

# けやき訪問リハビリテーション 重要事項説明書

年 月 日 現在

利用者に対する訪問リハビリテーションサービスの提供にあたり、事業者が利用者に説明すべき重要事項は次の通りです。

## 1. 事業所の概要

名称：医療法人社団東光会 東所沢病院 けやき訪問リハビリテーション

代表者：中村 毅

事業所医院：東所沢病院

事業所の種類：訪問リハビリテーション事業所

介護保険指定番号：埼玉県 第 1112501773 号

所在地：埼玉県所沢市城 435-1

連絡先：04-2944-2390(代表), 04-2944-2470(直通)

サービス提供地域：所沢市、新座市、清瀬市

## 2. 訪問リハビリテーションサービスの営業・提供日時

営業日：月曜日～金曜日 9:00～17:30

休業日：土曜・日曜・祝日・年末年始

## 3. 事業所の目的と運営方針

### (ア) 事業の目的

要介護（要支援）状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、その人らしい日常生活を営むことが出来るよう、適正な訪問リハビリテーションを提供する事を目的とします。

### (イ) 運営方針

- ① 利用者とその家族の立場に寄り添い、その意見を尊重し、自立と安楽の実現に向けて援助します。
- ② 利用者の主体性を尊重し、利用者個々の希望に沿った目標を達成できるよう、リハビリテーションを提供します。
- ③ 地域の皆様が安心して日常生活を営むことができるよう、訪問リハビリテーションサービスの安定した供給に努めます。
- ④ 事業者の職員は、人間性・知識・技術の向上を目指し、自己研鑽・各種研修の機会を設けます。
- ⑤ 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村・居宅介護支援事業者・各種居宅サービス事業者・他の介護保険施設・そのほかの保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

#### 4. サービス提供手順

- ① 開始にあたっては当院医師の指示に従い、診療の日から3ヶ月間訪問リハビリテーションを実施します。継続や終了に関しても当院医師の指示に従います。
- ② かかりつけ医からの紹介で当院訪問リハビリテーションを実施する場合、「診療情報提供書」をお持ちください。  
※紹介元医療機関より診療情報提供書作成代を請求される場合があります。
- ③ 「リハビリテーション実施計画書」に基づき実施し、必要に応じて少なくとも3ヶ月に1回は計画を見直します。

※詳細については、(資料) 訪問リハビリテーション指示書発行までの流れ をご参照下さい。

#### 5. サービス提供地域

通常実施範囲：所沢市東部、新座市一部、三芳町一部、清瀬市一部

※その他の地域に関してはご相談ください。

#### 6. 利用料及び加算

当事業所の地域区分は6級地(1単位=10.33円)となります。

##### (ア) 利用料金等

- ・訪問リハビリテーション(介護予防)：308円(298円)/20分
- ・サービス提供体制加算Ⅰ(介護予防)：6円(6円)/20分
- ・短期集中リハ実施加算(介護予防)：200円(200円)/1日
- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算(介護予防)：240円(240円)/1日
- ・移行支援加算：17円/1日
- ・リハビリテーションマネジメント加算(イ)：180円/1月
- ・退院時共同指導加算(介護予防)：600円(600円)/初回のみ

※詳細については、(別紙1) けやき訪問リハビリテーション料金表、及び (別紙2) けやき訪問リハビリテーション自己負担額概算 をご参照下さい。

##### (イ) お支払方法

利用者の指定した口座より自動引き落としとなります。毎月10日頃までに前月分の請求書を発行、27日に引き落とし(土曜・日曜・祝日等の場合は翌営業日)されます。

何らかの理由により口座引き落としのご利用が難しい場合は、契約時にご相談下さい。

※詳細については、(別紙3) 預金口座振替お支払いについてのご案内 をご参照下さい。

## 7. 緊急時の対応

利用者の主治医また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。また、緊急連絡先・介護支援専門員に連絡致します。

主治医	氏名	
	医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	
事業所の 医療機関	名称	医療法人社団 東光会 東所沢病院
	所在地	埼玉県所沢市城 435-1
	電話番号	04 - 2944 - 2390
緊急連絡先	氏名	
	電話番号	
介護支援専門員	事業所	
	氏名	
	連絡先	

## 8. 事故発生時の対応

- (ア) 事業者は、訪問サービス提供により事故が発生した場合に市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者、主治医等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- (イ) 事業者は、事故が発生した場合、その原因を究明し再発予防の対策を講じます。
- (ウ) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (エ) 訪問サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

## 9. 個人情報保護

訪問リハビリテーションサービスの提供で知り得た、利用者・ご家族の個人情報について、その秘密を保持するとともに、他に情報提供をする場合は、利用者・ご家族の同意を得て行います。また、記録物などの開示を希望される場合は、対応させていただきますのでご相談下さい。

## 10. サービスの相談・苦情対応について

サービスについての相談・要望・苦情については、記載窓口までお申し出下さい。迅速かつ適切に対応致します。なお、事業者にて対応困難な場合は、開設法人に対応処置を委ねることもあります。

(ア) サービス相談窓口 (受付時間 平日 9:00 ~ 17:00)

電話番号	04-2944-2390 (代表)
担当者	櫻井 仁美 (医事課), 西村 祥吾 (リハビリテーション科)

(イ) 行政機関・その他の窓口

当事業所以外に、県・市町村の相談窓口、埼玉県国民保健連合等に苦情を伝える事が出来ます。

所沢市役所	福祉部 介護保険課	04-2998-9420 (代表)
新座市役所	介護保険課	048-424-9609 (代表)
清瀬市役所	健康福祉部高齢支援課介護サービス係	042-492-5111 (代表)
埼玉県国民保険連合会・介護保険課 (苦情対応係)		048-824-2568 (専用)
東京都国民保険連合会・介護福祉部・介護相談指導課		03-6238-0177 (専用)

## 11. ご利用に当たってのお願い

- (ア) 介護保険証や特定医療受給者証等を確認させていただきます。これらの書類について内容に変更が生じた場合は、必ずお知らせ下さい。
- (イ) 何らかの事情により訪問予定日時の変更やキャンセルを希望される場合は、可能な限り前日までにご連絡をお願い致します。
- (ウ) 担当職員の急病、その他事業者の都合により、訪問予定日、訪問予定時間、訪問者の変更をご相談させて頂くことがあります。
- (エ) 訪問予定時間は、道路状況等により 5 分~10 分程度前後する場合があります。大幅な遅れが見込まれる場合は電話にてご連絡させていただきます。
- (オ) 重要事項説明書記載内容を変更する場合は、書類を交付し口頭での説明、または郵便にて通知いたします。説明、通知について同意が得られない場合、サービス提供が行えないことがあります。
- (カ) 水害、地震等の災害発生時は、市町村が出す災害避難情報その他の状況を確認した上でサービス提供を中止させていただくことがあります。
- (キ) 育成研修のため、職員や実習生の同行見学をお願いすることがあります。
- (ク) 感染予防も含め、訪問時のお心遣いはお断りさせていただいております。

当事業所は、訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者に対してサービス内容及び、本書面に基づいて、重要な事項を説明致しました。

事業者 所在地：埼玉県所沢市城 435-1

名 称：医療法人社団東光会 東所沢病院

代表者：中村 毅

説明者：氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

私は事業者から、本書面により、サービス内容及び訪問リハビリテーションサービスについての重要な事項の説明を受け、訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所：

氏 名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(代理人) 住 所：

氏 名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_