

重要事項説明書 (訪問リハビリテーション)

貴殿に対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業所が貴殿に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名	医療法人 厚生会 福井厚生病院
事業者所在地	福井県福井市下六条町1字6番1
代表者名	理事長 林 譲也
電話番号	0776-41-3377 FAX 0776-41-3372

2. サービス提供事業所

事業所名	福井厚生病院 訪問リハビリテーション
指定番号	1810122513
事業所所在地	福井県福井市下六条町1字6番1
受付電話番号	0776-41-8484 FAX 0776-41-4117
受付担当者名	福井厚生病院 訪問リハビリテーション 栗原
事業実施地域	福井市・坂井市・鯖江市とする。 尚、その他の地域については相談に応じます。
営業日及び 営業時間	平日 午前8時30分～午後5時15分 土曜日 午前8時30分～午後12時30分 祝日は応相談（年末年始12/29～1/3を除く）

3. 事業の目的

福井厚生病院が行う訪問リハビリテーション事業の適正な運用を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、理学療法士及び作業療法士が利用者に対し適正な事業を提供する事を目的とします。

4. 運営の方針

- 1) 訪問リハビリテーション事業の従事者は利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、利用者の病状及び心身の状況に応じ適切な技術をもって支援します。
- 2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- 3) 訪問リハビリテーションの従事者は利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めます。

5. 事業所の職員体制

医 師	1名以上	常勤および非常勤
理学療法士	10名	常勤 10名
作業療法士	1名	常勤 1名

6. 職務の内容

- 1) 医師は訪問リハビリテーション計画の策定と実施に関する指示を行います。
- 2) 理学・作業療法士は自らの専門性を活かして利用者の自立に向けて支援します。
- 3) 言語聴覚士は自らの専門性を活かして利用者の言語・嚥下機能の向上を支援します。

7. 利用料及びその他の費用

(1) 利用料

介護保険適用の場合	介護報酬額の告示上の額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額
介護保険適用以外の場合	介護保険での給付の範囲を超えた場合は利用料の全額が自己負担

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業者に直接介護給付が行われない場合、全額自己負担となります。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。後日、お住まいの役所窓口へ提出し払い戻しの手続きを行って下さい。

(2) 交通費 無料

(3) その他の費用・・・実費

サービスの実施に必要な居宅の水道・ガス・電気等、及び日常生活においても通常必要な物にかかる費用で、利用者又はその家族等が負担する事が適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

(4) 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、以下のキャンセル料を頂きます。

事前に連絡がない場合	当日自己負担額全額
入院等やむを得ない事情の場合	不要

前項の費用にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ利用者又はその家族等に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い同意を得ます。

8. 苦情申立窓口

窓 口	方 法	申立時間帯
福井厚生病院 訪問リハビリテーション	電話 0776-41-8484	月曜日～金曜日（午前9時～午後5時15分） 担当者 栗原
福井市地域包括ケア推進課	電話 0776-20-5400	平日 午前8時30分～午後5時15分
福井県国民健康保険連合会	電話 0776-57-1614	平日 午前8時30分～午後5時15分

訪問リハビリテーションに対するご相談・苦情及び提供しているサービス内容についての相談・苦情を承ります。

苦情処理は中立性・公平性を重んじ、内容確認・分析を行い、利用者・市町・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・主治医・国保連等関係諸機関と速やかに連携をとり、問題解決に向けて対処します。

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ① 苦情内容について、利用者及びその家族等より詳細に聞き取り調査をする。
- ② 苦情窓口担当者から管理者へ詳細を報告する。
- ③ 当事業所職員より状況を把握し、改善策を作る。
- ④ 利用者、家族等に対して状況や今後の改善策を説明し了解を得る。
- ⑤ 市町に速やかに、報告・相談を行う。
- ⑥ 問題解決に向けて市町の指示に従い対処する。
- ⑦ 対処後の結果等を市町に報告する。
- ⑧ これらの期間最長1週間とする。

(2) その他参考事項

利用者が申立て等を行ったことを理由として、何らかの不利益な取り扱いを受けることはありません。

9. 秘密保守及び個人情報の保護

- (1) 事業者及び事業者の使用する者は、訪問リハビリテーションを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この情報を保守する義務は契約終了後も継続します。また、事業者は事業者の使用する者が、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約に含め遵守させます。
- (2) 事業者は、利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- (3) 当事業者は、以下に掲げる理由に限り、利用者及びその家族等に関する情報を第三者に提供します。
 - ① 要支援認定調査及び居宅サービス計画の内容について関係する都道府県、市町附属関係及びその委託を受けた機関が情報や報告を求めた場合。
 - ② 主治医等が居宅サービス計画の内容について情報や報告を求めた場合。
 - ③ 居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・居宅サービス事業者・介護保険施設等の関係人が、サービス担当者会議等においてサービス提供上情報を用いる必要がある場合。
 - ④ 利用者の急激な体調の変化等により、医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要性がある場合。
 - ⑤ 高齢者虐待防止法に基づいて、高齢者虐待事例についての関係機関への情報提供など、高齢者の保護のために必要性があり、かつ本人の同意を取得することが困難な場合。

10. 緊急時等における対応方法

訪問リハビリテーションの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等、緊急連絡先（ご家族等）、居宅支援事業者等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

主治医	氏名			病医院名		
	電話	()	—	FAX	()	—
	住所					
ご家族等 (第一通報先)	氏名					
	電話	()	—	携帯	()	—
	住所					
	利用者との関係					
ご家族等 (第二通報先)	氏名					
	電話	()	—	携帯	()	—
	住所					
	利用者との関係					

1 1 . 事故発生時の対応

訪問リハビリテーションのサービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者の主治医等、緊急連絡先（ご家族等）、市町、居宅支援事業者等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

事業者又は従業員の責に帰すべき事由により利用者又はその家族等に損害を及ぼした場合はその損害を賠償します。尚、日常生活でも起こりうる転倒等につきましては、これを除外します。

当事業所は訪問リハビリテーションの提供時の事故に備えて、損害保険制度に加入しています。上記の損害賠償は、この損害保険制度が認定する範囲内で賠償します。

令和 年 月 日

当事業所は、利用者に対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	住 所	福井市下六条町 2 0 1 番地
	名 称	医 療 法 人 厚 生 会
	代 表 者	理 事 長 林 讓 也 印

事業所	住 所	福井市下六条町 1 字 6 番 1
	名 称	医療法人厚生会 福井厚生病院
		訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン

説 明 者 氏名 _____ 印

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についての重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との関係 _____