

重要事項説明書

（介護予防）訪問リハビリテーション

1. 法人の概要

法人名	特定医療法人社団 研精会		
設立年月日	昭和46年4月24日		
法人住所	東京都調布市東つつじヶ丘2丁目27番地1		
電話番号	03-3308-8801	FAX番号	03-3305-8780
代表者名	石坂 真一郎		

2. 施設の概要

（1）施設の名称等

施設名	介護老人保健施設 デンマークイン箱根		
開設年月日	平成1年12月1日		
所在地	神奈川県足柄下郡箱根町仙石原1285		
電話番号	0460-84-5620	FAX番号	0460-84-5621
管理者名	永井 努		
介護保険事業者番号	1451580000（平成12年2月22日指定）		

（2）（介護予防）訪問リハビリテーションの目的と運営方針

通院が困難な利用者に対して、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）が、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、利用者が可能な限り居宅において、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、理学療法士等が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図ります。この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

《（介護予防）訪問リハビリテーション運営方針》

当事業所では、居宅介護支援事業者、その他の保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において総合的サービス提供を受けることができるよう努め、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように説明等を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

（3）施設の職員体制（ 年 月 日現在）

管理者（医師）	1名
医師（常勤）	1名
理学療法士	3名
作業療法士	3名
言語聴覚士	1名

（4）サービス提供時間等

サービス提供日及び提供時間は、月曜日 ～ 金曜日（但し、祝日は除く）
平日の午前9時00分から午後5時00分までとします。

(5) 実施地域

(介護予防)訪問リハビリテーションの実施地域は、箱根町全域とします。

4. 本事業の提供にあたって

(1) 介護保険証の確認

本事業のサービス提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

(2) 記録の作成

医師及び理学療法士等は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

(3) 心身の状況の把握

サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

4. 職員の質の確保

(1) 本事業に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）の開催を行います。

(2) 研修の実施内容及び報告書については、記録を行います。

(3) 新規採用者については、新人教育プログラムに基づき育成を行います。

5. 衛生管理

職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。また、事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

6. 事故発生時の対応

本事業の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係わる居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対し、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. 身分証携行義務

本事業を行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

8. 要望及び苦情等の相談

当施設への要望及び苦情等の相談には、担当者がおりますので、お気軽にご相談ください。

担当者 江島 伸哉 (電話0460-84-5620)

〈公的機関への苦情申出〉

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情班	電話 045-329-3447 FAX 0570-033110
神奈川県保健福祉局 福祉・次世代育成部 介護保険課 監査グループ	電話 045-210-4820
神奈川県足柄下郡箱根町湯本 256 箱根町福祉部健康福祉課介護保険課	電話 0460-85-7790

※利用者負担のご説明

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる通常1割の自己負担分と保険給付対象外の費用（利用者の選択に基づく特別な費用等）を利用料としてお支払いいただきます。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域や配置する職員の数などで異なり、保険給付対象外の費用についても、施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、訪問リハビリテーション利用料金表をご参照ください。

当施設の（介護予防）訪問リハビリテーション利用について、重要事項を説明し、重要事項説明書を交付しました。

年 月 日

介護老人保健施設 デンマークイン箱根

（説明者）_____

【確認欄】

介護老人保健施設デンマークイン箱根の（介護予防）訪問リハビリテーション利用について、担当者からの説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日

＜利用者＞

（住所）_____

（氏名）_____