

指定介護予防訪問リハビリテーション
重要事項説明書

指定介護予防訪問リハビリテーション事業所
医療法人 愛健会 愛健医院

指定介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書

医療法人 愛健会 愛健医院

1 概要

(1) 事業所の概要

事業所名：医療法人 愛健会 愛健医院
所在地：長崎県佐世保市上本山町 1059 番地
電話番号：0956-40-8488
介護保険番号：4210225910

(2) 当事業所の職員体制

医師 1名（常勤）
介護予防訪問リハビリテーションを行う理学療法士 1名以上（常勤）
〃 作業療法士 1名以上（常勤）
〃 言語聴覚士 1名以上（常勤）

(3) サービスの提供実施時間帯等

通常月曜日から土曜日迄とする。但し国民の祝日、盆休み、年末年始の休みを除く。
午前 8 時 30 分から午後 6 時までとする。
ただし、土曜日は午前 8 時 30 分から午後 12 時 30 分までとする。

(4) サービスの実施地域

通常の事業の実施地域は佐世保市内とする。但し、離島を除く。
この地域以外で当事業所の介護予防訪問リハビリテーションを希望される場合は、ご相談下さい。

2 サービスの内容

理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者の居宅に訪問してリハビリテーションを行います。

3 利用料等

<介護保険の利用料>

介護保険の利用料は、次のとおりです。利用者のご負担は利用料の 1 割です。また、介護保険の一部負担金につき公費負担がある場合は、その分が減免されます。

リハビリ時間 20 分につき 2,980 円

サービス提供体制加算 20 分につき 60 円

(注) 40 分のリハビリを実施した場合は、上記金額の 2 倍、

60 分のリハビリでは 3 倍となります。

なお、利用開始日より 12 か月超えた場合、300 円減算します。

<交通費>

上記 1 の (4) のサービスを提供する地域にお住まいの方は介護保険の利用料に含まれ、交通費は無料です。

(注) それ以外の地域にお住まいの方は、理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士が訪問するための交通費を負担して頂くことがあります。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話又はご来所によりお申し込みください。当事業所の担当者がお伺い致します。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を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ヶ月前までに文書で通知するとともに、他の事業者をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合、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。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 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
- ・ 利用者が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 利用者の方やご家族などが当事業所や当事業所の従業員に対して本契約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ございます。

5 サービス内容に関する苦情

当事業所の提供したサービスに対して、不満や苦情がある場合には、どんなに小さな事でも構いませんので、次の窓口までお申しつけください。

① 当事業所の相談・苦情窓口及び対応等

担当者：村上 和彦

電話：0956-40-8488 F A X：0956-40-8491

苦情があった場合は、直ちに利用者等と連絡を取り、事情を聞き、苦情の内容を把握し、必要な対応を行います。また、苦情の内容によっては、市町村や居宅介護支援事業所等と連絡をとり、必要な対応を行います。

② その他（別紙 1、2 に手順、業務の実際を記しております）

当事業所以外に、お住まいの市町村及び長崎県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

佐世保市役所 介護保険総合相談窓口	住所 佐世保市八幡町 1-10	電話 0956-24-1111
長崎県国保連合会 介護サービス苦情申立相談窓口	住所 長崎市今博多町 8-2	電話 095-826-1599

6 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族及び利用者がお住まいの市町村へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対して当事業所の指定介護予防訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償いたします。

※苦情受付マニュアル、対応業務の実際を詳細に記しておりますのでご参照願います。

7 当法人の概要

- (1) 法人名 医療法人 愛健会
- (2) 法人の所在地 佐世保市上本山町 1059
- (3) 電話 0956-40-8488
- (4) 代表者氏名 中村 洋輔

令和 年 月 日

当事業所は、居宅介護サービスの提供開始に当たり、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

居宅介護サービス事業者

名 称：医療法人 愛健会 愛健医院
説明者氏名： 印

私は、本書面の交付を受け、事業所から介護予防訪問リハビリについての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所
氏名 印
(代理人) 住所
氏名 印

個人情報 使用同意書

私（利用者及びその介護者または家族等）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

記

1 使用する目的

利用者様の為の居宅サービス計画や訪問リハビリ計画に沿って円滑にサービスを提供する為を実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や主治医、及び他の介護保険事業者との連絡調整等において必要な場合必要最小限の範囲内で個人情報を用います。

2 使用する期間

令和 年 月 日からとします。

3 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れる事の無いよう細心の注意を払います。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録します。

令和 年 月 日

医療法人 愛健会 愛健医院 介護予防訪問リハビリ事業所及び各事業者様

(利用者) 住所

氏名 _____ 印

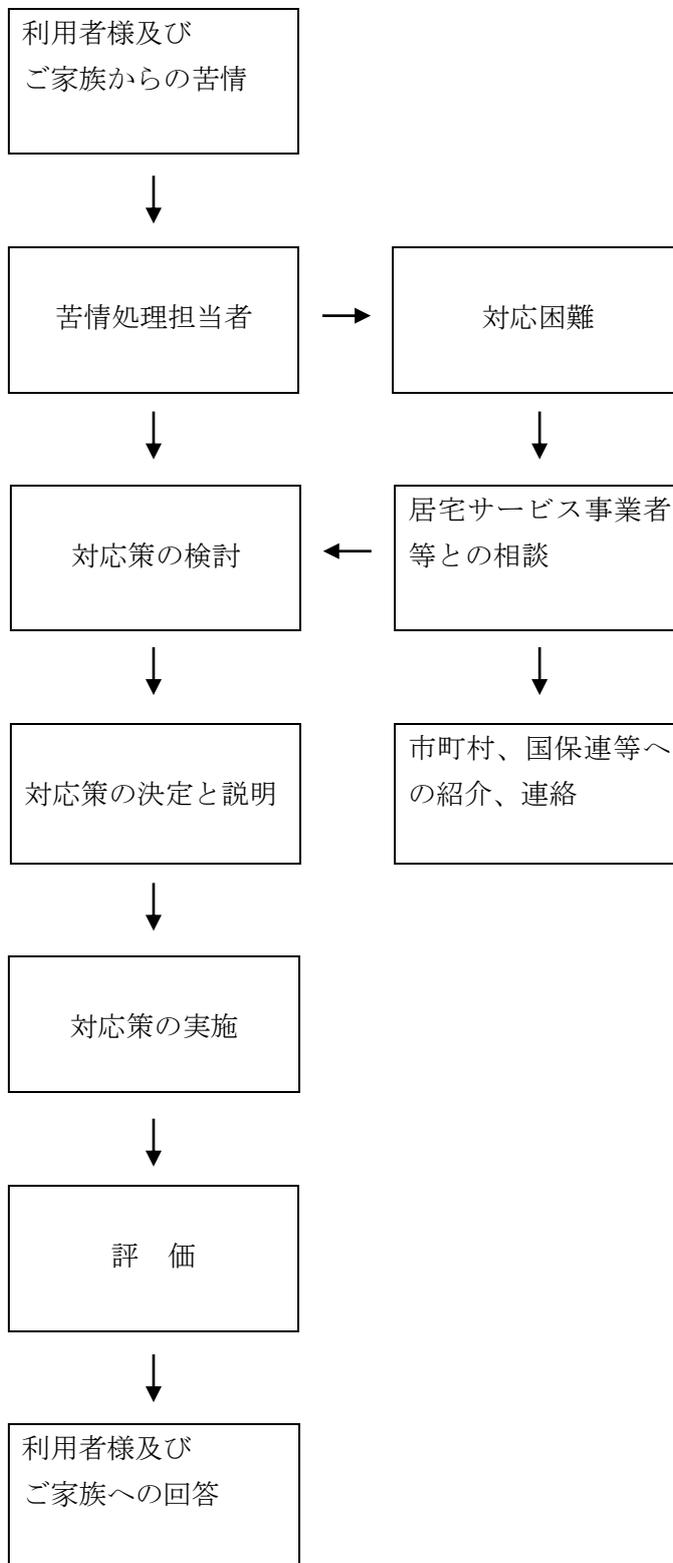
(利用者の
介護者
又は家族等) 住所

氏名 _____ 印

別紙 1

相談・苦情対応業務

苦情対応業務の手順



別紙 2

苦情対応業務の実際

1. 受付

苦情があった場合には、担当者の村上 和彦（以下担当者）が受付し、内容を「相談・苦情対応記録書」に記録します。担当者が不在の場合は、他の担当理学療法士等にて受付・記録し、担当者へ報告いたします。

2. 苦情内容の正確な把握

受付時に、苦情の内容や背景を十分に確認し、利用者の要望、事実関係・問題点を正確に把握します。この段階で基本的に反論や言い訳はせず、聞き取る事に専念し、翌日までに改めて返答いたします。

3. 事実関係の確認

担当者は、利用者からの苦情聴取に段階で解決できない苦情については、実情調査を行います（または、他のスタッフに指示します）

- 居宅サービス計画を提供した介護支援専門員への事情聴取、居宅サービス事業者等への意見聴取により、事実関係を確認します。
- やむを得ず必要となる場合は、次の方法により事実関係を確認します。
 - ・ 本人様等への再度の電話や自宅への訪問
 - ・ 苦情を申し立てた利用者以外の利用者や関係者に対しての状況確認

4. 苦情原因分析と対応策（改善策）の決定

担当者は、調査結果を踏まえ、検討会議を開催し、原因分析及び対応策について検討、決定いたします。（または管理者に検討結果を報告・了承を得ます）

5. 利用者への説明

担当者は、原則として翌日までに利用者様に説明します。

- 利用者様への説明は、直接行う事を原則とし、やむを得ない場合に限り電話で行います。
- 苦情内容により実情把握に時間がかかるなどの理由で、後日の回答になる場合は、その旨と状況を利用者へ連絡します。
- 次のような場合には、事情を説明の上、他の機関を紹介するものとします。
 - ・ 苦情の内容が、他の事業者のサービスである場合。
 - ・ 苦情の内容が、介護保険制度そのものについての場合
- 事業者としてどうしても円満解決が図れない場合は、市町村または国保連等の苦情処理機関に紹介、連絡します。

平成 20 年 7 月 1 日一部改正

平成 21 年 4 月 1 日一部改正

平成 24 年 4 月 1 日一部改正

平成 26 年 1 月 1 日一部改正

平成 26 年 4 月 1 日一部改正

平成 27 年 4 月 1 日一部改正

平成 30 年 4 月 1 日一部改正

平成 30 年 5 月 1 日一部改正

令和元年 10 月 1 日一部改正

令和 6 年 6 月 1 日一部改正

