訪問リハビリテーション（医療、介護、介護予防）重要事項説明書

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	西東京中央総合病院
所在地	東京都西東京市芝久保町2丁目4番19号
電話番号	電話番号 042-464-1511
法人種別・名称	医療法人社団 東光会
理事長	中村 毅
院長	野田 賢治郎
サービス種類	訪問リハビリテーション、予防訪問リハビリテーション
介護保険指事業所番号	1313970969
サービス提供地域	西東京市、小平市、東久留米市 ※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。
訪問リハビリテーション事業における目的及び運営方針	在宅生活において訪問リハビリテーションを必要とされる方に対し積極的にサービスを提供し、在宅療養そして地域医療の一環として貢献することを目的とする。また要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、あるいは要介護状態になることの予防を目的に、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に実施運営していく方針とする。

(2) サービス提供時間

平日	9時から17時まで ※サービス提供時間は、訪問スケジュール状況によって前後することがございます。
定休日	土曜日、日曜日、祝日及び12月30日午後から1月3日までお休みとさせていただきます。

(3) 職員体制

業務	資格	常勤	非常勤	計
管理者	理学療法士	1名	名	1名
医師		1名	名	1名
事務		2名	名	2名
訪問リハビリテーション	理学療法士 作業療法士	4名 2名	名	6名

2 サービス内容

- (1) 理学療法士・作業療法士が、医師の指示に基づきご利用様の自宅を訪問し、ご利用様がより自立した日常生活、あるいはより質の高い日常生活を営むことができるよう、機能面（関節拘縮の予防・筋力や体力の維持改善、知的能力の維持・改善など）、活動面（基本動作能力や日常生活活動能力の維持改善など）、また参加面（対人交流や社会参加の拡大など）に働きかけ、在宅療養生活を支援することを目的にサービスを提供いたします。
- (2) 訪問リハビリテーションはご利用様の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、あるいは要介護状態になることの予防を目的に、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に実施してまいります（契約書第3条）。目標達成や通所サービスへの移行などの状況によって、ご利用様と相談協議の上、サービス終了となる場合がございます。
- (3) 悪天候等の気象状況、交通事情等により、サービス時間が前後することがございます。ご了承ください。

3 緊急時・事故発生時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用様に容体の変化などがあった場合は、速やかに、主治医または関係機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、必要時ほかの緊急連絡先に連絡いたします。また、当事業者が訪問リハビリテーションのサービス提供こともない、ご利用様の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、損害賠償を行います。ただし、事業者が故意・過失がない場合はこの限りではありません。

4 個人情報保護

当事業者は訪問リハビリテーションを提供するうえで知り得たご利用様およびご家族様の個人情報につきましては、その秘密を保持すると共に、他に情報提供をする場合はご利用様およびご家族様に同意を得たうえで行います。
詳しくは別紙「ご利用様の個人情報保護に関する同意書」を参照下さい。

5 ご利用にあたってのお願い

介護請求に必要なため、介護保険証や医療受給者証等を確認し写真やコピーをいただきます。
なお、これら介護保険証等に変更があった場合は再度確認が必要です。その際も写真やコピーをいただきます。

6 利用料金

(1) 費用

訪問リハビリテーションの利用単位ごとの利用料は以下のとおりです。

	医療保険 「在宅訪問リハビリテーション指導管理」	介護保険 「訪問リハビリテーション」
基本単位	1 単位 (20 分) =300 点 ※週 6 単位を限度として算定 ※ただし退院の日から起算して三ヶ月以内の場合、週 12 単位まで算定可 ※1 点=全国一律 10 円で計算	介護 (要介護) 1 回 (20 分) =308 単位 介護予防 (要支援) 1 回 (20 分) =298 単位 ※週 6 位 (計 120 分) を限度として算定 ※1 単位=10.83 円で計算
利用者様負担額	1 割負担の場合 20 分の場合=300 円 40 分の場合=600 円 60 分の場合=900 円	要介護 1 割負担の場合 20 分の場合=340 円 40 分の場合=681 円 60 分の場合=1,021 円 要支援 1 割負担の場合 20 分の場合=330 円 40 分の場合=659 円 60 分の場合=988 円
加算		<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリサービス提供体制加算 6 単位/回 ・診療未実施減算 (対象者のみ) 50 単位減算/回 ・退院時共同指導加算 (対象者のみ) 600 単位/退院後初回のみ
備考	<ul style="list-style-type: none"> *端数処理において若干の差異が生ずる場合があります。 *支給限度額を超えた場合には、利用者の 10 割負担となります。 	

(2) その他の費用

- ・ご利用者様の居宅において、サービス実施に必要な水道・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。(例：感染防止のためのうがい・手洗い、または調理訓練や入浴動作訓練など)
- ・訪問エリア外への訪問は、別途交通費を頂く場合がございます。

(3) 利用料金などのお支払い方法

お支払い方法は口座引き落としとなります。ご利用料はご利用月ごとの精算とし、当事業所より請求書を発行致します。引き落とし前日までに、口座にご入金お願い申し上げます。

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

サービスについての相談、要望、苦情につきましては、下記窓口までお申し出ください。

(1) 担当：ご利用者様の担当者または、医事課 訪問リハビリ担当者までご連絡ください。

電話：042-464-1511

窓口日時：【 平日 】月曜日から金曜日まで

【 時間 】9時から17時まで

(2) その他相談窓口

西東京市役所	高齢福祉課	042-461-1311
小平市役所	介護保険課	042-345-9595
東久留米市役所	介護保険課	042-470-7777

重要事項説明同意書

訪問リハビリテーションの提供を開始するにあたり、ご利用者様に対し重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

【事業所】

名 称 医療法人社団 東光会 西東京中央総合病院
所 在 地 東京都西東京市芝久保町2丁目4番19号
代 表 者 野田 賢治郎 印

【説明者】

職 名 _____
氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、事業者から訪問リハビリテーションの利用に際し、重要事項の説明を受けました。

【契約締結】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【ご利用者】

住 所 _____
氏 名 _____ 印

【代理人】

住 所 _____
氏 名 _____ 印