

指定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

契約書別紙（兼重要事項説明書）①

[2024年6月22日現在]

1. 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

ご利用事業所の名称	公益財団法人宮城厚生協会 長町病院	
事業所の所在地	〒982-0011 仙台市太白区長町3丁目7番26号	
電話番号	022-746-5112	
指定年月日・事業所番号	平成12年4月1日指定	0415410471
管理者の氏名	水尻 強志	
通常の事業の実施地域	仙台市太白区（旧秋保地域は除く）・若林区	

事業所を運営する事業者について

事業者名称	公益財団法人 宮城厚生協会
代表者氏名	理事長 土村 まどか
所在地 電話番号・FAX番号	宮城県多賀城市下馬2丁目13番7号 (電話：022-361-1158・Fax：022-361-1124) (担当：介護事業部)
法人設立年月日	1950年2月21日

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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訪問（予防）リハビリテーションを提供し、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう支援することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（日曜日、8月16日、12月30日から1月3日を除く。）
営業時間	午前8時30分～午後5時00分

(4) 事業所職員の職員体制

資格	人数	職務内容
管理者（医師）	常勤1名	従業員及び業務の総括管理
理学療法士・作業療法士 言語聴覚士	3名以上	利用者の身体的・精神的評価、日常生活動作の練習・助言、福祉用具選定、住宅改修の助言、介助方法の助言等を行います。

職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者や家族から求められたときは、いつでも身分証を提示します。

2. 提供サービスの内容

訪問（予防）リハビリテーションは、理学療法士等が利用者宅を訪問して、リハビリテーション等を行うサービスです。利用者の心身の状態、リハビリテーションの内容や目的及び具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備その他療養上必要なことについて、利用者・家族へわかりやすいように指導や説明を行います。

3. 利用料等

(1) サービス利用料は、契約書別紙②（料金表）のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は、「介護保険負担割合証」に記載された割合の額です。（介護報酬が改定された場合は、自動的に改定されます。）ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

*尚、保険料の滞納等により、法定代理受領ができない場合は、全額（10割）を一旦お支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を発行しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請をして下さい。

(2) 交通費

提供地域内	無料
地域外	通常の提供地域を超えた地点から、片道のみ1kmにつき100円 * 1回の訪問で10kmを超える場合は上限1,000円 * 1ヶ月の訪問で合計5,000円を超える場合は上限5,000円

(3) キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合、キャンセル料金がかかります。
キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。ただし、利用者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はかかりません。

ご利用の前日の昼12時までに連絡いただいた場合	無料
前日の昼12時までに連絡がなかった場合	1000円

(4) 支払い方法

利用料等は、月ごとにまとめて請求しますので、次の方法でお支払い下さい。

A. 自動口座引き落とし（翌月27日に、ご指定の金融機関口座から引き落とします。）

B. 銀行振込

（払込人の氏名は利用者本人のお名前をお書き下さい。手数料は利用者の負担です。）

銀行振込口座	七十七銀行	本店
口座番号	9369996	
公益財団法人宮城厚生協会理事長土村まどか		

4. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

5. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

6. 秘密保持と個人情報保護について

- (1) 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知りえた利用者及び家族に関する情報を、理由無く他の人に漏らしません。当該事業所の従業者でなくなった場合においても同様です。
- (2) 事業者は、利用者及び家族の個人情報について、サービス担当者会議等において必要な場合に限り、利用者及び利用者の家族の同意を得た上で必要最小限の範囲内で使用します。
- (3) (1)の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律 124 号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

7. 記録の開示及び複写

利用者は事業者に対し、記録の閲覧及び複写を求めることができます。求めがあった場合には開示に関する規定に従い、開示の手続きを行います。閲覧及び複写にあたっては、以下の料金をご負担いただきます。

開示料金：2000 円、複写料金：白黒及び 2 色 1 枚 20 円、カラー 1 枚 50 円 管理者説明：30 分毎に 5000 円
--

8. 虐待防止の対応

事業所は、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修を実施し、権利擁護、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止に関する対応を行います。当事業所に関する内容以外でも、遠慮なくお申し出ください。

虐待防止責任者 水尻 強志

9. 苦情相談に対する受付窓口及び対応方法

(1) 相談・苦情に適切に対応するための手順は以下の通りです。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 苦情をうけた場合、責任者は詳しい事情を把握し、利用者の立場に立った対応に努める・ 市町村や国民健康保険団体連合会（以下「市町村等」という。）が行う調査に協力する・ 市町村等から指導又は助言を受けた場合は、指導又は助言に従って適切な改善を行う・ 苦情受付から解決までの経過と結果を記録し、同様の苦情の再発防止に役立てる・ 市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告する |
|--|

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	0 2 2 - 7 4 6 - 5 1 6 1
	苦情解決責任者	小椋 公樹

当事業所では、苦情解決に社会性や客観性を確保し、適切な対応を推進するため、「介護ネットみやぎ」の会員団体で、5名の第三者委員を共同委嘱しています。以下の窓口に直接申し出ることや、立ち合いや助言を求めることもできます。

第三者委員苦情相談受付窓口（介護ネットみやぎ）	0 2 2 - 2 7 6 - 5 2 0 1
-------------------------	-------------------------

(3) 上記に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦 情 受 付 機 関	電 話 番 号
仙台市介護保険課 介護保険係	0 2 2-2 1 4-5 2 2 5
太白区介護保険課 介護保険係	0 2 2-2 4 7-1 1 1 1
若林区介護保険課 介護保険係	0 2 2-2 8 1-1 1 1 1
宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課	0 2 2-2 2 2-7 7 0 0 (苦情相談専用)

10. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) サービス提供の際、訪問リハビリ職員は各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など金銭に関する取扱いを行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
- (2) 訪問リハビリ職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）、又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 利用者・家族から他利用者・事業職員に対しての暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷などの迷惑行為、パワー・セクシャルなどのハラスメント行為は契約書第9条1項に当たる行為とみなし、契約の解約を求めることがあります。
- (5) 利用者本人以外の写真や動画の撮影・録音などをインターネットなどに掲載するなどの行為は迷惑行為に当たりますのでご遠慮ください。

年 月 日

* 事業者は、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）の提供開始にあたり、利用者に対して、上記のとおり重要事項を説明しました。

《事業者》 所在地 多賀城市下馬二丁目13-7
法人名 公益財団法人宮城厚生協会
代表者名 理事長 土村 まどか

《説明者》 事業所名 公益財団法人宮城厚生協会 長町病院

(自署) 氏 名 _____

* 私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書と料金表が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

《利用者》 氏 名 _____

上記署名は、私が本人の意思を確認し、代行しました。

《署名代行者》 (自署) 氏 名 _____

(利用者との関係：)