重 要 事 項 説 明 書

にじのまち訪問リハビリテーション

1. 事業所の目的
2. 事業所の方針
3. 事業者の概要
4. 利用料金
5. 職員体制
6. 営業日・営業時間
7. サービスの内容
8. 利用料金
9. 実施地域
10. 衛生管理体制
11. 緊急時の対応
12. 要望及び苦情に関する対応
13. 個人情報の保護
14. 虐待防止に関する対応
15. 身体拘束に関する対応
16. サービス利用に関する留意点
17. その他

利用者：＿＿＿

きらり健康生活協同組合
にじのまち訪問リハビリテーション

きらり健康生活協同組合 にじのまち訪問リハビリテーション重要事項説明書

（２０２６年2月１日現在）

訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、きらり健康生活協同組合　にじのまち訪問リハビリテーションが　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様にご説明する重要事項は次の通りです。

１、　事業の目的

要支援・要介護状態と認定された方に対し、利用者が可能な限り自宅で、その有する能力を発揮した自立生活を営むことができるよう、計画されたプログラムを通して、利用者の心身機能の維持・向上を図ることを目的とし、専門の職員がサービスを提供します。

２、　事業の運営方針

①リハビリテーション等による要支援･要介護状態の軽減及び予防を重視します。
② 在宅における自立した日常生活を重視し、支援します。
③ 保健・医療・福祉の総合的なサービスの提供に努めます

３、　事業者の概要

（１）法人・事業所

事業者（法人）名	きらり健康生活協同組合
設立年月日	１９８２年（昭和５７年）　５月　７日
所在地	福島県福島市野田町１丁目１５番１２号
電話番号	０２４－５３１－６２６２
代表者名	理事長　木村　公

事業所(施設)名	きらり健康生活協同組合　老人保健施設にじのまち
開設年月日	１９８６年（昭和６１年）　４月　７日
所在地	福島県福島市北沢又字番匠田５番地
電話番号	０２４－５５７－７５０１
ファックス番号	０２４－５５７－７５０２
管理者	施設長　　伊藤　千佳
介護保険指定番号	０７５０１８５０５０

４、　職員の体制

	常勤	非常勤	業務内容
管理者(医師)	１名以上		事業所の従事者及び業務の管理
理学療法士または作業療法士または言語聴覚士	１名以上		日常生活動作の改善維持等、心身にわたるリハビリ、摂食・嚥下機能のリハビリ、コミュニケーション能力に関するリハビリ

５、　営業日・営業時間

営業日は月曜日から土曜日とします。但し、国民の休日、夏季休暇及び年末年始休暇、その他きらり健康生活協同組合が定める日を除きます。
営業時間は営業日の午前９時から午後５時

６、　サービスの内容

（１）健康管理の援助
（２）摂食・嚥下機能の改善・維持のための計画及び機能訓練
（３）コミュニケーション能力の改善・維持のための計画および機能訓練
（４）日常生活動作の改善・維持のための計画及び機能訓練
（５）介助方法の助言
（６）住環境および福祉用具に関するアドバイス

７、　利用料金

（１）介護保険の適用を受けるサービス
＜別表１＞『料金表』を参照ください。
（２）介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）
（３）その他費用（全額自己負担）
①交通費　通常実施地域を超えて訪問リハビリテーションを行う場合は、通常実施地域との境界線からご自宅までの片道１キロあたり 25 円
②その他　その他の料金が発生する場合は別途ご連絡いたします。
（４）支払い方法
銀行や郵便局などの預（貯）金口座から引き落としのご利用になります（福島県に本店がある金融機関）また、口座引き落としは毎月２１日になります。
その他のお支払い方法をご希望の方はご相談ください。

８、　実施地域

通常の実施地域は福島市とする

９、　衛生管理対策（感染など）

（１）事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
（２）事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
（３）事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研

修及び訓練を定期的に実施する。
（４）感染予防のため、手洗い、うがい等を実施しております。訪問際に手洗い場の提供にご協力お願いします。
（５）感染症予防に関する委員会を定期的に開催し、対策等の検討をおこなっております。また万が一、発生した場合は感染症対策マニュアルに沿って必要な措置を講じます。
（６）利用者様またはサービス提供スタッフが、感染症に罹患した場合は、サービス日時の変更または中止とさせていただく場合があります。

１０、 緊急時の対応

（１）サービス提供時に利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告する。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。
（２）事業所は、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。
（３）事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をするものとする。
（４）事業所は、利用者に対する指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生じた場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

１１、 要望及び苦情処理に関する対応

当事業所への要望及び苦情等は、サービス担当者にお申し下さい。速やかに対応します。

苦情相談窓口　苦情解決責任者　事務長
　　苦情受付担当者　支援相談員
受付日時　午前９時から午後５時まで
連絡先　（電話）０２４－５５７－７５０１
　　（FAX ）０２４－５５７－７５０２

【福島市】
介護保険課　（電話）０２４－５２５－６５８７
【福島県国民健康保険連合会】
介護福祉課　苦情相談窓口（電話）０２４－５２８－００４０

１２、 個人情報の保護

（１）利用者又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。
（２）事業者が得た利用者又は家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又は家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとする。

１３、 虐待防止に関する対応

（１）利用者様の人権擁護・虐待等防止のため、従業員に対する研修の実施や苦情

処理体制の整備を行います。

（２）サービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかに市町村に通達するものとします。

１４、 身体拘束に関する対応

（１）サービス提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。

（２）身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

１５、 サービス利用にあたっての留意点

（１）利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止する。

（２）体調に不安がある場合やご利用者・ご家族に感染症の罹患及び感染症の疑いがある場合はサービスご利用前にご相談ください。

（３）ご利用にあたり、保険証や医療受給者証などを確認させていただきます。これらの書類の内容に変更が生じた場合は必ず当事業所までお知らせください。

（４）あらかじめ計画された時間に、利用者の緊急対応や交通事情等により遅れる場合があります。また、事業者側の都合により、日時の変更をお願いする場合があります。

（５）利用者様、ご家族様からのお心遣い、訪問時の飲食などのもてなしは遠慮させていただきます。

（６）訪問サービス提供中、ペットは別室に隔離をお願いする場合があります。

（７）訪問サービス提供中、喫煙はお控えくださるようお願いします。

（８）訪問サービス提供にあたり、利用者様の現金をお預かりすることはございません。（ただし、利用料のお支払方法が現金の場合は、領収証と引き換えに現金をお預かりいたします。）

（９）利用者様又はご家族様が、事業所や職員に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体的暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）、過剰な要求並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕をさわる等）のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合、文書等で通知することにより、この契約を終了することができます。

１６、 その他

上記記載にない事項及び問題発生時は、速やかに両者協力のもと解決に協力すること

本証２通を作成し、利用者・事業所が署名の上、１通ずつ保有します。

年　　月　　日

【事業所】

当事業所は、利用者に対する訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、ご利用者にサービス内容および重要事項を説明いたしました。

＜事業所名称＞　　きらり健康生活協同組合
にじのまち訪問リハビリテーション

＜事業所住所＞　　福島県福島市北沢又字番匠田５番地

＜説　明　者＞　　氏　名

【利用者】

私は、サービス内容および重要事項について文章に基づいて、事業所から説明を受け、その内容を確認、理解したので同意いたします。

利用者
＜住所＞

＜氏名＞

身元引受人又は後見人
＜住所＞

＜氏名＞