

## 重要事項説明書 (訪問リハビリテーション)

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業者の概要

事業者の名称	一般財団法人 多摩緑成会
主たる事業所の所在地	東京都小平市小川西町2丁目35-1
法人種別	一般財団法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	042-341-3011

### 2. ご利用事業所

事業所の名称	緑成会病院
所在地	東京都小平市小川西町2丁目35-1
介護保険事業所番号	1314314209
管理者の氏名	中澤 直
電話番号	042-341-3011
ファクシミリ番号	042-345-1392
営業日	月～土曜日 (12/31～1/3は除く)
営業時間	午前8時30分～午後5時

### 3. 当該事業者であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
訪問リハビリテーション	平成21年10月1日	1314314209	

#### 4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	療養上の世話又は必要な診療の補助を行なうことにより、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	当サービスにあたっては、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行なう。

#### 5. 利用対象者

介護保険にて要支援、要介護と認定された方

#### 6. 通常の事業実施地域

全域地域：小平市 東大和市

一部地域：東村山市(青葉町・秋津町除く)

国分寺市(泉町・東元町・内藤町・西本町・南町を除く)

立川市(幸町 1～6 丁目・栄町 4～6 丁目・若葉町 1～4 丁目)

#### 7. 職務およびサービス内容

職種	人員	サービス内容
管理者	1名	理事長の命を受け職員を指揮監督して業務を統括し、運営管理に万全を期する
医師	1名	訪問リハビリテーションの提供に当たり指示を行う
理学療法士	1名以上	利用者に交付した訪問リハビリテーション計画に基づき、適正な指定訪問リハビリテーションを提供する
作業療法士	1名以上	
言語聴覚士	1名以上	

訪問リハビリテーション職員は下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

勤務時間帯 8：30 ～ 17：00

#### 8. 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・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る。

1 虐待防止に関する責任者を選定する。

虐待防止に関する責任者：虐待防止検討委員会 委員長

2 成年後見制度の利用を支援する。

3 苦情解決体制を整備する。

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する。

5 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。

## 9. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談お申出下さい。

受付窓口（担当者）	氏名	丸山 靖生 / 池田 友記
	電話番号	042-341-3011
受付時間	毎週月曜日～金曜日	
		8:30～17:00

### その他の相談窓口

#### 【東京都】

東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

TEL 03-6238-0177

#### 【小平市】

小平市健康福祉部高齢者支援課地域支援担当

TEL 042-346-9539

#### 【東大和市】

東大和市福祉部高齢介護課介護給付係

TEL 042-563-2111（内線）1137

#### 【東村山市】

東村山市健康福祉部高齢介護課高齢福祉係

TEL042-393-5111（代）

#### 【立川市】

立川市福祉保健部介護保険課介護給付係

TEL 042-523-2111（内線）1440

#### 【国分寺市】

国分寺市福祉保健部介護保険課給付管理係

TEL 042-325-0111(内線 538・539)

また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

## 10. 利用料

### ☆ご利用者様 負担金額 (要介護の方)

サービス内容	単位	単価
訪問リハビリテーション (基本単位 1回 20分)	308 単位/回	334 円
サービス提供体制強化加算 I /回	6 単位/回	7 円
移行支援加算/日	17 単位/日	19 円
リハビリテーションマネジメント加算 イ/月	180 単位/月	195 円
リハビリテーションマネジメント加算 ロ/月	213 単位/月	231 円
リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合	270 単位/月	292 円
短期集中リハビリテーション実施加算/日 (退院・所日または認定日から3ヶ月以内)	200 単位/日	217 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算/日 (退院・所日または訪問開始日から3ヶ月以内)	240 単位/日	260 円
退院時共同指導加算 (退院につき1回まで)	600 単位/回	650 円

### ☆ご利用者様 負担金額 (要支援の方)

サービス内容	単位	単価
介護予防訪問リハビリテーション (基本単位 1回 20分)	298 単位/回	323 円
サービス提供体制強化加算 I /回	6 単位/回	7 円
短期集中リハビリテーション実施加算/日 (退院・所日または認定日から3ヶ月以内)	200 単位/日	217 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算/日 (退院・所日または訪問開始日から3ヶ月以内)	240 単位/日	260 円
退院時共同指導加算 (退院につき1回まで)	600 単位/回	650 円

※ 料金には地域区分上乘せ割合 10.83%が含まれています。(3級地)

※ 利用回数により合計額を出しますがその際に端数補正しますので数円の誤差が出ますことをご理解ください。

※ 負担割合は負担割合証に準ずる額とします。(市から交付される負担割合証をご確認ください)  
また、支給限度基準額を超えると10割負担となります。

1 1. 事故発生時の対応

サービス提供中に怪我等があった場合は、すみやかに家族、保険関係者に連絡をとり必要且つ適切な措置を行います。

また、ヒヤリハット、事故報告書等を用い職員間で話し合う機会を作り原因究明、再発防止を検討します。（別紙参照）

1 2. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行なうと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。（別紙参照）

1 3. 災害発生時の対応

1年に2回防災訓練を実施します。

災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。

1 4. 第三者評価実施の有無

当院においては実施していません。

私は、本書面に基ついて、乙の職員（職員名 \_\_\_\_\_）から上記サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(利用者)

住 所 東京都小平市学園東町1-2-13-401

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認した上、上記署名を行いました。

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行の理由

(利用者の家族等)

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印