

訪問リハビリテーション
重 要 事 項 説 明 書

一般財団法人 児玉報謝会
新 成 病 院

重要事項説明書（訪問リハビリテーションサービス）

訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、当該事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1.事業所概要

事業所名称	一般財団法人 児玉報謝会 新成病院
主たる事業所の所在地	〒890-0055 上荒田町16-30
法人種別	一般財団法人
管理者	森山 由紀則
電話番号	099-254-3332
ホームページ	https://sinsei-hp.or.jp/
介護保険法に基づき 鹿児島県知事から指定を受けている 事業所名称（指定番号）	新成病院 （4610115836）

2.事業所概要

事業の目的	リハビリテーションの観点から自宅療養生活の支援を行う
運営の方針	要介護者などの心身の特性を踏まえ、全体的な日常生活動作の維持、回復を図り、社会的参加と生活の質を重視した在宅療養が継続できるようリハビリテーションの観点より支援する。事業の実施にあたっては関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスに努める。
サービス内容	療法士が、利用者の自宅に訪問し、医師の指示に基づいて、利用者がより自立した日常生活を営むことが出来るように、基本動作能力、日常生活動作、対人、社会的活動の参加、精神面の支えと家族介護負担軽減、福祉用具住宅改修の助言を丁寧に行い、利用者に対して適切なサービス提供を行う。

3.職員体制

ご利用事業所の従事者の職種	員数	勤務の体制
医師	1名	常勤1名
理学療養士	4名	常勤4名 非常勤0名 責任者:黒原 郁美 昼勤（午前9時00分～午後17時30分）
作業療法士	1名	常勤1名 非常勤0名 責任者:岩村 浩平 昼勤（午前9時00分～午後17時30分）

4.サービス提供時間帯

定休日	土曜・日曜 8月14～15日 ・ 12月30日～1月3日
営業時間	平日： 午前9時～午後17時

5. サービス提供地域

鹿児島市（一部地域は除く） 詳しくは担当者までお問い合わせください

6. 利用料金

（１）利用料

原則として、料金表における利用料金の負担割合証の額がご利用者の負担額になります。

ただし、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担になります。

（２）利用料金のお支払い方法

毎月、料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月 15 日頃ご請求しますので、月末までにお支払いください。お支払いは、病院受付や各担当者へ現金支払いとし、領収書は集金後発行いたします。原則、再発行は致しません。

（３）交通費

上記サービス提供範囲内での訪問に関して、交通費は原則いただいておりません。

要介護者	基本料金
訪問リハビリテーション費	1 回につき 3,070円 1 回20分
サービス提供体制強化加算	1 回につき 60円 1 回20分
※短期集中リハビリテーション加算 退院日又は認定日から3月以内	1 日につき 2,000円

要支援者	基本料金
介護予防訪問リハビリテーション費	1 回につき 3,070円 1 回20分
予防訪問リハマイジメント加算	1 回につき 2,300円
※短期集中リハビリテーション加算 退院日又は認定日から3月以内	1 日につき 2,000円

7. サービスの利用方法

（１）サービス利用開始

当院責任者あるいは、担当の介護支援専門員にご相談下さい。後日等事業所担当職員がお伺いします。主治医意見書で必要性が明記され、担当看護支援専門員の調整、ご相談の上契約書、重要事項説明書、個人情報の説明、同意を持って正式利用となります。

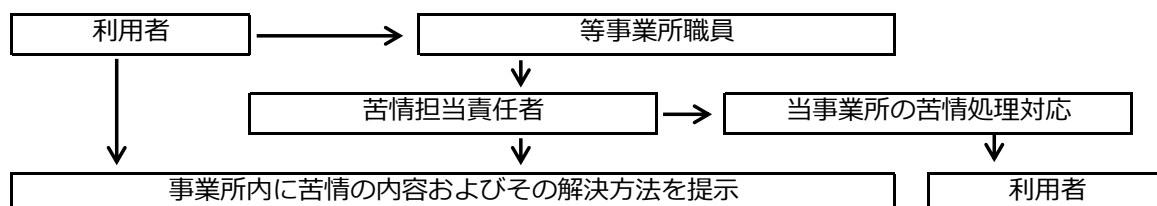
サービス提供にあたり、職員は複数で担当させていただき、ご利用者と相談の上、やむなき事業が生じた場合、訪問日の振替をさせていただく場合があります。交通費については原則無料です。

(2) サービスの終了

- a) ご利用者都合でサービス終了する場合 (サービス終了を希望する1週間前までに申し出下さい)
- b) 当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足などでやむなくお断りする場合がございます。この際は終了1ヵ月前に通知します。
- c) 自動終了 以下の場合は双方の通知がなくてもサービスを自動的に終了します。
- ・ご利用者が介護保険施設に入所された場合
 - ・ご利用者が介護保険非該当になった場合
 - ・ご利用者がお亡くなりになった場合

8. サービス内容に関する苦情相談窓口

ご利用者ご相談窓口	利用時間	平日	9:00~17:30
		土日	なし
	電話		099-254-3332
	面談		森 洋樹
鹿児島市 介護保険課	利用時間	平日	9:00~17:00
		土日	なし
	電話		099-216-1277
	面談		電話にてご相談ください
鹿児島県 国民健康保険団体 連合会	利用時間	平日	9:00~17:00
		土日	なし
	電話		099-213-5122
	面談		電話にてご相談ください
福祉サービス運営適正化委員会 連合会	利用時間	平日	9:00~16:00
		土日	なし
	電話		099-286-2200
	面談		電話にてご相談ください



9. 担当職員やその変更

当事業所では複数の療法士で担当させていただく場合があります。

- ①ご利用者はいつでも担当者の変更を申し出る事ができます。その場合、原則当事業所は利用者、その家族からの変更の申し出に応じます。
- ②当事業所は、ご利用者の担当者が退職、休職、配置転換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。
- ③都合により担当者が一定期間、もしくは継続して訪問する事が不可能になった場合、事前に説明し、速やかに介護支援専門員と連携し、新たな担当者を手配・準備させていただきます。

10. 秘密の保持

利用者及びその家族に関する個人情報にかんして、事業所は、正当な理由がない限り、その業務上知りえた秘密を漏洩しません。ただし、サービス担当者会議、他事業所との連携、学会発表の際に、個人情報を使用することがあります。個人情報の同意書を説明し、了承をいただきますが、同意いただけない場合、一体的なサービス提供ができなくなることもあります。

11. 家族への連絡

家族の希望のある場合、利用者に連絡する内容と同等の通知を家族等におこないます。

12. 記録の保存

サービス提供における記録において、事業所は5年間の保管を定め、利用者、その家族の求めに限り記録の閲覧、開示を行います。なお、記録の写しは実費を頂く場合がございます。

13. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

また、緊急連絡先に連絡いたします

利用者の主治医	氏名 医療機関の名称 所在地 電話番号
家 族	
緊急連絡先	氏名 住所 電話番号 昼間の連絡先 夜間の連絡先

14. 損害賠償、損害保険の加入

事業所は、病院・診療所賠償責任保険に加入しております。

15. その他

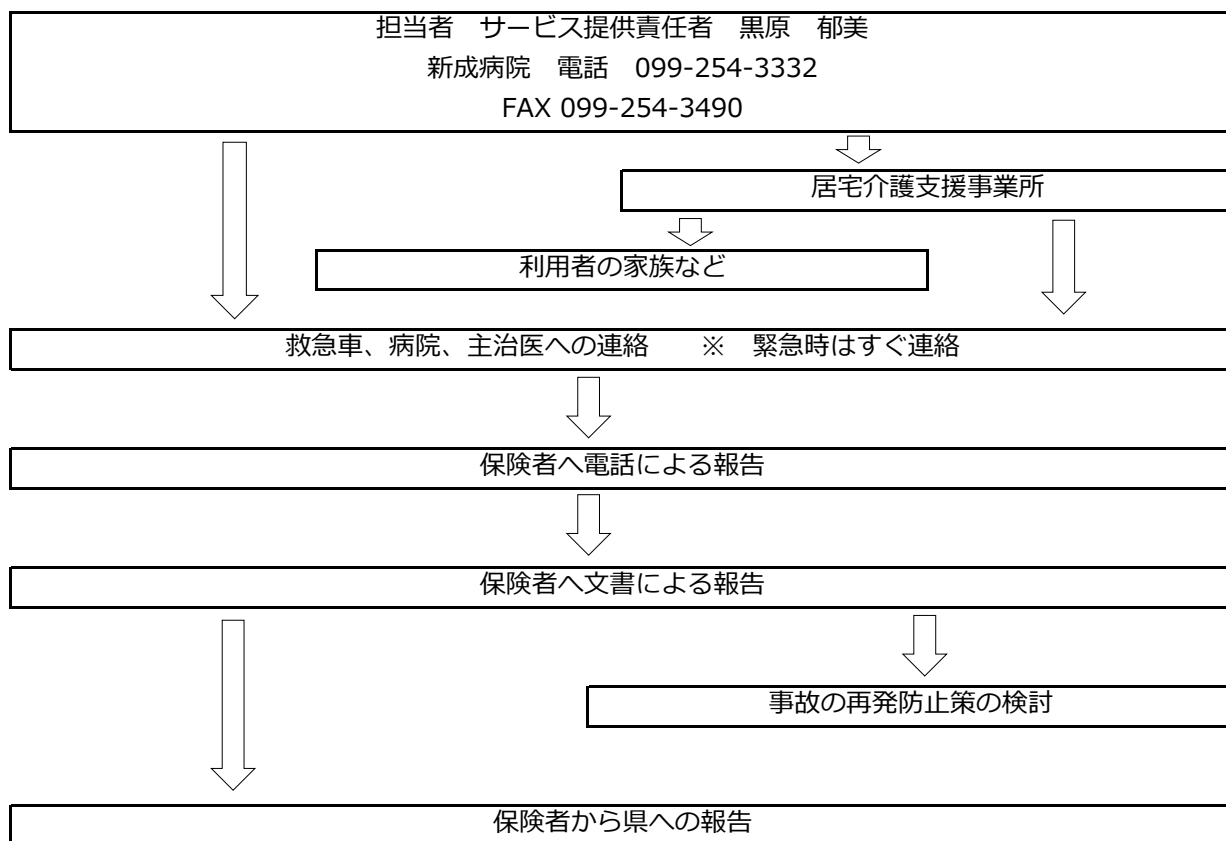
訪問リハビリテーションを提供するに当たり、ご利用者、及びご家族に説明、同意をいただきます。

計画を作成し、ご利用者、及びご家族に説明、同意をいただきます。

サービス担当者は事業所指定の社員証を携帯し、初回訪問時及びご利用者又はご家族からの求めに応じます。

16. 事故発生時の対応

- ①介護者の判断により救急もしくは専門医療機関に連絡する
- ②利用者の主治医に連絡し、指示を仰ぐ
- ③居宅介護事業者所、家族及び市町村に連絡
- ④利用者から事業者への緊急連絡



※※当院における個人情報の利用目的※※

- 1、医療提供
 - (1) 当院での医療サービスの提供
 - (2) 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者等との連携
 - (3) 他の医療機関等からの照会への回答
 - (4) 患者さんの診療の為、外部の意思等の意見・助言を求める場合
 - (5) 検体検査業務の委託、その他業務委託
 - (6) 御家族等への病状説明
 - (7) その他、患者さんへの医療提供に関する利用
- 2、診療費請求の為の事務
 - (1) 当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務及び委託
 - (2) 審査支払機関へのレセプトの提出
 - (3) 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - (4) 患者さんの診療の為、外部の意思等の意見・助言を求める場合
 - (5) その他、医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する診療請求の為の利用
- 3、当院の管理運営業務
 - (1) 会計・経理
 - (2) 医療事故の報告
 - (3) 当該患者さんの医療サービス向上
 - (4) 入退院等病棟管理
 - (5) その他、当院の管理運営業務に関する利用
- 4、企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知
- 5、医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- 6、医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 7、当院内において行われる医療実習への協力
- 8、医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究
- 9、外部監査機関への情報提供

- 1、上記のうち、他の医療機関等への情報提供についての同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し出ください。
 - 2、お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
 - 3、これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

一般財団法人 児玉報謝会
新 成 病 院
院 長 森 山 由 紀 則

サービス担当者　：

上記の者より、重要事項説明書の内容及び個人情報について説明を受け、了承しました。
本書を2通作成し、利用者、事業所が署名捺印の上、一通ずつ保管するものとします。

令和 年 月 日

利用者

<住所>

<氏名>印

代理人（選任した場合）

<住所>

<氏名>印

事業所	住所	鹿児島市上荒田町16-30	
	事業者名	一般財団法人　児玉報謝会	
	事業所名	新成病院	
	事業所番号	4610115836	
	管理者	院　長　森山　由紀則	印
	代表者	理事長　児玉　律子	印