

医療法人社団東方会おおやま病院
訪問リハビリテーション重要事項説明書

訪問リハビリテーションの提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令に基づいて、事業者として説明すべき事項は、次のとおりです。

1. 事業者概要

- ・ 事業者の名称 医療法人社団東方会おおやま病院訪問リハビリテーション
- ・ 事業者の所在地 富山県富山市花崎85番地
- ・ 法人種別 医療法人
- ・ 代表者名 理事長 日置 将
- ・ 電話番号 076-483-3311
- ・ 介護保険指定番号 1610117176
- ・ 医療保険コード 0117176
- ・ サービス提供地域 富山市・中新川郡

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的 自宅等で療養される方が安心して療養生活が送れるように、主治医の指示により理学療法士または作業療法士または言語聴覚療法士が定期的に訪問し必要な処置を行い、利用者の立場に立ち、優しく思いやりの精神で在宅療養の援助を行います。事業の運営にあたっては、保険者、他の支援事業者等との連携に努めます。

3. 職員の配置

職 種	区 分	勤務体制
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	常 勤	病院と兼務

4. サービス提供時間 毎週月曜日から金曜日の9:00～16:00
但し、国民の祝日及び8月14日～8月16日、12月29日～1月3日除く。

5. 利用料 (1) 介護保険利用の場合は、介護報酬の告知上の金額とします。

- ① 訪問リハビリテーション費 1回あたり
1回につき 308単位 自己負担 313円/回 (1割の場合)
ただし、介護保険利用の給付範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

- ② 加算 ※負担割合によって支払い金額が変わります。

短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所日または新たに要介護認定を受けた日から3月以内、週に2回のサービスを受けた場
1日につき 200単位 自己負担 203円/日 (1割の場合)

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

1回につき 6単位 自己負担 6円/回(1割の場合)

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)

1月につき 180単位 自己負担 183円/月(1割の場合)

- (2) 医療保険利用の場合は、健康保険法等における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料に基づき計算される額となります。

(在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 1単位につき)

- | | | | |
|----------------|------|------|----------------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 300点 | 自己負担 | 305円/単位(1割の場合) |
| 2 同一建物居住者の場合 | 255点 | 自己負担 | 259円/単位(1割の場合) |

交通費

- ・ 富山市、中新川郡在住のご利用者は無料です。
- ・ 上記区域以外のご利用者は、規定料金を案内し同意の上、交通費を請求させていただきます。

6. 料金の支払い方法 毎月10日までに前月分の請求をさせていただきますので、病院の外来受付でお支払下さい。その際に領収書を発行致します。なお、希望される方は、自動引き落としも行えます。
7. 事故発生時の対応 サービス提供時に事故が発生した場合には、速やかに適切かつ必要な措置を行い、ご家族にも連絡をし、必要に応じて市町村にも連絡を行います。また、当方の責めに帰すべき事由により損害が発生した場合は、その損害を賠償致します。
8. 緊急時の対応 サービス提供中に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医、利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じます。
9. 連携 訪問リハビリテーションサービスの提供に当たり介護支援専門員、保健医療サービスまたは福祉サービス提供する業者等と密接な連携に努めます。
10. 苦情処理 提供した訪問リハビリテーションに関する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当職員を置き、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じ、利用者及び家族に説明します。

苦情等申立先

- | | |
|-------|--|
| 窓口担当者 | 岸 弘和 |
| ご利用時間 | 毎週月曜日～金曜日 9:00～16:00 |
| ご連絡方法 | 電話 076-483-3311
(おおやま病院訪問リハビリテーション) |

行政機関とその他受付機関

富山市福祉保健部介護保険課 富山市新桜町7番38号

- | | |
|------|----------------------|
| 受付時間 | 毎週月曜日～金曜日 9:00～16:00 |
| 電話番号 | 076-443-2193 |

富山県国民健康保険団体連合 富山市下野字豆田995番地の3

- | | |
|------|----------------------|
| 受付時間 | 毎週月曜日～金曜日 9:00～16:00 |
| 電話番号 | 076-431-9833 |

富山県福祉サービス運営適正化委員会 富山県富山市安住町5-21

- | | |
|------|----------------------|
| 受付時間 | 毎週月曜日～金曜日 9:00～16:00 |
| 電話番号 | 076-432-3280 |

11. 秘密保持 (1) 事業所及び事業所の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。
- (2) 事業所は、事業所の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすことがないように必要な処置を講じます。
12. 利用者及び利用者の家族の個人情報の提供について サービス担当者会議などに、利用者及び利用者の家族の個人情報を提供することに対して同意を求めます。
- ※ 一部又は全部を制限する事ができます。但し、全部を制限した場合は、訪問リハビリテーションサービスを提供できない場合があります。
13. 介護保険法の改正 国が定める介護給付費(介護報酬)の改定があった場合、料金体系は、国が定める介護給付費(介護報酬)に準拠するものとします。
14. その他 利用者の住まいで、サービスを提供するために利用する水道、ガス、電気等の費用は、利用者負担となります。

上記について、利用者(又はその代理人)に説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 富山県富山市花崎85番地
 名称 医療法人社団東方会おおやま病院 訪問リハビリテーション
 代表者 院長 日置 将

説明者氏名 _____ (印)

私は、本書面により、事業者から訪問リハビリテーションについての重要な事項について説明を受けました。

利用者(契約者)

住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人(契約者の家族等)

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ (印)

代筆者氏名 _____

続柄 _____

代筆理由 _____

緊急連絡先 _____