

訪問リハビリテーション重要事項説明書

(令和 年 月 日 現在) 医療法人清風会 ホスピタル坂東

訪問リハビリテーション

1. 訪問リハビリテーションについての相談窓口

電 話	0297-44-2000 (病院代表) 0297-44-2196 (訪問リハビリテーション直通)
FAX	0297-44-2072
担当者	総合リハビリテーション部 横山 聖

※ ご相談は、病院診療時間内(午前9時～午後5時)にお願いします。

2. 訪問リハビリテーションの概要

(1) 事業所名、保険指定番号等

事業所名	医療法人清風会 ホスピタル坂東
所在地	茨城県坂東市沓掛411番地
電話番号	0297-44-2000
介護保険指定番号	0811810464

(2) 当事業所の訪問リハビリテーションの目的と運営方針

[目的]

訪問リハビリテーションは、介護保険法令の趣旨に従って、要介護状態と認定された利用者に対し訪問リハビリテーション計画を立案・実施し、利用者の心身機能の維持・向上を図る事を目的とする。

(3) 訪問リハビリテーション担当の職員

担当者	資格	人数	兼任業務
病院管理者	医師	1名 (常勤)	病院業務
施設担当医師	医師	1名以上 (常勤)	病院業務
訪問リハビリ責任者	理学療法士	1名 (常勤)	総合リハビリ テーションセ ンター業務
訪問リハビリテーショ ン従事者	理学療法士 または作業療法士	1名以上 (常勤)	
	その他従事者	1名以上	

(4) サービス提供営業日及び時間帯

日	時 間 帯	備 考
月曜 ～ 土曜	営業時間：午前9時～午後5時	
	<input type="checkbox"/> 毎週 曜日 時 分～ 時 分	
	<input type="checkbox"/> 毎週 曜日 時 分～ 時 分	
注：日曜 祝祭日 年末年始は提供していません。		

3. 訪問リハビリテーションサービスの内容

訪問リハビリテーションは、医師、理学療法士、作業療法士等リハビリテーションスタッフにより作成される訪問リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法、作業療法及びその他必要なリハビリテーションを行う。

4. 利用料金

要介護度および利用時間によって利用料金が異なり、以下の利用料金は、1回当たりの利用者負担額です。基本料金+加算+その他費用が利用料金となります。

《基本料金》

「利用時間：20分/回、自己負担1割の場合」

要介護1～5	313円（1回につき）
要支援1～2	303円（1回につき）

《加算》

① 短期集中リハビリテーション実施加算 ※1 ・退院、退所日または新たに要介護（要支援）認定を受けた日から3ヶ月以内	203円（1日につき）
② サービス提供体制強化加算（I）	6円（1回につき）
③ リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	183円（1ヶ月につき）
④ リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ	216円（1ヶ月につき）

※1：概ね週2日以上、個別リハビリ20分以上/回実施した場合に加算します

《その他＝実費料金》

費目	金額	内容
教養娯楽費（1日につき）	実費	作業活動や行事等に於ける材料費（任意）
文書料（1通）	実費	当院規程の額による
交通費	坂東市内＝無料 市外＝100円/Km	

5. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかにご連絡ください。
- (2) 利用者の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、利用者の容体の急変など、緊急やむ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、下記のとおりお支払いいただきます。

期 間	キャンセル料
利用日の前日まで	無 料
利用日の当日 (9時00分以降)	利用者負担金の100%

6. 請求と支払方法

請 求	上記の料金・費用は月末日で締め切り、毎月 10 日以降に請求書を発行し郵送またはお渡しします。※1	
支 払	請求額を月末日までの銀行営業日以内に下記振込口座までお振込みまたは現金でお支払いください。※2	
支払方法	銀行振込み口座	常陽銀行 岩井支店 普通預金 (口座番号) 1576266 医療法人清風会 理事長 小池 健(コイケ タツ)
通帳表記	口座振り込み	「イ) セイフウカイ」と表記されます。

※1：入金確認が出来なかった場合、翌月に合算して請求となります。

※2：銀行振込みでの手数料は利用者負担となります。

7. サービス内容等に関する苦情

当事業所	総合リハビリテーション部 相 談 窓 口	電 話 0297-44-2196 担当者 倉持 正一
	ホスピタル坂東 患者サービス係	電話 0297-44-2000 担当者 田中 章公
市 町 村	お住まいの市町村の相談・苦情窓口 坂東市の場合 坂東市介護福祉課 0297-21-2193	
保健関係	ご加入の健康保険の都道府県団体 茨城県にお住まいの国民健康保険加入者の場合 茨城県国民健康保険団体連合会 029-301-1565	

名 称	医療法人 清風会 ホスピタル坂東
法 人 代 表	理事長 小池 健
施 設 名	医療法人 清風会 ホスピタル坂東
施 設 代 表	院 長 吉田 正
所 在 地	茨城県坂東市沓掛4 1 1 番地
電 話 番 号	0 2 9 7 - 4 4 - 2 0 0 0

8. 事業者の表示

9. 通常の事業の実施地域

原則として坂東市内

10. 風水害等発生時の対応

風水害等によるサービスの中止・開始時間の遅延については下記が想定される時に検討を行います。

中止・開始の遅延	
中止の判断	サービス提供地域に大雨特別警報が発令中（予測される時）
	サービス提供地域の河川に氾濫危険情報が発令中（予測される時）
	サービス提供地域に大雨・洪水・土砂警報が3つ同時に発令中（予測される時）
	上記以外でサービス提供場に向かう際に身の危険を感じるような天候状況
	大規模停電により信号機が作動をしていない時
開始の遅延	サービス予定時間後の天候状況回復により、提供が可能と判断をされた時

利用者（家族）へのご連絡

・前日まで（事前予測が可能な場合）

前日までに明らかに翌日の営業の中止・開始時間の遅延の可能性がある時は事業所より「電話」にてお知らせいたします（前日は可能性の事前のご連絡であり、最終決定は当日の電話連絡となります）。

・当日

風水害等の当日のサービスの中止・開始時間の遅延については、サービス提供時間前に職員より「電話」によりお知らせいたします。

1 1. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医
病院名
住 所 〒 —
電話番号 ()

(2) 家族または身元引受人等の緊急連絡先

緊急の場合には「利用契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

1 2. 個人情報の利用目的

当院では、以下の目的で患者様の個人情報を利用させていただきますので、予め御了承下さい。不同意の場合はお申し出下さい。適切に対処させていただきます。

(1) 患者様等への医療の提供に必要な利用目的

① 当院での利用

- 当院で患者様(健診・ドックを含む)に提供する医療
- 医療保険事務
- 患者様に係る管理運營業務のうち
 - ・入退院等の病棟管理
 - ・会計・経理
 - ・質向上・安全確保・医療事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - ・患者様への医療サービスの向上

② 他の事業者等への情報提供

- 当院が患者様等に提供する医療のうち
 - ・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス施設事業所等との連携
 - ・他の医療機関等からの照会
 - ・患者様等の診療に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ・検体検査業務の委託・その他の委託
 - ・家族等への病状説明
- 医療事務のうち
 - ・保健事務の委託
 - ・審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出及び同機関又は保険者からの照会への回答
- 事業者等の委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知

○医師賠償責任保険等に係わる医療に関する専門家又は団体、保険会社等への相談
又は届出等

(2) 上記以外の利用目的

① 当院での利用

○医療機関等の管理運営業務のうち

- ・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・医師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・理学療法士・作業療法士・
栄養士・医療事務等の教育・研修及び実習学生への協力
- ・病例検討・研究及び剖検・臨床病理検討会等の死因検討
- ・研究、治験及び市販後臨床試験の場合(関係する法令、指針による)
- ・治験経過及び予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査

② 学会・医学誌等への発表の場合

○特定の患者・利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、
氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化します。匿名化困難な場合は、
ご本人のご了解を得ます。

③ 他の事業者等への情報提供を伴う事例

○当院の管理運営業務のうち

- ・外部監査機関への情報提供
- ・当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅支援事業
所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答

○外部公的機関

- ・警察・役所への情報提供、開示

以上、訪問リハビリテーションサービスの提供にあたり、利用者又は利用者の代理人、及び利用者の連帯保証人に対し、「訪問リハビリテーション契約書」及び「個人情報使用同意書」、「重要事項説明書」に基いて、訪問リハビリテーションサービスについて重要な事項の説明をいたしました。

令和 年 月 日

事業者 医療法人清風会 ホスピタル坂東
所在地 茨城県坂東市沓掛 411 番地
説明者 所属 総合リハビリテーション部

氏名

私は、「訪問リハビリテーション契約書」及び「個人情報使用同意書」、「重要事項説明書」により、事業者から訪問リハビリテーションについて重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 (住 所)

(氏 名)

身元引受人 (住 所)

(氏 名)

署名代行者 (住 所)

(氏 名)

(署名代行理由) 手が不自由 認知症 その他(.....)

付則

この契約書・個人情報使用同意書・重要事項説明書は、下記の日時をもって施行する。

なお、内容に変更等があった際は、変更日・新たな施行日を記載する。

令和4年9月1日より施行する。

令和4年9月22日改定。

令和4年11月16日改定。

令和4年12月10日改定。

令和5年10月21日改定。

令和5年12月1日改定。

令和6年5月7日改定。

令和6年6月1日改定。

サービス内容説明書

令和 年 月 日

サービス内容		
利用曜日・時間曜日 時 分～ 分間曜日 時 分～ 分間曜日 時 分～ 分間	
週間実施単位	単位・回/週	1 単位・1 回= 2 0 分
利用料 (1 回につき)	円/回	

キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

期 間	キャンセル料
利用日の前日まで	無 料
利用日の当日 (9 時 00 分以降)	利用者負担金の 1 0 0 %

私は、事業者から「サービス内容説明書」について説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 (住 所)

(氏 名)

身元引受人 (住 所)

(氏 名)

署名代行者 (住 所)

(氏 名)

--(署名代行理由) 手が不自由 認知症 その他(.....)

サービス変更合意書

令和 6 年 5 月 13 日

サービス内容	(旧) 訪問リハビリテーション 307 単位/回 ↓ (新) 訪問リハビリテーション 308 単位/回	※6 月支援分から 変更
利用曜日・時間	曜日 時 分～ 分間 曜日 時 分～ 分間 曜日 時 分～ 分間	
週間実施単位	単位・回/週	1 単位・1 回=20 分
利用料(1 回につき)	313 円/回	1 単位・1 回=20 分

キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

期 間	キャンセル料
利用日の前日まで	無 料
利用日の当日 (9 時 00 分以降)	利用者負担金の 100%

私は、事業者から「サービス内容説明書」について説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 (住 所) _____

(氏 名) _____

身元引受人 (住 所) _____

(氏 名) _____

署名代行者 (住 所) _____

(氏 名) _____

__ (署名代行理由) 手が不自由 認知症 その他(_____)__