

諏訪湖畔病院 訪問リハビリテーション 重要事項説明書

(令和 7 年 1 月 1 日現在)

1:医療法人研成会 諏訪湖畔病院 訪問リハビリテーション事業の概要

事業方針

地域住民が要介護状態となった場合、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、理学療法・作業療法・言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行なうことにより、利用者の心身の機能の維持・回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指します。

(1)事業所の名称、所在地等

事業所名	諏訪湖畔病院 訪問リハビリテーション
所在地	長野県岡谷市長地小萩 1-11-30
電話番号	(0266) 27-5500
介護保険事業所番号	2010417067
実施地区	岡谷市 下諏訪町

(2)職員体制

管理者 稲村いづみ(院長)

従事者の職種・人数

PT 3 名(常勤) ST 1 名(常勤)

(3)営業日、営業時間、休日

営業日 月曜日から土曜日(木曜日を除く)

営業時間 8:30~17:15

休日 木曜日、日曜日 年末年始(12/30~1/3) お盆休み(8/14~8/16) 事前連絡した日

2:サービス提供の方法及び内容

(1)利用者に対し、医師の指示、居宅サービス計画書、各個人の評価に基づき、リハビリテーション実施計画書の作成を行い、身体機能維持・向上の為に計画に基づいて理学療法又は作業療法・言語聴覚療法や、日常生活動作訓練を行います。

(2)サービス提供時間は、20 分を1枠とし、1週間6枠を上限とします。

3:利用料金

(1)利用料金は利用契約書別紙の通りです。この金額は法定利用料に基づく金額です。

(2)その他の料金

通常の事業実施地域外からの依頼については、訪問が可能であれば交通費は実費負担とし、営業地域境界線から自宅までの距離1km当たり100円(片道分)となります。

(3)支払方法

当月料金の合計額請求書に明細を付して、翌月上旬までに利用者にお渡しいたします。利用者は、当月料金の合計金額を翌月末日までに、諏訪湖畔病院会計または口座振り込みでお支払い頂きます。

4:緊急時の対応

サービス利用時における利用者の急変に対しては、必要に応じて、ご家族または緊急連絡先へ連絡し、訪問リハビリテーションの担当者がこれに当たるものとします。急変時の症状により、医師の指示にて適切な処置を行ないます。サービス提供により事故が発生した場合は、市町村・居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

5:災害時の対応

サービス利用時における地震等の災害に対しては、必要に応じて、ご家族または緊急連絡先へ連絡し、訪問リハビリテーションの担当者がこれに当たるものとします。災害時は事業所の災害マニュアルに基づき対応をいたします。被災状況によっては、訪問できない可能性もあります。

6: 苦情処理の体制

- ・サービスの内容に関する相談・苦情等の窓口

担当者: 井上 博幸

電 話: 0266-27-5500(内線 2231)

受付時間: 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分(営業時間内)

当事業所以外に、下記にも苦情を伝えることができます。

- ・岡谷市保健福祉部 介護保険課 電話 0266-23-4811
- ・下諏訪町高齢者福祉課 介護保険係 電話 0266-27-1111
- ・長野県国民健康保険団体連合会 電話 026-238-1580

7: 秘密保持

- (1) 事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所でのサービス提供以外の目的では原則利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族の同意を得るものとします。
- (2) 従事者は、在職中、退職後に関しても利用者、家族に関する秘密、個人情報を漏らしません。

8: その他

- (1) 年金の管理、金銭の貸借など金銭の取扱いはできません。
- (2) 訪問リハビリテーション業務以外(買い物、掃除等)を行うことはできませんので、ご了承ください。
- (3) 贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (4) 当方の理由でやむを得ず、訪問時間の変更を相談させて頂く事もありますので、ご了承ください。

訪問リハビリテーションの提供開始に当り、利用者に対し本書面に基づく重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業者: 諏訪湖畔病院 訪問リハビリテーション

所在地: 岡谷市 長地 小萩 一丁目11番30号

管理者: 稲村 いづみ

説明者:

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事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

(続柄

) 印

利用者情報の利用に関する同意書

契約書第 9 条に規定する個人情報の使用について同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

印

代理人 住所

氏名

(続柄

) 印