

# 介護老人保健施設 浦安ベテルホーム 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4月1日)

当施設の提供する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について、施設の概要、提供されるサービスの内容など、利用上ご注意いただきたい事項を次の通りご説明します。

## 1. 事業者

|               |   |
|---------------|---|
| 事業者の名称        | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団  |
| 法人所在地         | 静岡県浜松市中央区元城町 218 番地 26  |
| 法人種別          | 社会福祉法人  |
| 代表者氏名         | 理事長 青木 善治   |
| 電話番号<br>F A X | 電 話 : (053) 413-3300<br>F A X : (053) 413-3314                          |
| ホームページ・アドレス   | <a href="https://www.seirei.or.jp/hq/">https://www.seirei.or.jp/hq/</a> |

## 2. 事業所の概要

|               |   |
|---------------|---|
| 事業の種類         | 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                         |
| 事業所の名称        | 介護老人保健施設 浦安ベテルホーム                                   |
| 所在地           | 千葉県浦安市高洲九丁目3番2号                                     |
| 開設年月          | 2022年6月   |
| 管理者名          | 施設長 大作 昌義   |
| 介護保険事業者番号     | 第1251980019号  |
| 電話番号<br>F A X | 電 話 : (047) 700-6600 (代表)<br>F A X : (047) 700-6665 |

## 3. ご利用施設で実施している事業

| 事業の種類                           | 指定番号         | 利用定数   |
|---------------------------------|--------------|--|
| 【施設サービス】<br>介護老人保健施設            | 第1251980019号 | 100人<br>介護老人保健施設定員に<br>短期入所療養介護<br>介護予防短期入所療養介<br>護指定短期入所<br>を含む |
| 【居宅サービス】<br>短期入所療養介護            | 第1251980019号 |  |
| 【居宅サービス】<br>介護予防<br>短期入所療養介護    | 第1251980019号 |  |
| 【居宅サービス】<br>指定短期入所              | 第1251980019号 |  |
| 【居宅サービス】<br>通所リハビリテーション         | 第1251980019号 | 50人<br>通所リハビリテーション定員に<br>介護予防通所リハビリテーション<br>を含む                  |
| 【居宅サービス】<br>介護予防<br>通所リハビリテーション | 第1251980019号 |  |

|                                 |                |  |
|---------------------------------|----------------|--|
| 【居宅サービス】<br>訪問リハビリテーション         | 第 1251980019 号 |  |
| 【居宅サービス】<br>介護予防<br>訪問リハビリテーション | 第 1251980019 号 |  |

#### 4. 訪問リハビリテーションの目的と運営方針

|      |   |
|------|---|
| 目的   | 介護保険法令の趣旨に従って、要介護(要支援)状態等となった場合においても、ご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、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なりハビリテーションをご利用者の居宅において行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目指します。 |
| 運営方針 | ご利用者が 1 日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。  |

#### 5. 訪問リハビリテーションの概要

|           |  |
|-----------|--|
| 通常の実施地域   | 浦安市  |
| 営業日及び営業時間 |  |
| 受付時間      | 月曜日から金曜日の平日<br>(但し、国民の祝日及び12月29日から1月3日を除く)<br>8時45分～17時15分まで   |
| サービス提供時間  | 月曜日から金曜日の平日、及び国民の祝日<br>(但し、12月29日から1月3日を除く)<br>15時30分～17時15分まで |

#### 6. 職員の配置状況 (主たる職員)

| 職 種                   | 職員数  | 備考             |
|-----------------------|------|----------------|
| 管理者 医師                | 1    | 介護老人保健施設常勤医師兼務 |
| 理学療法士、作業療法士、<br>言語聴覚士 | 1 以上 |                |

職員数は変動することがあります。

#### 7. 訪問リハビリテーションのサービスの内容

| 項目             | 内容  |
|----------------|---|
| 計画の作成          | ・ケアマネジャーの居宅サービス計画に基づき、医師の診療、運動機能検査作業能力検査等を基にご利用者の心身の状況、希望およびその環境を踏まえてリハビリテーション等の目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した訪問リハビリテーション計画を作成します。 |
| ご利用者またはご家族への説明 | ・作成した訪問リハビリテーション計画については、ご利用者およびそのご家族等に説明し、同意をいただきます。<br>・訪問リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導等を行います。                   |
| サービスの提供方法      | ・訪問リハビリテーション計画に従い、懇切丁寧に行うことを旨とし、常にご利用者の病状および心身の状況等の把握に努めながら適切なサービスを提供します。   |
| 緊急時対応          | ・緊急など必要な場合には、協力医療機関等に引継ぎをします。   |

## 8. 利用料（ご利用者の自己負担額）

- ①利用料金の一部が介護保険から給付されるサービス  
 重要事項説明書別紙の「サービス利用料金表」に基づき、ご契約者の要介護度に応じたサービスの費用から介護保険給付額を差し引いた金額（自己負担額分）をお支払いいただきます。
- ②利用料金の全額をご利用者に負担していただくサービス  
 重要事項説明書別紙の「サービス利用料金表」に基づき、所定のサービスの費用（自己負担額分）をお支払いいただきます。

## 9. 苦情申し立て先

| 申し立て先                 | 内容   |
|-----------------------|--|
| 当施設の<br>苦情相談窓口        | <p>当事業所における苦情やご相談は、下記の窓口で受け付けます。</p> <p>苦情受付担当者：支援相談員 三浦 俊哉<br/>           苦情解決責任者：看護介護課 木下 恵理</p> <p>月曜日～金曜日（年末年始及び祝日を除く）<br/>           9：00～17：00</p> <p>電話：047-700-6600（代表）<br/>           FAX：047-700-6665</p>  |
| 行政機関<br>その他<br>苦情受付機関 | <p>千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理係</p> <p>所在地：千葉県稲毛区天台6-4-3<br/>           電話：043-254-7428<br/>           FAX：043-254-7401<br/>           受付時間：8時30分～17時00分（土日祝除く）</p> <p>浦安市福祉部介護保険課</p> <p>所在地：浦安市猫実1-1-1<br/>           電話：047-351-1111（代）<br/>           FAX：047-381-0800<br/>           受付時間：8時30分～17時00分（土日祝除く）</p> |
| 第三者委員                 | <p>第三者委員とは、サービス利用者と事業所の間に入って、問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は、第三者委員を交えてお話し合いもできます。</p> <p>小嶋 哲夫氏（浦安市社会福祉協議会 常務理事）<br/>           電話：047-355-5331</p> <p>武部 晴子氏（民生委員・児童委員）<br/>           電話：047-354-2242</p>  |

## 10. 協力医療機関

| 医療機関名  | 所在地         | 診療科目                                     |
|--------|-------------|--|
| 浦安中央病院 | 浦安市東野3-4-14 | 内科、胃腸科、循環器科、外科、皮膚科、整形外科、脳神経外科、肛門科、泌尿器科 他 |

## 1 1 . 留意事項

|                  |   |
|------------------|---|
| 訪問スケジュールの変更      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者の都合で予定されたサービスを変更する場合、キャンセル料が発生する場合がありますので、ご利用予定日の前日（日曜日を除く）の17時00分までにご連絡ください。但し、ご利用者の容態の急変など緊急やむをえない事情の場合はその限りではありません。</li> </ul>   |
| 金品の管理や訪問時もてなしの辞退 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年金の管理や金銭の貸借などの取り扱いはできません。また、訪問職員に対する贈り物や飲食のもてなしもご遠慮いたします。</li> </ul>  |
| 事業者からのサービス提供中止   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者又はその関係者による以下の行為及びそれに類する行為が発生した場合、サービス提供を中止させていただくことがあります。 <ul style="list-style-type: none"> <li>＜暴言または乱暴な言動＞ <ul style="list-style-type: none"> <li>・怒鳴る、奇声や大声を発する、物を投げつける、物を壊す</li> <li>・衣服を引きちぎる、刃物に向ける、手を払いのける、殴る</li> <li>・蹴る、唾を吐く、脅迫、中傷、侮辱、差別的言動</li> <li>・名誉毀損、土下座の要求</li> </ul> </li> <li>＜セクシュアルハラスメント＞ <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の体を触る、手を握る、抱きつく、性的誘いかけ、好意的態度の要求等の性的な言動</li> </ul> </li> <li>＜その他＞ <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストーカー行為、不退去、居座り、監禁、長時間の拘束</li> <li>・サービスの適正な範囲を超える不当要求や過剰要求</li> <li>・他のご利用者および職員または事業所を貶める言動</li> <li>・金銭補償の要求、謝罪の要求</li> <li>・電話やメール等への過度な着信</li> <li>・許可なくサービス提供時において撮影(写真、動画等)、録音等の行為及びこれらのSNS等への掲載等の行為</li> <li>・ご利用者及び職員等の個人情報の漏洩となる行為</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>※1 ハラスメント対応は当事業所顧問弁護士が行う場合があります。</li> <li>※2 上記の内、器物損壊・暴力等の危害が加わる行為は即時警察へ通報します。</li> </ul> |
| 身元引受人への依頼事項      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は原則としてご利用者に対し身元引受人を立てることを求めます。</li> <li>・扶養者にご協力をお願いする主な事項は次のとおりです。 <ol style="list-style-type: none"> <li>①ご利用者が疾病等により医療機関に受診・入院する場合の諸手続き。</li> <li>②ご利用の解除または終了する場合の諸手続き。</li> </ol> </li> </ul>   |
| 謄写の費用            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録書類等の謄写については、10円/枚の実費をいただきます。</li> </ul>   |

以上、指定介護予防・訪問リハビリテーションの提供にあたり、本書面並びにサービス料金表に基づき重要事項の説明をいたしました。

年 月 日

介護老人保健施設 浦安ベテルホーム

(説明者) \_\_\_\_\_ ⑩

私は、事業者からの重要事項並びにサービス料金について説明を受け、指定介護予防・訪問リハビリテーションの提供を受けること並びに料金支払いについて同意しました。

年 月 日

(契約者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

(身元引受人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

契約者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、契約者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防・訪問リハビリテーションサービスの提供を受けることに同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

(署名代行者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

契約者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_