重要事項説明書

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

医療法人社団　恕和会

介護老人保健施設

カトレア六甲

訪問リハビリテーションおよび介護予防訪問リハビリテーション
サービス重要事項説明書

ご利用者＿＿＿＿＿＿＿＿様が、利用しようと考えている指定訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前にご理解いただきたい内容を、ご説明させていただきます。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1. 事業者・事業所の概要

事業者	名称	医療法人社団　恕和会
	所在地	神戸市北区松が枝町3丁目1番74号
	電話番号	０７８-５８３-７８８８
	FAX番号	０７８-５８３-７５７１
	代表者名	理事長　松田　旭功
	設立年月日	平成11年４月１日
事業所	名称	医療法人社団恕和会　介護老人保健施設　カトレア六甲訪問リハビリテーション
	所在地	神戸市北区唐櫃台４丁目３９－１
	事業者指定番号	2855080129
	管理者氏名・連絡先	齊藤　直興　・　０７８-９８７-００３６
	営業時間	８：４５～１７：１５
	サービス提供地域	神戸市北区

2. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	(1)　要介護状態と認定されたご利用者様に対し、主治医や介護支援専門員、関連機関との連携を取りながら訪問リハビリテーションを行います。
運営の方針	(2)　ご利用者様の心身状態に応じて、個々に合わせた目標を設定し、活動・参加できるようにリハビリテーションを提供いたします。

3. サービスの提供日時

サービス提供日時	月曜日から土曜日　９：００～１７：00
休業日	日曜日　12月31日から1月3日

4. サービスの利用について

訪問リハビリテーション利用開始	ご本人またはご家族からの希望、介護支援専門員よりの依頼を受けた上で、主治医(かかりつけ医)または当施設医師からの情報提供を当施設医師へしていただく必要があります。その後当施設医師より訪問リハビリテーションの指示の下、訪問リハビリテーションを開始します。
訪問リハビリテーション利用終了	○利用者の都合で終了のお申し込みがあった場合。 ○かかりつけ医、指示医より訪問リハビリテーションの必要がないと認められ指示箋の交付がない場合。

	○ご利用者が長期入院、入所または死亡された場合。

5. 職員体制

理　学　療　法　士	1名

6. 訪問リハビリテーションの内容

サービスの種類	サービスの内容
機能訓練・動作訓練などの実践	居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況などのアセスメントを行い、リハビリテーションの目標を踏まえた上で身体機能訓練や筋力トレーニング、動作訓練などを行います
介助法や自主トレーニングの指導	目標を到達する上でご自身・ご家族・その他サービス介入者でも出来る介助法・自主トレーニング方法を指導します
福祉用具や住宅改修のアドバイス	ご自宅での生活・外出を安全に行うことが出来るように必要な福祉用具や住宅改修のアドバイスを行います

7. 利用料等の支払い

（1）サービスを提供した場合の利用料は厚生労働大臣が定める基準によるものを定めた別紙料金表に従い利用者の介護保険負担割合証の負担割合に応じた額を徴収します。

（2）通常の事業の実施地域を超えて行う訪問リハビリに要する交通費及び利用をキャンセルした場合のキャンセル料等のその他費用は別紙料金表に定めた額を利用者に説明及び同意を得て徴収致します。

（3）毎月１０日に前月分の請求書を送付致しますので当月末までにお支払下さい。支払方法は事務所窓口ゆうちょ銀行自動払込み・銀行振り込みをご利用下さい。領収書は請求書に領収印の捺印で代えさせて頂きます。（振込の方は振込明細確認の上で捺印いたします。）

8. 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 利用者の同居家族に対するサービス提供
④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
⑤ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
⑥ その他利用者又は家族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

9. サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所等に変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせ下さい

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められる時や、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有

効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(3) 主治の医師の医師指示並びに利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン)」に基づき、利用者および家族の意向を踏まえて、「(介護予防）訪問リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「(介護予防）訪問リハビリテーション計画」は利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認頂くようお願いします。

(4) サービス提供は「(介護予防）訪問リハビリテーション計画」に基づいて行います。なお、「(介護予防）訪問リハビリテーション計画」は、利用者などの心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することが出来ます。

(5) 職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者およびその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、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」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（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及び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 事業者は、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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報の保護について	① 事業者は、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 事業者は、利用者及び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、善良な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 事業者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。）

11. 賠償責任

(1) 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サービスの提供に伴って、当施設の責

に帰するべき理由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して、損害を賠償するものとします。ただし、利用者又は契約者に過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められるときに限り、賠償責任を減じる事ができるものとします。

(2) 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び契約者は連帯して、当施設に対してその損害を賠償するものとします。

(3) 万一の事故の発生に備え、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険会社株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	事業者が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として

12. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

協力医療機関	名　　称	医療法人社団恕和会　松田病院
	院 長 名	松田　旭功
	所 在 地	神戸市北区松が枝町３丁目１番７４号
	電 話 番 号	０７８―５８３－７８８８
	診 療 科	内科、循環器内科、消化器内科、整形外科、神経内科、リハビリテーション科、放射線科
	入 院 設 備	有（４４床）

13. サービス提供の記録

① （介護予防）訪問リハビリテーションの実施毎に、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。

② （介護予防）訪問リハビリテーションの実施毎に、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提供の日から５年間保存します。

③ 利用者及び家族は、事業者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出来ます。

④ 提供した（介護予防）訪問リハビリテーションに関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

14. 衛生管理など

① 職員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。

15. 契約の終了

(1) 利用者および契約者は、当施設に対し、10 日以上の事前の予告をもって、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サービス終了の意思表明をする事により、本契約によるサービスの提供を終了することができます。

(2) 利用者が長期に入院する必要が生じ、入院した場合

(3) 利用者が要介護認定により非該当（自立）と認定された場合。

(4) 利用者および契約者が契約締結時に、利用者の心身の状態や既往歴などの重要事項に関し、故意にこれを告げなかったために、本契約を継続しがたい状況が生じた場合。

(5) 利用者および契約者が、本契約に定める利用料金を１か月以上滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず支払われない場合。

(6) 利用者が当施設、当施設の職員もしくは他の利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為もしくは反社会的行為を行った場合、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為を行った場合、または重大な自傷行為を繰り返すなど利用者自身の生命もしくは健康に重大な影響を及ぼすおそれがある行為を行った場合。

(7) 天災、災害（感染症の拡大を含む。）、施設・設備の故障その他やむえない理由により、当施設を利用していただくことができなくなった場合。

16. サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 提供した指定訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

(2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

① 苦情があった場合は、直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の職員からも事情を確認いたします。

② 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要あると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議を行います。

③ 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をいたします。（利用者に謝罪に行く、改善の取り組みの報告等）。記録を台帳（パソコンのデータベース）に保管し、再発防止と今後の改善に役立てます。

17. 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 （事業者の担当部署・窓口の名称） 介護老人保健施設カトレア六甲事務所 担当責任者　藤定　由積	所在地　神戸市北区唐櫃台４丁目３９－１ 電話番号 078 - 987-0036 ﾌｧｯｸｽ番号 078-987-0301 受付時間：9:00～17:00
【介護保険サービスの質や契約上のトラブルについて窓口】 神戸市生活情報センター	所在地　兵庫県神戸市中央区橘通３丁目 4-1 電話：078-371-1221 受付時間：（平日）9:00～17：00
【公的団体の窓口】 兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地　神戸市中央区三宮町１丁目９番１－１８０１号センタープラザ 16 階 電話番号 078-332－5617 ﾌｧｯｸｽ番号 078-332-5650 受付時間　8:45～17:15　（土日祝休み）

【介護保険サービスの苦情全般の窓口】 神戸市福祉局監査指導部	所在地　神戸市中央区加納町 6-5-1 電話：078-322-6326 受付時間： （平日）8:45～12:00／13:00～17:30

18.　重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年　　月　　日

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業所	所在地	神戸市北区唐櫃台４丁目３９－１
	施設名	医療法人社団　恕和会　介護老人保健施設　カトレア六甲
	代表者名	施設長　齊藤　直興
	説明者（職・氏名）	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

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

私及びその家族の個人情報について、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1，　使用する目的

① 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定訪問リハビリテーションサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合

② 私が提供を受けるすべてのサービス事業者との連絡調整のために必要な場合

2，　使用にあたっての条件

① 個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払う事

② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと

3，　個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況その他一切の契約者や家族個人に関する情報

4，　使用する期間

契約日より契約終了日まで

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設カトレア六甲　訪問リハビリテーション　管理者殿

契約者　　住所

氏名　　印

上記代理人（代理人を選定した場合）

住所

氏名　　印