

重要事項説明書（訪問リハビリテーション）

訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、厚生省令第三十七号第八章に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は以下の通りです。

一. 事業所概要

事業者名称	下松中央病院 訪問リハビリテーション事業所
主たる事務所の所在地	山口県下松市古川町3丁目1-1
連絡先	電話（0833）41-3030 FAX（0833）41-1354
代表者名	齋藤 淳
サービス種類	訪問リハビリテーション
指定番号	山口県 3510711256
サービス提供地域	下松市、※ 周南市、※ 光市

※ サービス提供地域についてはご相談下さい

二. 事業所の目的と運営方針

(事業の目的)
この規程は、医療法人緑山会が開設する下松中央病院 訪問リハビリテーション事業所（以下「事業所」という）が行う訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション（以下「訪問リハビリテーション等」という）の事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保する為、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態（介護予防に合っては要支援状態）にある利用者に対し、適切な訪問リハビリテーション等を提供することを目的とする。
(運営の方針)
1. 利用者の要介護状態等の軽減、心身の機能の維持・回復を図るとともに日常生活動作や生活の質の向上を重視した在宅療養が継続できるように支援します。
2. 事業の実施にあたっては、市町村、地域の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なリハビリテーションの提供に努めます。

三. 職員体制

	員数 (人)	勤務の体制
理学療法士	2	常勤3名 (午前8時45分～午後5時30分)
作業療法士	1	

四. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日までとする。但し、国民の休日及び年末年始（12月30日～1月3日）は除く。
営業時間	午前8時45分～午後5時30分

五. 苦情申立窓口

① 苦情申立窓口

受付時間	平日	午前8時45分～午後5時30分
ご利用方法	電話	(0833) 41-3030
担当者氏名	事務長	橋本 明宜

② 苦情受付機関

- 下松市長寿社会課 介護保険係 下松市大手町3丁目3番3号 電話 0833-45-1831
- 山口市健康福祉部 介護保険課 山口市亀山町2-1 電話 083-934-2795
- 山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 山口市朝田1980-7 電話 083-995-1010

六. サービス内容

- ① 理学療法士や作業療法士が自宅を訪問し、身体機能や日常生活動作の改善などを目的に、医師の指示に基づいてサービスを提供します。状況に応じて介護指導や環境調整などの助言も行います。
- ② 交通事情などにより、サービス時間が前後することがございますが、ご了承下さい。

七. 担当 あなたの担当の職員は以下の通りです。

職種・氏名 _____

- ① あなたはいつでも担当職員の変更を申し出ることができます。その場合、変わりの職員が居ないなどの変更を拒む理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 担当職員が退職する等、正当な理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。

八. 利用料金

① 費用

訪問リハビリテーション等を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該訪問リハビリテーション等が法廷代理受領サービスであるときは、その1割若しくは2割、または3割の額とする。

② 利用料金等のお支払い方法

毎月の利用料は月末締めとし、翌月末日までに予め指定した方法でお支払い下さい。

③ 料金表

項目	単位
訪問リハビリ	308 単位/1回 (20分間)
サービス提供体制強化加算	6 単位/1回
短期集中リハビリ実施加算 (退院から3ヶ月以内)	200 単位/1日
訪問リハ同一建物減算	所定単位数の10%減算

1ヶ月の利用料金の目安

◎ 40分間の訪問リハビリを8日利用の月 (自己負担1割の場合)

$$\begin{array}{ccccccccccc} [20分間] & & & & [料金換算] & & [1割負担] & & & & \\ (308 + 6) \text{ 単位} & \times & 2 & \times & 8 \text{ 日} & \times & 10 \text{ 円} & \times & 0.1 & = & \underline{5,024 \text{ 円}} \end{array}$$

○ 更に短期集中加算を算定の場合 (退院から3ヶ月以内)

$$5,024 \text{ 円} + (200 \text{ 単位} \times 8 \text{ 日} \times 10 \text{ 円} \times 0.1) = \underline{6,624 \text{ 円}}$$

④ その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する水道・ガス・電器・電話などの費用は、ご利用者の負担となります。

⑤ キャンセル料

訪問リハビリテーションサービスをキャンセルされる場合、キャンセル料はいただきません。

九. 緊急時の対応

当事業者におけるサービス提供中に、ご利用者様に容体変化等あった場合は、主治医又は事業者の協力機関へ連絡します。

主治医	氏名			
	所属医療機関の名称	医療法人 緑山会 下松中央病院		
	所在地	山口県下松市古川町3丁目1-1		
	電話番号	(0833) 41-3030		
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 緑山会 下松中央病院		
	院長名	梅野 哲弘		
	所在地	山口県下松市古川町3丁目1-1		
	電話番号	(0833) 41-3030		
	診療科	内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、婦人科、歯科		
ご家族	氏名			
	住所			
	電話番号			
緊急連絡先	携帯番号 ①	番号	氏名	続柄
	携帯番号 ②	番号	氏名	続柄

令和 年 月 日

- (乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービス提供の開始にあたり、 甲1に
 甲2に

対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事業所在地 山口県下松市古川町3丁目1-1

名称 下松中央病院 訪問リハビリテーション事業所

説明者 氏名 印

- (甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住所
 氏名 印

(甲2) 利用者の家族 住所
 氏名 印