

訪問リハビリテーション 重要事項説明書

(介護予防サービスを含むものとする)

1. 事業の目的

指定訪問リハビリテーション施設として要介護状態にある高齢者に対し、適正な訪問リハビリテーションサービスを提供し提供することを目的とします。

2. 運営の方針

- (1) 要介護者が有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう支援します。
- (2) サービスの提供にあたっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立つとともに、地域や家族との結びつきを重視し、他の関係機関とも密接な連携を図ります。

3. 事業所の概要

(1) 概要

事業所名	田所病院
所在地	神戸市灘区船寺通 1-2-1
連絡先	(電話) 078-881-2211(代) (FAX) 078-881-0200
管理者名	(院長) 濱崎 昌文
介護保険指定番号	2810205274号
サービス提供地域	神戸市灘区 東灘区 中央区 (別紙参照)

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	月曜日～金曜日 13:00 ~ 17:00
休日	土曜日・日曜日・祝祭日

(3) 職員体制

	資格	専従	兼務	計
管理者	医師	0名	1名	1名
理学療法士	理学療法士	0名	1名	1名

4. サービスの内容

理学療法士や作業療法士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、利用者がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。

5. 訪問範囲について

(1) 訪問可能範囲は以下のとおりとする。

東限：石屋川 西限：生田川 南限：HAT 神戸 北限：山麓線
詳しくは、別紙参照をお願いします。

(2) 訪問時間について

サービス提供時間を考慮して、訪問時間を遵守するように努めておりますが、交通渋滞や自然災害等の場合には、遅延する可能性があります。

その他、諸事情により訪問時間が早まる場合があります。

電話にてお伝えする場合がありますので、ご了承くださいませようお願いいたします。

6. 利用料、その他の費用

(1) 訪問リハビリテーション利用料の額は、厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額とします。当該サービスが法定代理受領サービスである時は、介護報酬の告示により計算した訪問リハビリテーション費の1割（保険給付が9割でない場合にはそれに応じた割合）とします。（詳細は『利用料一覧表』を参照）

(2) 介護報酬の改訂等により、内容および利用料・その他の費用の額に変更が生じた場合には、文書により変更内容を通知します。

(3) ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合に、サービス提供の前営業日の17:30前までにキャンセルの連絡がなければ、基本料金の10%をキャンセル料としていただきます。

(4) 訪問可能範囲外にお住いの方がご利用される場合には、別途交通費を請求させて頂く場合があります。ご了承くださいませようお願いいたします。

7. 利用料等の支払方法

毎月10日前後に前月利用分を請求いたします。下記のいずれかの方法により、請求月の月末までにお支払いください。

(1) 病院窓口でのお支払い

(2) 当院指定口座への振り込み（振込手数料は自己負担となります）

(3) ご自宅に訪問した際にお支払い

お支払いの確認をされましたら、支払方法の如何によらず、領収書をお渡しします。医療費控除の還付請求等で必要になりますので、保管願います。尚、領収書の再発行は致しかねますので予めご了承ください。

8. 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化等があった場合は、下表に従ってご家族・緊急連絡先等、関係各位へ連絡します。

主治医	医療機関	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	

9. 身分証携行義務

訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者様又はご利用者様の家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

10. 衛生管理等

サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。訪問リハビリテーション提供時の設備・備品については衛生的な管理に努めます。

11. 相談・連絡窓口

相談・キャンセル・苦情等は下記宛てにご連絡ください。

担当部署 : 田所病院
担当者 : 事務長 嶋野 淳
電話番号 : 078-881-2211(代)
受付時間 : 月曜日～金曜日 9:00 ~ 17:00 (土・日・祝日を除く)

12. 留意事項

訪問リハビリテーション提供者は、サービス提供にあたって次の行為は行いません。

- (1) ご利用者様又はご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- (2) ご利用者様又はご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (3) ご利用者様の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- (4) 身体拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為

(5) ご利用者様又はそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

以上の重要事項の説明を確認するため、本書2通を作成し、当事者双方が記名押印のうえ、各自1通を保有します。

令和 年 月 日

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

【署名代筆者】

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私
がその署名を代筆いたします。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

(利用者との関係：)

【事業者】

住 所 神戸市灘区船寺通1-2-1

名 称 田所病院

代表者 院長 濱崎 昌丈 (印)

電 話 078-881-2211(代)

FAX 078-881-2215

説明者 _____

訪問可能範囲

東限：石屋川の西側 西限：生田川の東側

南限：HAT 神戸 北限：山麓線

