

(介護予防) 訪問リハビリテーション 重要事項説明書

1、事業者概要

事業者名称	医療法人社団 寿光会
所在地	千葉県松戸市五香西4-26-10
代表者名	理事長 作田 美緒子
電話番号	電話：047-311-3166 FAX：047-311-3167

2、事業所概要

事業所名称	介護老人保健施設エスポワール松戸 (介護予防) 訪問リハビリテーション
指定番号	千葉県指定 第1252480093
所在地	千葉県松戸市五香西4-26-10
電話番号	電話：047-311-3166 FAX：047-311-3167

3、事業の目的と運営方針

事業の目的

介護保険法令に従って、利用者またはその家族が、可能な限り快適な日常生活を営むことができるよう、利用者に応じた訪問リハビリテーションサービスを提供します。

運営の方針

- (1) 事業所の従事者は、要介護者等が、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、理学療法、作業療法その他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。
- (2) 指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するようその目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行います。
- (3) 訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4、本事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤
理学療法士(管理者含む)	1名以上	
作業療法士	1名以上	
言語聴覚士	1名以上	

5、営業時間

営業日・営業時間	月曜日～土曜日 (日曜日、12月30日～1月3日を除く) 午前8時30分から午後5時30分
----------	---

6、営業地域

営業地域	松戸市、市川市、鎌ヶ谷市、柏市
------	-----------------

(注)上記以外の地域への訪問リハビリテーションでは交通費は実費扱いとなります。

7、利用料

○利用料として介護保険法第41条に規定する居宅介護サービス費の支給対象となる費用にかかる額の支払いを利用者から受けるものとします。

○利用者は、契約書別紙に定めた訪問リハビリテーションサービスに対する所定の利用料および、サービスを提供する上で別途必要になった費用を支払うものとします。

○利用料金の支払い方法

毎月、10日前後に前月分の請求書を発送します。また当該月の利用料は、翌月26日に利用者の指定の口座から振替ます。(26日が土・日・休日の場合は、その翌日)

8、苦情の受付について(契約書第14条参照)

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

【担当者】 事務長

リハビリテーション科 主任

○受付時間等

【曜日・時間】 毎週月～金曜日 8時30分～16時

【連絡先】 TEL 047-311-3166 FAX 047-311-3167

(2) 行政機関その他苦情受付機関

松戸市役所 福祉長寿部介護保険課	所在地 : 千葉県松戸市根本387番地の5 本館1F 電話番号 : 047-366-7370 FAX : 047-363-4008 受付時間 : 9時~17時
国民健康保険団体 連合会	所在地 : 千葉県千葉市稲毛区天台6-4-3 電話番号 : 043-254-7428 FAX : 043-254-7401 受付時間 : 9時~17時

9、虐待の防止等

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施する。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

10、緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また、緊急連絡先に連絡いたします。

年 月 日

(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

千葉県松戸市五香西4-26-10
医療法人社団 寿光会
介護老人保健施設 エスポワール松戸
理事長 作田 美緒子 印

説明者職名： _____

氏 名： _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供の開始に同意しました。

契約者 住所： _____

氏名： _____ 印

身元引受人 住所： _____

氏名： _____ 印

続柄： _____