

介護予防訪問リハビリテーションサービス重要事項説明書

あなたに対する介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第 37 号第 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 たちいり整形外科
事業所の所在地	京都市西京区桂西滝川町 52 番地
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 立入久和
電話番号	075-391-0020
F A X 番号	075-391-1800
指定年月日及び指定番号	平成 12 年 4 月 1 日 2614001184 号

2. ご利用事業所

事業所の名称	たちいり整形外科 介護予防訪問リハビリテーション
事業所の所在地	京都市西京区桂西滝川町 52 番地
管理者の氏名	立入久和
電話番号	075-382-2707
F A X 番号	075-391-1800
指定事業所番号	2614001184 号

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的：

この事業所が行う指定介護予防訪問リハビリテーションの事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、理学療法、作業療法その他必要なり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維持・回復を図ることを目的とする。

施設運営の方針：

ご利用者が可能な限りその有する能力に応じて、自立した日常生活が送れるよう、ご利用者の生活環境を踏まえたリハビリテーションを行い、ご利用者の心身機能の維持・回復を図り、住み慣れた環境での生活を安心して送れるよう支援する。

4. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業員の職種	常勤	非常勤	計
理学療法士	2 名	1 名	3 名

5. 提供するサービス

訪問リハビリテーションサービス

ご利用日：毎週（ ）曜日、 ： ～ ：

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防となるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供にあたっては、常にあなたの病状、心身の状況およびおかれている環境を把握し、適切なサービスを提供するように致します。

6. 訪問リハビリテーション計画

- ① 当事業所では、訪問リハビリテーションサービスの提供にあたる医師などの従業者が、診療または運動機能検査、作業能力検査をもとに、共同してあなたの心身の状況、ご希望及びその置かれている環境にあわせて、リハビリテーションの目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した訪問リハビリテーション計画を作成します。
- ② この訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。

7. 担当の職員

あなたの担当職員は以下のとおりです

医 師：立入 久和 理学療法士：

職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その掲示をお求めください。

8. 担当職員の変更

- ① あなたはいつでも担当者の変更を申し出ることが出来ます。その場合、当事業者では代わりの職員がいないなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業者は、担当職員が退職する等正当な事由がある場合に限り、担当職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

9. 営業日

営業日	毎週月曜日～金曜日 年末年始・お盆・祝祭日を除く
営業時間	午前9時～午後5時

10. 利用料

◇訪問リハビリテーション

時間別（20分）の単価	298 単位
1 回（20 分）あたりの料金	314 円

◇加算料金

サービス提供体制強化加算	6 単位／回
短期集中リハビリテーション実施加算 （退院・退所・認定日から3月以内）	200 単位／日

- ①あなたのご利用になるサービスが、介護保険の適用を受ける場合、利用料の（1割・2割・3割）をお支払いいただきます。
- ②提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③その他、個人の希望による日常生活において必要な物品については実費をいただきます。
- ④当事業者は、あなたに対し、利用された翌月5日までに、サービスの提供日、当月の利用料などの内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
- ⑤預金口座振替をご利用の方の場合、毎月の利用料は翌月27日（27日が土曜・日曜・祝日にあたる場合はその後の平日）にお届出いただいた銀行口座からお引き落としさせていただきます。他のお支払い方法を選択されている方は、翌月15日までに現金もしくは銀行振り込みの方法でお支払いください。

11. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

12. 事業の実施地域

実施地域	通常は京都市西京区・右京区・南区・向日市の一部の地域とする。 （国道9号線より南、67号線より東、桂川街道、171号線より西、207号線より北）
------	---

13. 事故発生時の対応について

利用者の心身の状況に異変その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

1 4. 苦情申し立て窓口

当施設ご利用者ご相談窓口	窓口担当者 藤竹俊輔 ご利用時間 平日 午前 9 時～午後 5 時 土曜日 午前 9 時～12 時 ご利用方法 電話 075-382-2707 面接 当院にて
行政機関その他苦情受付機関	京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護管理係 相談担当 TEL : 075-354-9090
西京区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	電話番号代表 TEL : 075-381-7121 電話番号直通 TEL : 075-381-7638
右京区役所 健康長寿推進課	電話番号代表 TEL : 075-861-1101 電話番号直通 TEL : 075-861-1430
南区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	電話番号代表 TEL : 075-681-3111 電話番号直通 TEL : 075-681-3296
向日市 健康福祉部 高齢介護課	役所代表 TEL : 075-931-1111 高齢介護課 TEL : 075-932-0800

1 5. 緊急時の対応方法

利用者の主治医に連絡を行ない、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の 主治医	氏名	
	所属医療機関の 名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

訪問リハビリテーションサービスの提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

_____年_____月_____日

事業所名：たちいり整形外科 訪問リハビリテーション

説明者： _____

私は、本書面に基づいて事業所の職員から上記重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けること並びにその利用料を支払うことに同意します。また、サービス担当者会議への私並びに家族の個人情報提供についても同意します。

_____年_____月_____日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

利用者の家族等① 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

利用者の家族等② 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

利用者の家族等③ 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____