（令和 8 年 10 月 1 日）

医療法人栄心会 介護老人保健施設　さかえハートみらい

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

重 要 事 項 説 明 書

1. 施設の概要

（１）施設の名称等

施　　設　　名	介護老人保健施設　さかえハートみらい
開 設 年 月 日	平成２３年９月１日
所　　在　　地	福島県郡山市東原３丁目１１２
電 話 / ＦＡＸ	０２４-９２７－０２２２ / ０２４－９２７－０２２７
管 理 者 名	平栗　誠
介 護 保 険 指 定 番 号	訪問リハビリテーション（第０７５０３８００２４号） 介護予防訪問リハビリテーション（第０７５０３８００２４号）

（２）事業の目的

訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションの事業は、要介護又は要支援と認定された利用者（以下「利用者」という）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、可能な限り居宅で、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に、理学療法、作業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目指すことを目的とします。

【運営方針】

① 当施設では、訪問リハビリテーション計画又は介護予防訪問リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう在宅ケアの支援に努めます。

② 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに常に利用者の家族との連携を図ります。

③ 前２項の他、「訪問リハビリテーションの人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容を遵守し、サービスを実施します。

④ 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当事業所が得た利用者の個人情報については、当事業所での介護サービス提供にかかる以外の利用は原則的に行いません。外部への情報提供については、あらかじめ了解を得た範囲及び法令等の規定に基づく場合を除き、利用者またはその代理人の了解を得ることとします。

（３）職員の職務内容及び勤務体制

職　　種	人　数	業　　務　　内　　容	備　　考
管理者	１名	従業者の従事者の総括管理、指導を行います	医師兼務
医師	１名	利用者の病状及び心身の状況に応じて、リハビリテーション計画に基づく指示を行うとともに、利用者の健康管理及び保健衛生の指導を行います	
作業療法士 理学療法士 言語聴覚士	常勤１名以上	日常生活を営むのに必要な機能維持回復等の機能訓練を行う。	

（４）営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日とする。 ただし、国民の休日及びお盆休み（8/13～16）年末年始（12/31～1/3）は除く。
営業時間	通常は午前８時３０分から午後５時３０分まで

（５）事業の実施地域

往復１時間以内の郡山市内の地域とする（ただし、湖南地区を除く）

上記の事業実施地域を超えた地点から、１キロメートルにつき２０円いただきます。

２.サービスの内容

①日常生活動作練習、トイレ動作・入浴動作など

②機能訓練　関節を動かすストレッチ・歩行練習など

③全身状態の観察（血圧・脈拍・体温）など

④日常生活動作・障がいの評価

⑤ご家族への介護方法の指導

⑥必要に応じて福祉用具・手すりなどの設置のアドバイスなど

３.サービスの利用料

訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供した場合の利用額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションが法廷代理受領サービスである時はその１割から３割とする。

（１）基本料金

項目	料金	自己負担額（１割）	自己負担額（２割）	自己負担額（３割）
訪問リハビリテーション費	3,080 円／回	308 円	616 円	924 円
介護予防訪問リハビリテーション費	2,980 円／回	298 円	596 円	894 円

（２）加算料金

項目	料金	自己負担額（１割）	自己負担額（２割）	自己負担額（３割）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	60 円／回	6 円	12 円	18 円
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	1,800 円／月	180 円	360 円	540 円
処遇改善加算	1.5%/月	１ヶ月の総単位数に乗じる	１ヶ月の総単位数に乗じる	１ヶ月の総単位数に乗じる

（３）償還払いについて

介護保険では、利用者負担に応じた額となりますが、次のような状況でサービスを利用した場合は、利用者が利用料の全額を一旦施設に支払っていただき、保険給付分（利用者に応じた額）は、利用者が保険者に請求することにより支給されます。

・介護サービス計画を作成しないで指定事業者を利用した場合
・認定申請から認定までの間に指定事業者を利用した場合
・保険料滞納で償還払いとされている場合

（４）支払い方法

毎月１５日まで、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。

４．サービス利用の留意事項

（１）当事業所で実施する訪問リハビリテーションは、かかりつけ医から提供される診療情報提供書を基に実施される為３ヶ月に１度かかりつけ医の診察を受けてください。

（２）体調不良などによりキャンセルされる際には、すみやかにご連絡ください。

５．サービス内容に関する相談・苦情受付及び第三者評価の実施状況

（１）当事業所における苦情等の受付

当施設でのサービスについて、ご意見、ご希望、苦情等がある場合にはお申し出ください。内容の大小に係わらずご利用者様の立場に立って誠意をもって対応いたします。相談窓口ほかの当施設の苦情解決体制は、以下の通りです。遠慮なくご利用ください。

電話番号	０２４－９２７－０２２２
FAX 番号	０２４－９２７－０２２７
受付時間	８：３０～１７：３０
苦情相談受付担当者	近藤かおり（支援相談員）、橋本よしみ（支援相談員）
苦情解決責任者	平栗　誠（管理者）
苦情解決責任者補佐	安積　文香（施設長）

〇公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

相談・苦情対応窓口	電話番号
郡山市役所　介護保険課	０２４－９２４－３０２１
福島県国民健康保険団体連合会　介護保険課	０２４－５２８－００４０
福島県運営適正化委員会	０２４－５２３－２９４３

（２）第三者による評価の実施状況

あり　・　[なし]

６．緊急及び事故発生時の対応

（１）ご利用者に容態の急変または事故等が発生した場合、身元引受人様に連絡するとともに、速やかに救急処置または主治医に連絡するなどの必要な措置を講じます。また、必要と判断した場合は、消防署及び協力医療機関への連絡、搬送または搬送連絡等の必要な措置を講じます。

（２）ご利用者又はご家族等に損害を与える事故の発生を確認した場合、速やかに市町村に連絡し、必要な措置を講じます。また、それに伴う賠償等の請求が発生した場合、誠意をもって話し合い双方の合意をもって行うものとします。

７．個人情報の保護

（１）当施設は、自らが作成または取得し、保存しているご利用者等の個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び、事業所の諸規則に則り、適正な取り扱いを行います。

（２）当施設は、法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの、及び緊急の場合の医療機関等へのご利用者の心身等に関する情報提供、その他、ご利用者が『個人情報の使用に係る同意書』にて予め同意しているもの以外に、ご利用者または代理人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。

（３）当施設で作成し、保存しているご利用者の個人情報、記録については、ご利用者及びご家族はいつでも閲覧できます。

８.カスタマーハラスメント（過度な要求やハラスメント行為）への対応について

当事業所では、利用者様及びそのご家族等（以下「関係者」）と職員が互いに信頼関係を築き、安心して質の高いサービスを提供・受領できるよう努めております。
これに伴い、職員に対する以下のような行為（カスタマーハラスメント）はご遠慮いただいております。

・身体的な攻撃：暴行、傷つける行為、物の損壊など
・精神的な攻撃：暴言、侮辱、威圧的な言動、土下座の要求など
・不当・過剰な要求：契約内容外の対応の強要、規定時間を超える長時間の対応要求など
・セクシュアルハラスメント：不必要な身体接触、わいせつな発言や行為など
・プライバシー侵害・誹謗中傷：職員の無断撮影・録音、SNS 等への投稿、インターネット上での中傷など

【対応方針】

万が一、上記に該当する行為が認められた場合、当事業所では以下の対応をとらせていただく場合がございます。

1. 毅然とした態度での口頭及び文書による厳重注意・申し入れ
2. サービス提供方法の見直し、または一時停止
3. 改善が見られない場合、または悪質と判断された場合の利用契約の解除
4. 悪質なケース（暴行、脅迫、不法侵入等）における警察への通報や弁護士等専門家への相談

【説明確認欄】

令和　　年　　月　　日

１．サービスの内容について、本書面を交付のうえ重要事項説明を説明しました。

（事業者）事業者名　　介護老人保健施設　さかえハートみらい

説明者氏名　　㊞

２．サービスの内容について、本書面を受領のうえ事業者から説明を受け、サービスの内容に同意しました。

ご利用者　　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

利用者の家族等　　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続　柄　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿