

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション
重要事項説明書
(2025年3月1日現在)

1. 事業者概要

法人	名称	医療法人社団協友会		
	代表者職氏名	理事長 平岡 邦彦		
	所在地	埼玉県吉川市大字平沼1 1 1		
事業所	名称	介護老人保健施設 ハートケア横浜小雀		
	所在地	神奈川県横浜市戸塚区小雀町 2248-1		
	電話番号	045-852-8611	FAX 番号	045-852-8617
	指定年月日	平成 20 年 9 月 1 日		
	事業所番号	1451080035		
	その他運営する主な事業	介護老人保健施設（入所） （介護予防）短期入所療養介護（ショートステイ） （介護予防）通所リハビリテーション 居宅介護支援事業所		

2. 事業の目的と運営方針

1) 事業の目的

介護保険法令に従って、利用者又はその家族が、可能な限り快適な日常生活を営むことが出来るよう、利用者に応じた訪問リハビリテーションサービス及び介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供します。

2) 運営方針事業の実施に当たっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。事業所の従事者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、訪問リハビリテーション計画及び介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し計画に沿って、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出来るよう、居宅においてリハビリテーションその他必要な、付随業務を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

- ・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者ならびにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 事業所の職員体制

管理者：1名（常勤）

医師：4名（常勤1名、非常勤3名）

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士：3名（常勤）

4. 営業時間及びサービス提供時間

- 営業時間 月曜日～土曜日 8時30分～17時30分（祝日営業）
- サービス提供時間 月曜日～土曜日 9時00分～17時00分（祝日提供あり）
ただし、1月1日から1月3日までを除く

5. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、以下のとおりです。

横浜市戸塚区

横浜市栄区

横浜市泉区（和泉町、中田西、中田南、中田東、中田北、中田町、白百合、領家、
西が丘、弥生台、桂坂）

鎌倉市（関谷、城廻、玉縄1～5丁目、岡本、岡本1～2丁目、植木）

藤沢市（西俣野、亀井野、亀井野3～4丁目）

6. 介護保険証の確認、健康手帳への記録

ご利用のお申込み時、及びご利用期間の間、月に1度介護保険証、その他必要な認定証等を確認させて戴きます。

7. 保証人

- ・ 利用者は次の各号の要件を満たす保証人を立てます。但し、利用者が保証人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。
 - ① 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること。
 - ② 弁済をする資力を有すること。
- ・ 保証人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を極度額30万円の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。
- ・ 保証人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。
 - ① 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。
- ・ 保証人が各号の要件を満たさない場合、または当施設、当施設の職員若しくは他の利用者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び保証人に対し、相当期間内にその保証人に代わり新たな保証人をたてることを求めることができます。但し、相当の理由があり保証人をたてることができない場合においては、この限りではありません。
- ・ 保証人の請求があったときは、当施設は保証人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

8. 利用料金

別紙利用料金表をご参照ください

- ・通所リハビリテーション等を提供した場合の利用料の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該通所リハビリテーション等が法定代理受領サービスであるときは、その1割、2割又は3割の額とします。詳細は料金表のとおりです。
- ・通常事業の実施地域を越えて行う指定訪問リハビリテーション等に要した交通費は、以下の額を徴収します。

通常の実施地域を越えたところから使用した公共交通機関の実費

自動車の場合通常の実施地域を越えたところから片道 1 kmにつき 22円(税込)

- ・法定代理受領サービスに該当しない事業に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した事業の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付します。

9. 請求およびお支払方法

- ・毎月末日に締め、翌月15日頃に発送します。
- ・お支払方法は原則、指定の金融機関の預金口座から自動振替とさせていただきます。
引落日…毎月28日(銀行等休日の場合はその翌営業日)
引落手数料…全額施設にて負担致します。
出納代行会社…りそな決済サービス(株)
- ・自動振替が困難な場合には、指定の口座へのお振込をお願いいたします。
その際は請求書到着後、当該月の末日までにお振込み下さい。
お振込み手数料はお支払者のご負担でお願いいたします。
- ・入金確認後、領収書を発行いたします。翌月発送の請求書に同封いたしますのでご確認下さい。尚、領収書の再発行は致しません。

10. 相談・苦情申し立て方法

(1) 当施設の苦情相談窓口

当施設には支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談下さい。

苦情解決責任者：事務長

苦情相談担当者：支援相談員

TEL：045-852-8611 FAX：045-852-8617

要望や苦情などは担当者にお寄せいただければ速やかに対応致しますが、事業所1階ロビーに備えられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出戴くこともできます。

(2) 行政機関その他苦情窓口

- ・戸塚区役所 高齢・障害支援課 介護保険担当 TEL 045-866-8452
- ・栄区役所 高齢・障害支援課 介護保険担当 TEL 045-894-8547
- ・泉区役所 高齢・障害支援課 介護保険担当 TEL 045-800-2436
- ・横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護事業指導課 TEL 045-671-2356

- ・鎌倉市役所 健康福祉部高齢者いきいき課 Tel 0 4 6 7 - 6 1 - 3 9 5 0
- ・藤沢市役所 福祉部 介護保険課 Tel 0 4 6 6 - 5 0 - 3 5 2 7
- ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情支援係 Tel 0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 7

1 1. 事故対応

職員は、事故の発見があり次第管理者等に報告し指示に従い救急車の要請やかかりつけ医の受診などにより対応します。急を要する場合には、その場にいる者が的確な状況判断を行い対処し、速やかに管理者等に報告します。また、早急に事故報告書を作成し、必要に応じて行政機関へ報告を行い、経過を記録するとともに事故の再発防止に努めます。

なお、施設内であっても利用者本人の不注意や職員の指示に従わないことによる転倒、その他の事故につきまして施設は責任を負いません。

1 2. 緊急時の対応方法

訪問リハビリテーション提供中：

サービス提供中、利用者様の状態が急変した場合、職員は利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。又、緊急連絡先に連絡致します。

訪問リハビリテーション提供前後：

サービス提供前後、利用者様の状態が急変した場合、主治医または担当ケアマネジャーへご連絡、必要な処置を行っていただいたうえ、下記へご連絡下さい。

電話：0 4 5 - 8 5 2 - 8 6 1 1

1 3. 秘密の保持および個人情報の保護

当施設および当施設職員は、正当な理由なく業務上知り得たご利用者及びその家族の秘密を漏らすことがないように指導教育を致します。

個人情報の使用にあたっては、個人情報保護方針に基づきその利用目的を定め、説明し同意を得ます。但し、下記に掲げる情報提供は法令上介護事業者が行うべき義務として明記されていることから必要適切に情報提供を行います。

- ① サービス提供困難時の事業間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ ご利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ ご利用者の病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

【重要事項説明確認、同意書】

訪問リハビリテーションまたは介護予防訪問リハビリテーションの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い交付しました。

年 月 日

医療法人社団協友会
介護老人保健施設 ハートケア横浜小雀

説明担当者 職名 _____ 氏 名 _____

介護老人保健施設 ハートケア横浜小雀（介護予防）訪問リハビリテーションを利用するにあたり、事業所の担当者から本書面に基づき重要事項の説明を受け同意致しました。また重要事項説明書を受領致しました。

年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人 住 所 _____
又は立会人

氏 名 _____ 印 _____