

訪問リハビリテーション

重要事項説明書

社会医療法人社団 順心会
順心淡路病院

2024年6月1日施行

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	社会医療法人社団 順心会 順心淡路病院
所在地	兵庫県淡路市大町下66-1
連絡先	0799-62-7501
管理者名	松井祥治
サービス種類	訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	2811601125号
サービス提供地域	淡路市、洲本市、(一部)南あわじ市 他

※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) 事業の目的および運営の方針

事業の目的	医療法人社団 順心会 順心淡路病院が行う訪問指定リハビリテーション事業の適切な運営を確保するため人員および管理運営に関して必要な事項を定め、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（介護予防にあつては要支援状態）にある者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、必要なりハビリテーションを行うことを目的とする。
運営の方針	事業は、要介護状態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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法又は言語聴覚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の維持回復を図ることとする。リハビリテーションの提供にあつては、丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対して、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明する。

(3) 営業時間

平日	午前9:00 ~ 午後5:00
土曜日	午前9:00 ~ 午後12:00
定休日	日曜、祝日、12月30日~1月3日、他事業所指定日

(4) 職員体制

職種	人数	業務内容
理学療法士	15名以上	医師の指示及び訪問リハビリテーション計画書に基づき利用者の心身機能の回復、より良い在宅生活を送れるための支援を行っていきます。
作業療法士	8名以上	
言語聴覚士	3名以上	

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL：0799-62-7501

担当部署：リハビリテーション課

担当者：田中 和親

受付時間：午前9：00～午後5：00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 サービス内容

曜日	時間	内容
	: ~ :	
	: ~ :	
	: ~ :	

なお、スケジュールの変更の場合は事前に連絡いたします

- (1) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様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、また嚥下機能面、言語機能面の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 交通事情やトラブルにより、サービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。

4 担当する訪問職員

- (1) あなたの担当の訪問職員は以下のとおりです

主担当者（ ） 職種（ ）

担当者（ ） 職種（ ）

担当者（ ） 職種（ ）

- (2) 訪問担当職員の変更

- ① いつでも担当者の変更を申し出ることができます。その場合、当事業者が訪問リハビリテーションサービスの目的に反する等の理由がある場合に、変更の申し出に応じません。
- ② 当事業者は、訪問職員が退職や異動する等正当な事由がある場合に限り、担当者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。

5 利用料金

- (1) 費用は原則、料金表に記載されている利用料金の1割が利用者負担額になります。
- (2) 利用料金などのお支払い方法は、毎月月末締めとし、毎月15日までに前月分の請求をいたします。訪問スタッフが集金の代行もいたしますが、当院会計窓口でもお支払いを受け付けております。

(3) 料金表

介護保険適応分

(年 月 日現在)

項目	単価 (20分あたり)	1日あたり自己負担額 (負担割合 割)
訪問リハビリテーション費 (要介護の方)	308単位	円
介護予防訪問リハビリテーション費 (要支援の方)	298単位	円
サービス提供体制強化加算	6単位	円
1日当たりの合計予定負担額		円

※ 負担割合が1割の場合、1単位=1円
" 2割の場合、" 2円
" 3割の場合、" 3円

介護保険適応外分

項目	1日当たりの利用料
	円
	円
1日当たりの合計予定負担額	円

(4) その他の費用

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

(5) キャンセル料

①ご利用する時間までに連絡をいただいた場合	無料
②ご利用する時間までに連絡がなかった場合	当日予定の代金を請求

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

6 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。

7 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名 及び 住所	
	主治医氏名	
	連絡先	
緊急連絡先 (ご家族等)	氏名 (続柄：)	
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

本書2通を作成し、利用者および事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

重要事項説明書の説明を受け、了承しました。

年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印
署名代行者（代理人）	住 所	
	氏 名	印

当事業所は、重要事項説明書に基づいて説明いたしました。

年 月 日

事業者	住 所	兵庫県淡路市大町下66-1
	事業者名	社会医療法人社団 順心会 順心淡路病院
	(事業所番号)	2811601125
	代表者名	松井 祥浩 印
説明者	職 名	
	氏 名	印