から指定訪問リハビリテーション等について重要事項の説明を受け、同意します。

年 月 日

利用者

〔住所〕 _____ Tel: _____

〔氏名〕 _____

〔署名代行者氏名〕 _____ （利用者との続柄： _____）

〔署名代行の理由〕 _____

代理人（又は成年後見人）

〔住所〕 _____ Tel: _____

〔氏名〕 _____ （利用者との続柄： _____）

※署名代行者および、代理人の署名につきましては、本人の自筆に限ります。