

## 訪問リハビリテーション利用時重要事項説明書

### 1 当事業所の概要

#### (1) 法人の概要

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| 法 人 名     | 社会福祉法人 福寿会        |
| 所 在 地     | 奈良県奈良市秋篠町 1567 番地 |
| 連 絡 先     | 0742-45-9588      |
| 代 表 者 氏 名 | 理事長 秋吉 美由紀        |

#### (2) 事業者の概要並びにあわせて実施する事業

|             |                                               |                   |
|-------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| 事業者の名称      | 平城園診療所                                        | あきしの整形外科クリニック     |
| 所 在 地       | 奈良県奈良市秋篠町 1567 番地                             | 奈良県奈良市秋篠町 1567 番地 |
| 連 絡 先       | 0742-52-3820                                  | 0742-40-1555      |
| 管 理 者 名     | 末盛 毅                                          | 鈴木 聡              |
| 保健医療機関番号    | 0102918                                       | 0111794           |
| サ ー ビ ス 種 類 | 訪問リハビリテーション                                   | 訪問リハビリテーション       |
| サービス事業開始日   | 2021 年 3 月 1 日                                | 2023 年 6 月 1 日    |
| 介護保険指定番号    | 2910102918                                    | 2910111794        |
| サービス提供地域    | 奈良県奈良市 京都府木津川市、精華町<br>上記の内、当事業所から半径 3 km圏内の地域 |                   |

#### (3) 営業日及び営業時間

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 営業日  | 月～金 但し、国民の休日及び年末年始（12/29～1/3）は除く |
| 営業時間 | 通常は午前 9 時から午後 5 時まで              |

\*やむを得ず、休業させて頂く場合は、事前にご連絡させていただきます。

#### (4) 職員体制

|                         | 勤務体制 | 常 勤   | 非常勤 |
|-------------------------|------|-------|-----|
| 管 理 者(医師)               | 常勤兼務 | 1 名以上 | 0 名 |
| 医 師                     | 常勤兼務 | 1 名以上 | 0 名 |
| 理学療法士<br>作業療法士<br>言語聴覚士 | 常勤兼務 | 1 名以上 | 0 名 |

## 2 サービス内容

- (1) 医師の指示に基づいて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がご利用者の自宅を訪問し、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。

### 3 利用料金

#### (1) 費用

原則として、料金表に記載されている利用料金の合計金額の1～3割が利用者負担額になります。

#### (2) 利用料金などのお支払い方法

- ・毎月27日（引き落とし日が金融機関の休日の場合は翌営業日）に、指定の銀行口座から自動引き落としとさせていただきます。
- ・ご利用明細は、10日～15日頃にご通知いたします。

#### (3) 料金表

##### 【訪問リハビリテーション基本額】

| 項目              | 単位    |
|-----------------|-------|
| 訪問リハビリテーション     | 308単位 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 298単位 |

※事業所の医師が診療を行っていない場合は、基本単位より50単位を減ずる。

※介護保険制度などの変更により、料金に変更となった場合は変更点について説明を行う。

##### 【訪問・介護予防訪問リハビリテーションの加算】

| 項目                      | 単位             | 内容                                                     |
|-------------------------|----------------|--------------------------------------------------------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)         | 6単位/回          | 勤続年数が7年以上の者が1人以上いる。                                    |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)         | 3単位/回          | 勤続年数が3年以上の者が1人以上いる。                                    |
| リハビリテーションマネジメント<br>加算 イ | 180単位/月        | 医師による医学的管理のもと、定期的にリハビリテーション計画を見直し、セラピストより説明            |
| リハビリテーションマネジメント<br>加算 ロ | 213単位/月        | 医師による医学的管理のもと、定期的にリハビリテーション計画を見直し、セラピストより説明<br>計画を国へ提出 |
| 医師の説明がある場合の加算           | 上記に加え<br>270単位 | 医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合                           |
| 短期集中リハビリテーション実施加算       | 200単位/日        | 退院(所)日又は認定日から3月以内                                      |

[地域加算 1単位＝10,33円]

#### (4) 交通費

サービス提供地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、超えた地点から1kmあたり実費100円の交通費が必要となります。

#### (5) 口座引落手数料

引落の都度、1回100円を頂きます。指定口座が南都銀行の場合は無料です。

#### (6) その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者の負担になります。

#### (7) キャンセル料      ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料金を頂きます。

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| ① ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合 | 無料            |
| ② ご利用当日にご連絡いただいた際のキャンセル      | 利用者自己負担分の100% |

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。

なお、利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

### 4 身体の拘束等

事業者は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害のおそれがある等緊急やむを得ない場合は、管理者（医師）が判断し、説明と同意を得てから身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、事業者の医師がその様態及び時間、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載することとします。また、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し5年間保管します。また、事業者として身体拘束をなくしていく為の取り組みを積極的に行います。

## 5 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

虐待防止に関する責任者を選定しています。

- (1) 虐待防止に関する責任者      理事長 秋吉 美由紀
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 6 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します

## 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) 指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

## 8 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

### (1) 苦情解決の概要

当サービスに関する相談、要望、苦情などは施設の各担当者までお申し出ください。

苦情の解決については、苦情相談窓口を設置しています。

電 話 番 号 ： 0 7 4 2 - 4 5 - 9 5 8 8

受 付 時 間 ： 午前9：00～午後17：00

(2) 円滑迅速に苦情解決を行うための体制

把握した状況に基づき、協力施設と共に関係者への連絡調整、注意指導を行うと共に、苦情申し出には必ず結果報告を行います。

協力施設：特別養護老人ホーム 平城園（苦情対応窓口）

苦情受付担当者 施設長(吉村 弥生)、担当療法士

苦情解決責任者 事務局長(秋吉 将臣)

(3) 第三者委員会の設置

・苦情申出者が希望した場合、匿名での苦情、及び文書による重大な指摘があった場合は、すみやかに第三者委員会に報告し必要な対応を行います。

第三者委員会に報告した場合は、必ず返答をもらい苦情申出人に結果報告を行います。

|       |             |                 |
|-------|-------------|-----------------|
| 第三者委員 | 中本 勝（法人弁護士） | 電話 0742-22-4301 |
|-------|-------------|-----------------|

|  |            |                 |
|--|------------|-----------------|
|  | 福岡 道郎（評議員） | 電話 0742-43.7223 |
|--|------------|-----------------|

|  |            |                 |
|--|------------|-----------------|
|  | 森田 昭子（評議員） | 電話 0742-44-4639 |
|--|------------|-----------------|

|  |            |                 |
|--|------------|-----------------|
|  | 名古 千尋（評議員） | 電話 075-561-8002 |
|--|------------|-----------------|

当施設以外、下記の公的機関窓口で苦情相談等を受付けています。

|                                           |                                                                                                         |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>奈良県社会福祉法人福祉協議会</p> <p>奈良県運営適正化委委員会</p> | <p>所在地 橿原市大久保 320 番地 11</p> <p>電話番号 0744-29-1212</p> <p>FAX 番号 同上</p> <p>対応時間 9:00～17:00</p>            |
| <p>奈良県国民健康保険団体連合会</p> <p>介護保険課指導相談係</p>   | <p>所在地 橿原市大久保 302 番地 1 奈良市町村会館内</p> <p>フリーダイヤル 0120-21-6899</p> <p>利用時間 9:00～17:00</p>                  |
| <p>奈良市介護福祉課</p>                           | <p>所在地 奈良市二条大路南 1 丁目 1-1</p> <p>電話番号 0742-34-5422</p> <p>FAX 番号 0742-34-2621</p> <p>利用時間 9:00～17:00</p> |

## 9 緊急時及び事故発生時の対応

当事業者におけるサービス提供中にご利用者様の容体の変化、又は事故が発生した場合などは、事前の打ち合わせによる主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、当事業者のサービス提供により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。

説明者

役職

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について重要事項説明を受け同意しました。

説明日

利用者

氏 名

---

(署名代行者)

私は甲の意思を確認したうえ、署名を代行しました。

(利用者との続柄 )

氏 名

---

利用者代理人 (選任した場合)

氏 名

---