

重要事項説明書

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



宝塚リハビリテーション病院

重要事項説明書

訪問リハビリテーション

利用者に対する訪問リハビリの提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者

| | | | |
|---------|-------------------|------|------|
| 事業者の名称 | 医療法人 尚和会 | 法人種別 | 医療法人 |
| 事業者の所在地 | 兵庫県宝塚市向月町19番5号 | | |
| 代表者名 | 理事長 那須 輝 | | |
| 電話番号 | 0797-84-8811 (代表) | | |

2. ご利用施設

| | | | |
|--------|---|---------|--------------|
| 施設の名称 | 宝塚リハビリテーション病院 | | |
| 施設の所在地 | 兵庫県宝塚市鶴の荘22-2 | | |
| 開設年月日 | 2008年4月1日 | | |
| 事業所番号 | 2811104211 | | |
| 管理者名 | 院長 田口 潤智 | | |
| 電話番号 | 0797-81-2345 | ファックス番号 | 0797-81-1528 |
| ホームページ | http://takara-reha.com/ | | |
| 交通機関 | ○阪急宝塚駅もしくは JR 宝塚駅下車→阪神バス 1 番乗り場もしくは 2 番乗り場（両乗り場ともバスターミナルの JR 側にあり）より阪神バスに乗車→「鶴の荘」バス停下車→徒歩 5 分 ○阪急清荒神駅もしくは売布駅下車→徒歩 15 分程度 ○無料送迎バスを運行しております。（詳細はお問合せください） | | |

3. 当院であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 兵庫県知事の事業者指定 | | |
|--------------------|------------------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 回復期リハビリテーション病院 | <u>2008年4月1日</u> | 2811104211 | 162人 |
| (介護予防) 通所リハビリテーション | <u>2008年4月1日</u> | 2811104211 | — |

4. 事業目的と運営方針

| | |
|----------|--|
| (1)事業の目的 | 訪問リハビリテーションサービス事業は、要介護状態等となった場合において、その利用者が可能な限りその居宅で、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、その他必要なリ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目指すことを目的とする。 |
| 施設の運営方針 | 居宅サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、そのものが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努めるものとする。地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。 |

5. 通常の実施地域

宝塚市、伊丹市、事業所より半径 5km の地域

6. 営業日及び営業時間

営業日：月曜日～金曜日 ただし、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9時00分～午後5時00分

7. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止する際には、速やかにご連絡ください。

(2) 利用者都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。

当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。

(但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)

(3) キャンセル料は、次のとおりお支払いいただきます。

利用日の前日まで・・・無料

利用日の当日・・・利用者負担金の100%

8. 職員体制

従業者の職種及び人員

理学療法士 69名 (常勤兼務 7名)

作業療法士 42名 (常勤兼務 2名)

言語聴覚士 16名 (常勤兼務 1名)

9. 利用料金とお支払い方法

(1) 介護保険給付による利用料金

保険給付の自己負担額を別紙料金表に従い負担いただきます。

(2) 支払方法

① 銀行引き落とし

サービス開始時に、指定の自動払込申込み用紙をご提出ください。

毎月10日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の20日（20日が土日祝の場合は翌営業日）に指定の口座よりお引落としいたします。領収書は引き落としが確認取れ次第（毎月27日頃）サービス利用時にお渡しいたします。

② 銀行振込み

20日までに利用者の氏名でお振込みください。

振込手数料は利用者負担となります。ご了承ください。

利用料振込先

金融機関名 三菱UFJ銀行
支店名 宝塚中山支店
口座番号 普通 3848029
口座名義 医療法人尚和会 (イリョウホウジン ショウワカイ)

10. 相談、苦情について

当訪問リハビリのサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当者までお気軽にご相談ください。また、病院事務所の窓口での受付も行っておりますのでご利用ください。

イ) 相談、苦情についての窓口

| | |
|-------------------------------|--|
| 〔事業者の窓口〕 宝塚リハビリ テーション病院 | 窓口担当責任者 土屋 浩一 受付時間 8:45~17:15（土日祝日を除く） 電話番号 0797-81-2345 FAX 0797-81-1528 E-MAIL msw@takara-reha.com ご意見箱 |
| 相談の方法 | 電話、面談、文書、FAX、インターネット等 |

ロ) 当院担当で不十分な場合

| | |
|---------------------------------|--|
| 〔市町村の窓口〕 宝塚市 | 所在地 〒665-8665 宝塚市東洋町1番1号 電話番号 0797-77-2136 受付時間 9:00~17:00（土日祝日を除く） |
| <その他市町村> | 市役所介護保険課 給付担当 |
| 〔公的団体の窓口〕 兵庫県国民健康保 健団体連合会 | 所在地 〒650-0021 神戸市中央区三宮1丁目1-1801号 電話番号 078-332-5617 FAX番号 078-332-5650 受付時間 9:00~17:00（土日祝日を除く） |

1 1. 秘密の保持について

当院とその職員は、業務上知り得た利用者又はその代理者等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当院は、利用者及び代理者から、予め同意を得た上で行うこととします。同意がなかった場合はサービス調整ができず、一体的なサービス提供が円滑に行えなくなります。

- 介護保険サービスの利用のための市区町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供
 - 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
 - 病院で行われる研修生、実習生、学生への教育
 - 個人情報の提供範囲については、介護サービスの円滑な提供に必要な最小限度にとどめ、情報提供の際には、関係者以外に漏れることのないよう細心の注意を払います。
- ※ 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

1 2. 記録の保管について

- 当院は、利用者の訪問リハビリテーションサービスの提供に関する介護記録を作成し、その記録を利用終了後 5 年間は保管します。
- 当院は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、ご家族等に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

1 3. 損害賠償について

- 訪問リハビリテーションサービスの提供に伴って当院の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当院は利用者に対して損害を賠償するものとします。
- 利用者の責に帰すべき事由によって、当院が損害を被った場合、利用者及び代理者は、連帯して、当院に対してその損害を賠償するものとします。
- 当院は賠償責任保険等の損害保険に加入しております。
- 当院は、利用者が損害保険契約内容の閲覧を求めた場合は、原則として、実費をお支払いいただいた場合これに応じます。但し、代理者に対しては利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

1 4. 協力医療機関

| | | | |
|---------|-----------------------------------|--------|--------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 尚和会 宝塚第一病院 | | |
| 院長名 | 那須 文章 | | |
| 所在地 | 〒665-0832 宝塚市向月町19番5号 | | |
| 電話番号 | 0797-84-8811 | FAX 番号 | 0797-87-9606 |
| 診療科 | 内、外、小、整、眼、皮、形成、美容、循、アレルギー、リウマチ、脳外 | | |

| | |
|---------|---|
| 救急指定の有無 | 有 |
| 契約の概要 | 当院と宝塚第一病院とは、病状に急変があり、急性期病院での対応が必要と判断した場合、迅速に対応できるよう協力し緊急時に備えています。 |

1 5. 利用者の権利

利用者と家族代表者は以下の権利を事業者に対して主張することができます。

| |
|--|
| 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利 |
| 生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の好み、および主体的な決定が尊重される権利 |
| 安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利 |
| 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利 |
| 必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受ける権利 |
| ご家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られる権利 |
| 地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行う権利 |
| 暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けない権利 |
| 生活や介護サービスにおいて、いかなる差別を受けない権利 |
| 生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利 |

1 6. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 7. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね6月に1回以上開催します。その結果を、職員に周知徹底します。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

18. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。

19. 法人が行っている業務

| 事業所の名称 | 住所 | 電話番号 |
|------------------------|-----------------|--------------|
| 宝塚第一病院 | 兵庫県宝塚市向月町19番5号 | 0797-84-8811 |
| 介護医療院 ケアヴィラ伊丹 | 兵庫県伊丹市大野1丁目3番2号 | 072-777-1165 |
| ケアヴィラ伊丹 居宅介護支援事業所 | 兵庫県伊丹市大野1丁目3番2号 | 072-777-0057 |
| グループホーム ケアホーム伊丹 | 兵庫県伊丹市大野1丁目3番2号 | 072-777-7272 |
| 伊丹大野診療所 | 兵庫県伊丹市大野1丁目3番2号 | 072-777-7001 |
| 介護老人保健施設 ケアヴィラ宝塚 | 兵庫県宝塚市亀井町10番51号 | 0797-71-6510 |
| グループホーム ケアホーム宝塚 | 兵庫県宝塚市亀井町10番51号 | 0797-71-2828 |
| サポートプラザ宝塚 居宅介護支援事業所 | 兵庫県宝塚市鶴の荘19番12号 | 0797-62-6622 |

説明日時：.....年 月 日

当事業者は、本書面に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明いたしました。

〒665-0833 兵庫県宝塚市鶴の荘22-2
医療法人尚和会 宝塚リハビリテーション病院
説明者

氏 名 _____

私は、本書面に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。その内容を十分に理解し、サービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことを代理人と共に同意いたします。

年 月 日

(利用者)住 所

氏 名 _____

(代理人)住 所

氏 名 _____

連絡先 (_____)