

重 要 事 項 説 明 書

(介護老人保健施設 訪問リハビリテーション サービス)
介護予防訪問リハビリテーション

1 事業者の概要

事業者名称	医療法人神奈川せいわ会
主たる事務所の所在地	神奈川県座間市相武台1-9-7
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 白川 重雄
設立年月日	平成 6年 4月27日
電話番号	046-256-5111
ホームページ	https://www.smg-net.com/nodoka/

2 利用事業所

事業所の名称	介護老人保健施設 のどか
指定番号	1452680023
所在地	神奈川県相模原市南区新磯野5-36-1
開設年月日	平成10年10月 1日
連絡先	☎ 042-766-4788 ✉ info@nodoka10.jp
管理者	中川 正行
サービス提供地域	相模原市南区 麻溝台5～8丁目 御園3～5丁目 双葉1～2丁目 南台4～6丁目 相模台1～7丁目 新磯野1～5丁目 相武台1～3丁目 桜台 新戸磯部 相模台団地 相武台団地 座間市一部地域 座間1丁目 相武台1丁目 相模が丘1丁目
実施しているその他の事業	介護老人保健施設 (介護予防) 短期入所療養介護 (介護予防) 通所リハビリテーションサービス

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	運営規程 第1条
運営の方針	運営規程 第3条

4 職員体制

従業者の職種	人数	区分		業 務 内 容
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		介護老人保健施設管理者兼務
サービス担当責任者	1	1		作業療法士（作業療法士と兼務）
理学療法士	1以上			心身諸機能の維持回復を図るための機能訓練
作業療法士	1以上			
言語聴覚士	1以上			

5 営業時間

営業日	月曜日から金曜日（土・日曜日及び祝日と年末年始の12月30日～1月3日を除く）
営業時間	営業日の午前 9時15分 ～ 午後 4時30分まで

6 サービス内容

訪問リハビリテーション

- バイタルサインの測定：血圧、脈拍等を測定します。
- リハビリテーション：利用者の心身の機能の維持向上に努めます。
 - ①訪問リハビリテーションを提供する従事者は当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）がサービスを提供します。
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説明させて頂く場合があります。
 - ②利用者の訪問リハビリスタッフの選任（担当の変更を含みます）は、当事業所が行い、利用者またはその家族は、訪問リハビリスタッフを指名することは出来ません。
当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、利用者またはその家族に対して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十分配慮します。
 - 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（業務上不当と判断される事由）を明らかにして、当事業所まで申し出て下さい。
※業務上不適当と判断される事由が無い場合は変更できない場合があります。
 - ④当事業所は、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家族等介護者に対し、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分配慮します。

なお、当事業所は以下のサービスは取扱い致しません。

- 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ありません。
但し、事前に当事業所と利用者との支払方法について現金による支払方法を選択した場合については、領収書と引き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、その他の有価証券をお預かりしたり、保管場所をお聞きすることは一切ありません。
- ③利用者及びその家族の個人情報の取扱いについては守秘義務を遵守し細心の注意を払います。

8 利用料

(1) 介護保険の給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として利用料表の合計利用額の1割、2割又は3割が利用者の負担額となります。但し、介護保険の給付の範囲を超えた分については、全額自己負担となります。

【基本額】

項 目	単 位
訪問リハビリテーション費	308単位/回 ※
介護予防訪問リハビリテーション費	298単位/回 ※
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6単位/回

※事業者の医師が診療を行っていない場合は、基本単位より50単位を減じます。

【訪問リハビリテーションの加算額】

項 目	内 容	単 位
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院（所）又は認定日から3か月以内	200単位/日
リハビリテーションマネジメント実施加算（ロ）	利用者のリハビリテーション・口腔衛生・栄養状態を一体的に推進し、状態や生活環境等に踏まえた計画を作成し、適切なリハビリテーションの実施、評価、計画の見直しを行い、質の高いリハビリテーションを提供することを評価する加算です。 （LIFE提出フィードバック情報活用）	213単位/月
	事業者の医師が利用者等に説明し同意を得た場合	270単位/月

口腔連携強化加算	口腔の健康状態を事業所従業者が評価し、歯科医療機関や介護支援専門員の情報提供した場合に加算されます。	50単位/回
----------	--	--------

【介護予防訪問リハビリテーションの加算額】

項 目	内 容	単位
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院（所）又は認定日から3か月以内	200単位/日
口腔連携強化加算	口腔の健康状態を事業所従業者が評価し、歯科医療機関や介護支援専門員に情報提供した場合に加算されます。	50単位/回

(2) 交通費

2のサービス提供区域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は実費の交通費が必要となります。

☆実施範囲区域超 1.0km未満 350円（片道）

☆実施範囲区域超 1.0km以上 700円（片道）

(3) 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キャンセル料を頂きます。

但し、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。

☆サービス実施時刻の1時間前までに連絡があった場合・・・無料

☆サービス実施時刻の1時間前までに連絡がなかった場合・・・利用者自己負担分全額

(4) その他の費用

サービス実施に必要な居宅の水道・ガス・電気・電話等の費用は、利用者の負担となります。

(5) 利用料の請求とお支払い方法

① 請求 毎月、10日までに前月分の請求書を発行いたします。

その月の月末までにお支払い下さい。

② お支払い方法

※クレジットカード払い施設窓口の場合：月曜日～金曜日 9時～17時

土曜日・日曜日及び祝日はお取り扱いしておりません。

※銀行振込 その月の月末までにお振込みをお願いいたします。振込手数料をご負担下さい。

※口座引き落とし ご希望者は別途申込書が必要となります。

引き落とし日は、毎月27日です。

9 サービス終了の方法

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにサービス終了をお申し出下さい。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

人手不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させて頂く場合があります。

その場合は、終了1か月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、原則的にサービスを終了致します。

☆ 利用者が介護保険施設に入所または医療機関に入院した場合。

☆ 利用者の介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。

☆ 利用者が死亡若しくは被保険者資格を喪失した場合。

④ その他

☆ 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業者が破産した場合、利用者は事業者へサービス終了の意思を表明することによって即座にサービスを終了することができます。

☆ 利用者が正当な理由なくサービス利用料を2か月以上滞納し、その料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合、または利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばし繰り返した場合、または利用者の入院若しくは病気等により1か月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態で

あることが明らかになった場合、利用者またはその家族、事業者やサービス従事者または他の利用者に対してこの契約を継続し難い背信行為を行った場合は、書面で通知することにより、即座に継続を終了させて頂く場合があります。

10 苦情申立窓口

(1) 当施設の苦情・相談窓口

当事業所に関する利用者及びその家族からの相談・苦情に対し、迅速且つ適切に対応するため、下記の担当者を、置き、事実関係確認及び調査を実施し、利用者またはその家族へ説明致します。

更に、全過程を記録し、今後同じような問題が起こらない様に適宜確認を致します。

☆ 苦情・相談担当者

訪問リハ担当責任者：三條 達也

☆ 対応時間

平日 9時 ～ 17時

(2) 公的機関の苦情・相談窓口

☆ 相模原市役所 健康福祉局 地域包括ケア推進部 福祉基盤課 指導班

電話番号：042-769-9226 FAX：042-759-4395

☆ 神奈川県国保連 介護保険課 介護苦情相談係

電話番号：045-329-3447

11 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止などのために必要な措置を講じます。

☆ 従業者に対し虐待を防止の啓発・普及するための研修を実施しています。

☆ 利用者及びその家族からの苦情処理体制を整備しています。

☆ 成年後見人制度の利用を支援致します。

☆ 虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに関係各所に通報致します。

12 個人情報の保護と秘密の保持

(1) 個人情報の保護

☆ 当事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働大臣が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。

☆ 当事業所が得た利用者の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供以外の目的では、原則利用致しませんが、外部への情報提供については必要に応じて使用者またはその家族等に了解を得ます。

(2) 利用者及びその家族に関する秘密保持について

☆ 従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に洩らしません。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も継続致します。

☆ 当事業所は従業者に対し、業務上知り得た利用者また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無くなった後においてもその秘密を保持すべき旨の教育を適時行うほか、従業者が本規程に反した場合は違約金を求めることとします。

13 身体的拘束等

当事業所は、原則として利用者に対し身体的拘束等を行いません。

但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体的拘束等を行う場合、事業所の医師がその状態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記録します。

14 業務継続計画の策定等

☆ 当事業所は、感染症や非常災害時において、利用者に対し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）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事業を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該事業計画に従い必要な措置を講じます。

☆ 当事業所は、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 to 実施

します。

☆ 当事業所は、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。

15 職場におけるハラスメント対策

当事業所は、適切な介護保健施設サービスの提供をを確保する観点から、職場において行われる性的な言動、または優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲をこえたもの（カスタマーハラスメント）により、従業員の就労環境が害されることを防止するための方針の明確化などの必要な措置を講じています。

16 事故発生の防止及び発生時の対応

当施設は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。

また、サービス提供等に事故が発生した場合は、当施設は速やかに市町村、利用者家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行い、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をします。

サービス提供に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

施設医師の医学的な判断により、専門的な医学的な対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関または他の専門的医療機関での診療を依頼します。

17 賠償責任について

☆ 当事業所は、訪問リハのサービス提供に伴って、当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またはその家族等の介護者の生命・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致します。

☆ 利用者またはその家族等の介護者は、利用者またはその家族等の介護者の責めに帰すべき事由により、当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賠償請求される場合があります。

☆ 当事業所は以下の損害賠償保険に加入しております。

加 入 保 険 会 社 名	株式会社 全老健共済会
保 健 の 内 容	賠償事故補償制度 利用者障害見舞金制度

18 緊急時の対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所等へ連絡致します。

緊急時 医療機関	病院名 主治医（担当医） 電話番号	 — —
緊急時 連絡先	氏名及び続柄 電話番号	() — —
緊急時 連絡先	氏名及び続柄 電話番号	() — —

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

当事業所、（介護予防）訪問リハビリテーション介護サービスの
提供にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

医療法人神奈川せいわ会
介護老人保健施設 のどか

説 明 者 職 名 ()

氏 名 _____ 印 _____

私は、本書面により、事業所から
(介護予防) 訪問リハビリテーションサービスについて、
重要事項説明を受け、その内容について同意し、交付を受けました。

利用者住所

氏 名 _____ 印 _____

代 理 人 住 所

氏 名 _____ 印 _____