

重要事項説明書

本書には、くわみず病院介護予防訪問リハビリ・訪問リハビリとの契約にあたっての重要事項が記載されています。

ご契約の前に必ずご覧いただき、十分内容をご確認ください。

社会医療法人 芳和会
くわみず病院 介護予防訪問リハビリテーション
訪問リハビリテーション

ご利用者控
事業所 控

重要事項説明書（訪問リハビリテーションサービス）

あなた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条および厚生労働省令第35号第120条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	芳和会
主たる事務所の所在地	熊本市中央区神水1丁目14-41号
法人種別	社会医療法人
代表者名	理事長 積 豪英
電話番号	096-381-5887
介護保険法令に基づき熊本県知事から指定を受けている事業所名称	くわみず病院
各事業所につき熊本県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類	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

2. 事業所の名称及び所在地

利用事業所の名称	くわみず病院
指定番号	熊本県 4310116274号
所在地	熊本市中央区神水1丁目14番41号
電話番号	096-381-8738

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある方（以下「要介護者等」という）に対し、適切な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を提供します。
運営の方針	要介護者等が居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法又は、言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。 訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するようその目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行います。 訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 職員体制

従事者の職種	員数	勤務の体制
医師	1名以上	常勤1名以上 昼勤（午前8時30分～午後5時）1名以上
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1名以上	常勤兼務1名以上 昼勤（午前8時30分～午後5時）1名以上

5. 営業日および営業時間

営業日	月曜日～金曜日（12月30日から1月3日までは除く） 事業所のやむを得ない事由等により提供が困難な場合は曜日を限定して提供することがあります。土曜・祝日に振替対応する場合があります。
営業時間	午前8時30分～午後5時まで

6. 利用料

時間別単価 利用料	1単位 10 円 法定代理受領分：介護報酬告示上の1～3割 法定代理受領分以外：介護報酬告示上の額 具体的な利用料、請求及び支払い方法については契約書別紙「サービス内容説明書」にてご説明いたします。
その他の費用	運営規程に定める通り

7. 事業の実施地域

熊本市・熊本市近郊。
但し、自動車での移動距離が概ね30分以内とします。

8. 担当する職員の変更を希望される場合の相談窓口

事業所 相談窓口	利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 利用方法 代表電話 096-381-2248 FAX 096-384-5506 担当者：宮村 潤一
留意事項	担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますので、予めご了承ください。

9. 秘密の保持と個人情報の保護

<p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 利用者又はその家族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ンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>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又は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。</p> <p>③ この秘密を保持する義務は、サービス提契約が終了した後も継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である機関及び従業者では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。</p>
<p>個人情報保護について</p>	<p>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で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者又は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、電磁的記録も含む。）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。</p> <p>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、遅延なく調査を行い、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。）</p>

10. 緊急時の対応方法

<p>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ほか必要な場合は、速やかに主治医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。</p>		
<p>主治医</p>	<p>医療機関</p>	
	<p>氏名</p>	
	<p>電話番号</p>	
<p>緊急連絡先</p>	<p>氏名</p>	
	<p>住所</p>	
	<p>電話番号</p>	
	<p>携帯番号</p>	
<p>上記の記載がない場合、介護支援専門員が作成する別紙「居宅サービス計画」又は「介護予防サービス計画」に記載された連絡先へ連絡します。</p>		

1 1. 事故発生時の対応方法

- ① 利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の後見人及び家族、利用者に関わる居宅介護支援者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ② 事故により利用者又はその家族の生命、身体、財産に損傷が発生知った場合は、事業者は速やかにその損害を賠償します。但し、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。
- ③ 契約者に重過失が認められる場合には、損害賠償の額を減額する場合があります。

1 2. 虐待防止のための措置

- 虐待の防止又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。
- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等の活用可能）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に十分に周知します。
 - ② 虐待の防止のための指針を整備します。
 - ③ 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
 - ④ 適切に実施するための担当者（宮村 潤一）を配置します。

1 3. その他運営に関する留意事項

- ① 従業者の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備します。
- ② すべての従業者に健康診断等を定期的実施するとともに、事業者の設備及び備品等の衛生的な管理に努め、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、必要な措置を講じます。
- ④ 訪問リハビリテーション等に関する諸記録を整備し、その完結の日（当該指定訪問リハビリテーション等を提供した日をいう）から最低5年間は保存します。

1 4. 苦情申立窓口

事業所 相談窓口	<p>利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 但し、土日祝日、12/30～1/3を除く</p> <p>利用方法 代表電話 096-381-2248 FAX 096-384-5506</p> <p>面談場所：くわみず病院 担当者：宮村 潤一</p>
熊本県国民健康保険 団体連合会	<p>利用時間 平日 午前9時～午後5時（正午から午後1時除く） 但し、土日祝日、年末年始を除く</p> <p>利用方法 電話 096-214-1101</p> <p>面談場所 熊本県町村自治会館5階 熊本県国民健康保険団体連合会 介護保険課内</p>
熊本市介護保険課	<p>利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 但し、土日祝日、12/29～1/3を除く</p> <p>利用方法 電話 096-328-2347</p>

当事業所（乙）は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1 甲2 甲3に対しサービス内容説明書及び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。

（乙）

居宅サービス事業所

主たる事業所所在地 熊本県熊本市中央区神水1丁目14番41号

名称 くわみず病院

説明者 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

氏名 _____ (印) _____

（甲）私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲1） 利用者

氏名 _____ (印) _____

住所 _____

（甲2） 家族

氏名 _____ (印) _____

住所 _____

（甲3） 成年後見人又は立会人

氏名 _____ (印) _____

住所 _____