

訪問リハビリテーション(予防含む) 重要事項説明書

1 名称及び所在地

指定訪問リハビリテーションを実施する事業所の名称及び所在地、連絡先は次の通りです。

- (1) 名 称 独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院
- (2) 管理者 星地 亜都司
- (3) 所在地 神奈川県足柄下郡湯河原町中央2-21-6
- (4) 連絡先 0465(63)2211(代)

2 従業者の職種、員数及び職務内容

指定訪問リハビリテーションの従事者の職種、員数及び職務内容は、次の通りです。

- (1) 訪問リハビリテーション責任者
院長 星地 亜都司
- (2) 訪問リハビリテーション提供者 (都合により他の理学療法士が代行する場合があります)
理学療法士 4 名
作業療法士 2 名
言語聴覚士 1 名
- (3) 職員は、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の維持改善を図ること及び介護者の負担を軽減するために必要なリハビリテーション指導を行います。

3 営業日及びサービス時間

指定訪問リハビリテーションの営業日及び営業時間は、次の通りです。

- (1) 営業日
月曜日～金曜日 (08時30分～17時00分)
・休 日 土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)
- (2) サービス時間
09時00分～17時00分

4 利用料その他の費用の額

- (1) 利用料は厚生労働省の定める基準により、別紙(介護保険による居宅サービス利用者負担金一覧表)に示した通りです。
- (2) 交通費は、利用者の居住地域が、通常事業の実施地域である湯河原町、真鶴町、熱海市(泉地区)内である場合は当事業所で負担させていただきます。また、それを越える地域の場合は適宜請求させていただきます。
- (3) 以上の利用者負担金は利用された翌月の 10 日以降に当事業所より、納入の御案内を郵送させていただきます。その指示に従い、お支払いください。

5 サービスのキャンセル

予約いただいたサービスをキャンセルされる場合は早急に下記に連絡して下さい。尚、キャンセル料はいただきません。

キャンセル時の連絡先:湯河原病院 地域医療連携室

電話 0465(63) 2211 /FAX 0465(63)8601

6 緊急時の対応

指定訪問リハビリテーションを行っている際に、利用者の病状に急変等が生じた場合、必要に応じて臨時応急の手当てを行い、速やかにかかりつけ医へ連絡し、指示を求めます。

かかりつけ医 事業所名_____医師名_____

電話番号_____

協力医療機関 湯河原病院 医師名 星地 亜都司

電話番号 0465(63)2211

7 サービスの停止

(1)利用者がサービスの停止を望まれる場合は、当事業所、または担当居宅介護事業者にご連絡を頂くとともに文書で通知してください。

(2)事業者の意向で、サービスを停止する場合は、サービス停止の1ヶ月前までに理由を示した文書で通知します。

8 苦情対応

(1)事業者は、利用者又は、その家族から提供されたサービスに対しての苦情があった場合は速やかに対応します。

(2)事業者は、利用者又は、その家族が苦情申し立て機関に苦情の申し出を行なった場合、これを理由としていかなる不利益・不公平な対応はいたしません。

(3)利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合は、当事業所・居宅介護支援事業者・市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出る事ができます。

相談又は苦情等に対する窓口（連絡先）

当事業所 （電話番号） 0465-63-2211

（F A X 番号） 0465-63-8601

（受付時間） 9：00～16：30

（担当者） 地域医療連携室 加賀 仁

湯河原町役場介護課介護係	(電話番号)	0465-63-2111 (代表)
	(FAX番号)	0465-63-2384
真鶴町健康福祉部介護課介護係	(電話番号)	0465-68-1131 (代表)
	(FAX番号)	0465-68-5119
熱海市健康福祉部長寿介護課	(電話番号)	0557-86-6336
	(FAX番号)	0557-86-6264
神奈川県国民健康保険団体連合会	介護保険課	介護苦情相談係
	(電話番号)	045-329-3447
	(FAX番号)	0570-033110
静岡県国民健康保険団体連合会	介護保険課	介護苦情相談係
	(電話番号)	054-253-5590
	(FAX番号)	054-253-5589

9 その他の留意事項

- (1) 従業者に対する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。
- (2) ご本人やご家族、訪問スタッフ等で相談の上、決定した目標に向けて、リハビリテーションを施行しますが、リスク管理を優先し内容や時間等はその都度変更させていただきます。

以上、サービス契約の締結にあたり、上記の通り説明します。

事業所名 独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院

管理者名 星地 亜都司

サービス説明者署名_____

サービス契約の締結にあたり、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問リハビリテーションの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名_____

利用者家族署名_____