

訪問リハビリテーション重要事項説明書

1. サービス提供事業所

医療法人社団 純正会 東大泉病院 理事長 作田 美緒子
東京都 練馬区 東大泉 7-36-10 電話 03-3924-5820

2. 訪問リハビリテーションとは

医師の指示のもと、国家資格を持った理学療法士・作業療法士または言語聴覚士が利用者の自宅へ訪問し、利用者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようになることを目的として、1日につき20分以上の機能回復訓練及び日常生活に必要な指導や助言を行うことを指します。

*訪問リハビリテーション専任ではない、当法人所属の理学・作業療法士が訪問リハビリテーションを行う場合があります。

3. 診療情報提供書と訪問リハビリ指示書の交付

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハビリ）は、主治医の情報提供に基づき担当セラピストが実施するため、訪問リハビリのサービス提供を受けるためには、主治医の作成した「診療情報提供書」を持参して頂き、当院に受診していただく必要があります。また、訪問リハビリを継続していく場合、指示書は3ヵ月毎に更新する必要があり、3ヵ月に一度、当院への受診が必要となります。

*診療情報提供書の有効期限は、原則として、受診時より1ヶ月です。

*主治医からの診療情報提供書を作成する際にかかる受診や書類作成の費用はご利用者様のご負担となります。

4. サービスの内容

医師の指示に基づき、①日常生活動作訓練 ②起立・歩行訓練 ③筋力強化訓練 ④関節可動域訓練 ⑤家族への介護方法の相談・指導 ⑥その他医師の指示事項を、介護支援専門員の作成した居宅サービス計画書に従って、訪問リハビリテーション実施計画書を作成しサービスは提供されます。

また、訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直しながら、介護支援専門員を通じてその他の居宅サービスに該当する事業者に対し、リハビリテーションの観点から日常生活上の留意点や介護の工夫等を伝達し連携を図ります。

5. サービスの提供時間帯

介護支援専門員と相談し、時間帯を決定させていただきます。なお他利用者様の利用状況の変更や天候、交通事情等により変更をお願いすることがありますので、ご理解・ご了承の程宜しくお願いします。

*土日・祝日・年末年始はサービス提供を行いません。

6. 利用料、交通費の請求について

指定訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額（別紙）とし、当該指定訪問リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

7. 苦情について

提供されたサービスに関し、苦情・相談などがある場合は事業者・介護支援専門員・市町村または国民健康保険団体連合会に対して申し出ることができます。苦情・相談を申し出たことにより、一切の不利益な処遇はいたしません。

<事業者の苦情または相談窓口>

担当者 医療法人社団 純正会 東大泉病院 事務長
電話 03-3924-5820

8、緊急時の連絡

訪問リハビリ提供中に緊急事態が生じた場合には、診療情報提供書を交付した主治医に連絡し、必要な処置等を実施するとともに、速やかに利用者が指定される下記の方に連絡をします。

なお、主治医に連絡が取れない場合には、東大泉病院の医師に連絡し必要な処置等を実施します。

利用者が指定される連絡者 _____ (続柄) _____
連絡先 _____
希望搬送先 _____

9、個人情報の保護について

訪問リハビリ提供中に、事業所が知り得た利用者及びその関係者の個人情報については、サービス担当者会議及び別紙に定める「個人情報提供同意書」の内容以外には利用いたしません。上記以外の目的で個人情報を利用する場合には、予め利用者の同意を得ます。

10、その他の事項

①介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供する場合は、訪問リハビリの文言を介護予防訪問リハビリテーションと読み替えることとします。

②急用等により訪問リハビリを受けることができなくなった場合は、当日 8 時 50 分までに当事業所まで連絡下さい。ご連絡無くご自宅を不在にしてキャンセルされた場合、実費相当額をご負担いただきます。

また、流行性の感染症にご本人または同居ご家族様が罹患した場合は訪問リハビリを中止いたします。感染が疑われる場合、当日 8 時 50 分までに当事業所まで連絡下さい。ご連絡なく担当セラピストが訪問した上で訪問リハビリを中止した際も実費相当額をご負担いただく場合がございます。

③運営規程・契約書・重要事項説明書及び介護保険法等の関連法令に定めていない事項については、介護保険法の主旨を尊重し、利用者と事業者の協議により決定します。

④ご不明な事項については、訪問リハビリ担当者にお尋ね下さい。

⑤3ヶ月を目安に、利用計画の見直しを致しますのでご了承下さい。

(事業者) 東京都練馬区東大泉 7-36-10
医療法人社団 純正会 東大泉病院
理事長 作田 美緒子

説明者 _____ (印)

上記の説明を受け了承しました。

20 年 月 日

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

上記代理人 (代理人を選任した場合)

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄) (印)

電 話 _____