

指定訪問リハビリテーション
介護予防訪問リハビリテーション

重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 長生会 大井田病院
所在地	高知県宿毛市中央8丁目3番6号
代表者名	理事長 大井田 二郎
電話番号	0880-63-2101

2. 事業所概要

事業所名称	医療法人 長生会 大井田病院
提供サービス	訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
指定番号	高知県指定 第3910910219号
所在地	〒788-0001 高知県宿毛市中央8丁目3番6号
管理者	院長 田中 公章
電話番号	0880-63-2101

3. 事業所の職員体制

職種		常勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
医師		1名		1名（管理者含む）
サービス提供者	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	理学療法士 1名 作業療法士 1名		2名以上

4. 営業日、営業時間

営 業 日： 月曜日から金曜日（12月31日～1月3日・祝日を除く。）

営業時間： 9時00分～17時00分迄

5. サービスの内容

- ①身体機能障害に対するリハビリテーション
- ②言語機能障害に対するリハビリテーション
- ③日常生活動作全般に対するリハビリテーション

6. 利用料

訪問リハビリサービス単位数一覧表

サービス内容	算定項目	単位数	算定単位
訪問リハビリ	訪問リハビリテーション費	308	1回につき
訪問リハ短期集中リハ加算	短期集中リハビリテーション実施加算 (退院(所)日又は認定日から3ヵ月以内)	200	1日につき
リハビリテーション マネジメント加算(イ)	リハビリテーションマネジメント加算イ	180	1月につき
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	リハビリテーションマネジメント加算ロ	213	
医師説明加算	医師説明加算	270	1月につき
口腔連携強化加算	口腔連携強化加算	50	1回につき
訪問リハ計画 診療未実施減算	事業所の医師がリハビリテーション計画書の作成に係る診療を行わなかった場合	-50	1回につき
退院時共同指導加算	退院時共同指導加算	600	初回1回のみ
訪問リハサービス提供加算	サービス提供加算(Ⅰ)	6	1回につき
認知症短期集中リハ実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	1日につき

介護予防訪問リハビリサービス単位数一覧表

サービス内容	算定項目	単位数	算定単位
予防訪問リハビリ	介護予防訪問リハビリテーション費	298	1回につき
予防訪問リハ短期集中リハ加算	短期集中リハビリテーション実施加算 (退院(所)日又は認定日から3ヵ月以内)	200	1日につき
予防訪問リハ12ヵ月超減算	利用を開始した日の属する起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合	-30	1回につき
訪問リハ計画 診療未実施減算	事業所の医師がリハビリテーション計画書の作成に係る診療を行わなかった場合	-50	1回につき
サービス提供加算Ⅱ	サービス提供加算(Ⅰ)	6	1回につき
退院時共同指導加算	退院時共同指導加算	600	初回1回のみ

7. 支払方法

毎月15日前後に前月分の請求書を郵送でお送りいたします。現金での支払いとなります。訪問時に集金します。領収書は郵送となります。

※居宅サービス計画を作成しないときなど、市町村から直接利用料が支払われない場合は、一旦利用料（10割）をいただき、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日市町村に提出しますと利用料金と自己負担額との差額の払戻しを受けることができます。

8. キャンセル

利用者がサービスの利用をキャンセルする場合はすみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 （電話） : 0880-63-2101

（携帯電話） : 080-9831-6680（担当：岸）

- 1) 訪問リハの利用中止については、ご連絡いただければ予定されたサービスを変更、または中止することができます。
- 2) キャンセルの連絡がない場合は、キャンセル料として500円を徴収させていただきます。

9. 事故発生

- 1) 利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、主治医、市町村、当該利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- 2) 利用者に対する賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償を行ないます。
- 3) 前項の事故の状況及び事故に際し、事故発生時のマニュアルに沿って叙述式経過記録で正確かつ詳細に記録する。

10. 運営方法

従業者の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備します。

①採用時研修 採用後3カ月以内

②継続研修 年1回

- 1) 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を守ります。
- 2) 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。
- 3) 個人情報の取扱いについては、個人情報保護方針にのっとり適正な取扱いをいたします。又、当院での利用者の個人情報の利用目的は別紙のとおりです。

11. 相談窓口、苦情対応

①サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応いたします。

当院患者様相談窓口	電 話 番 号	0 8 8 0 - 6 3 - 2 1 0 1
	F A X 番 号	0 8 8 0 - 6 3 - 4 7 9 2
	相談員（責任者）	岸 倫弘 ・ 坂江 真知
	対 応 時 間	月 ～ 金 8 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0 (祝祭日及び12月31日～1月3日を除く)

②公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てが出来ます。

市町村介護保険相談窓口	所 在 地	宿毛市	大月町	三原村
		宿毛市桜町2-1	大月町鉾土603	三原村来栖野340
	担当部課名	宿毛市福祉事務所	大月町保険介護課	三原村住民福祉課
	電 話 番 号	0 8 8 0 - 6 2 - 1 2 4 0	0 8 8 0 - 7 3 - 1 3 6 5	0 8 8 0 - 4 6 - 2 1 1 1
	F A X 番 号	0 8 8 0 - 6 2 - 1 2 7 1		0 8 8 0 - 4 6 - 2 1 1 4
	対 応 時 間	月 ～ 金 8 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0		

※その他の地域の方は、お住まいの市町村介護保険相談窓口にお願いします。

高知県国民健康保険 団体連合会(国保連)	所 在 地	高知市丸ノ内2-6-5
	電 話 番 号	0 8 8 - 8 2 0 - 8 4 1 0 ・ 8 4 1 1
	F A X 番 号	0 8 8 - 8 2 0 - 8 4 1 3
	対 応 時 間	月 ～ 金 8 : 3 0 ～ 1 7 : 1 5

1 2. 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、主治医、市町村、当該利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じ、利用者に対する賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償を行ない記録します。

1 3. 第三者評価の実施 実施していません。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

指定訪問リハビリテーションサービス及び指定介護予防訪問リハビリテーションサービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明いたしました。

事業所	所在地	高知県宿毛市中央8丁目3番6号
	名 称	医療法人 大井田病院
	説明者	

指定訪問リハビリテーションサービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、利用に同意いたします。

利用者	住 所
	氏 名
代理人	住 所
	氏 名