

重要事項説明書

訪問（介護予防）リハビリテーション
(2025年1月1日現在)

1. 事業所の概要

法人名	公益財団法人 積善会
管理者	理事長 長谷川 剛
所在地	神奈川県小田原市曾我岸148
電話番号	0465-42-1630(代)

2. 事業所の名称等

事業所の名称	介護老人保健施設 リバーアイースト
所在地	神奈川県小田原市永塚344-1
電話番号	0465-42-8006
FAX番号	0465-42-8009
開設年月日	2000年3月1日
介護保険指定番号	1452380020号
管理者	松本 正和
提供地域	小田原市、大井町、松田町
実施しているその他の事業	介護老人保健施設 (介護予防) 短期入所療養介護 (介護予防) 通所リハビリテーション

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態（要支援状態）にある利用者に対して、適切な訪問（介護予防）リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営の方針	訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要介護状態の利用者に可能な限りその居宅において、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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより心身機能の維持回復を図る。 介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより心身機能の維持回復を図り、要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

4. 事業所の職員体制と職務

従業員の職種	員数	勤務の体制
医師	1名以上	常勤・兼務1名 勤務時間（8時30分～17時30分）
理学療法士	1名以上	常勤・兼務1名以上 勤務時間（8時30分～17時00分）
作業療法士	1名以上	常勤・兼務1名以上 勤務時間（8時30分～17時00分）
支援相談員（兼務）	1名以上	常勤・兼務1名以上 勤務時間（8時30分～17時00分）
職務		
理学療法士及び作業療法士は、医師の指示及び訪問（介護予防）リハビリテーション計画書に基づき、利用者の心身の維持回復を図るために必要なりハビリテーション、指導を行います。		

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 (ただし、国民の祝日、12月29日から翌1月3日までを除きます)
営業時間	午前9時00分から午後17時00分

6. 提供するサービス内容

計画的な医学的管理を行っている主治医の指示に基づき、心身の機能回復を図るため、リハビリテーションの目標と具体的なサービス内容を記載した訪問（介護予防）リハビリテーション計画書を作成するとともに、訪問（介護予防）リハビリテーション計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導又は説明を行うとともに、適切なリハビリテーションを提供します。

7. 利用料金

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（利用料1割又は2割が自己負担）
- (2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）
- (3) その他の費用（全額自己負担）
 - (1) につきましては、別添料金表をご参照下さい。
 - (2) 介護保険の支給限度額を超えるサービスの利用料は利用者の全額自己負担となります。
 - (3) ①診断書 1通につき 4,400円（医師の専門的判断に基づき記載するもの）
②証明書 1通につき 1,100円

8. キャンセルの対応

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。
(連絡先：リバーアイースト) 電話：0465-42-8006
- (2) 利用者の都合で当日のサービスをキャンセルする場合には、できるだけすみやかにご連絡下さい。
利用日の前日（17:00）までにご連絡頂ければキャンセル料はかかりません。
(利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情で当日キャンセルされる場合には、別途ご相談下さい。)

9. 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。
お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、原則、口座振替でお願いいたします。
手続きに2ヶ月を要します。その間は現金又は銀行振込にてお支払いをお願いいたします。

10. 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には、家族連絡等必要な措置を講ずると共に、事故発生の原因、再発防止の検討を行います。

11. 相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応させていただきます。

- (1) 当施設の担当・支援相談員又は苦情解決責任者（受付時間8:30～17:00）
電話：0465-42-8006

(2) 市・町の担当

小田原市の方	小田原市高齢介護課（受付時間8:30～17:15） 小田原市萩塙300 電話：0465-33-1827
大井町の方	大井町福祉課（受付時間8:30～17:15） 足柄上郡大井町金子1995 電話：0465-83-8024

その他の地域の方・・ 市区町村 担当課（係） _____
所在地 _____
電話番号 _____

(3) 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）
所在地：横浜市西区楠町27-1 電話：045-329-3447

(4) 神奈川県高齢福祉課在宅サービスグループ
所在地 横浜市中区日本大通り1
電話番号 045-210-1111（内線4842）

12.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あげるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 管理者 松本 正和

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 虐待等に対する苦情解決体制を整備します。

(4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

13.サービス利用にあたっての禁止事項

当事業所は、利用者又はご家族から従業員に対する以下の行為が明らかになった場合には、利用契約を終了することがあります。

(1) 従業員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為

(2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為

(3) 従業員の身体及び財物の損傷、又は破壊する行為

【禁止事項】（疾病等に起因するものを除く）

暴力又は乱暴な言動

- 物を投げる
- 刃物を向ける、服を引っ張る又はちぎる、手を払いのける
- 怒鳴る、奇声、大声を発する など

セクシャルハラスメント

- 従業員の身体を触る、手を握る
- 腕を引っ張るなどして抱きしめる
- 女性のヌード写真を見せる など

その他

- 従業員の自宅住所や電話番号を何度も聞く
- ストーカー行為 など

【 重要事項説明書署名欄 】

年 月 日

当事業所は、利用者に対する訪問（介護予防）リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者および、ご家族に対して重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

居宅サービス事業所

事業所名 介護老人保健施設リバーアイースト

所在地 神奈川県小田原市永塚344-1

説明者 _____

私は、重要事項説明書に基づき、事業所から重要事項の説明を受け、同意し交付を受けました。

ご利用者

住 所 _____

氏 名 _____

ご利用者家族

住 所 _____

氏 名 (続柄) _____

(立会人)

私は、()として、この契約に立ち会いました。

住 所 _____

氏 名 _____