

医療法人燐宗会 どい内科クリニック

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

重　　要　　事　　項　　説　　明　　書

利用者に対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業者概要

事業者名称	医療法人 燐宗会
事業者の所在地	福岡県筑紫野市光が丘 4 丁目5-3
法人種別	医療法人
法人代表者名	土居 崇仁
電話番号	092-926-7415

2 事業所概要

利用事業所の名称	どい内科クリニック訪問リハビリテーション
指定番号	4011719384
事業所の所在地	福岡県筑紫野市光が丘 4 丁目5-3
電話番号	092-926-7415

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	医療法人燐宗会が開設するどい内科クリニック訪問リハビリテーションは、要介護または要支援状態にある高齢者に対し、適正な訪問リハビリテーションサービスを提供する。
運営方針	訪問リハビリテーションの従事者は、利用者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、利用者の居宅において必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能維持、回復を図る。

4 職員体制

職種	常勤	非常勤	人数	職務の内容
理学療法士	1名	1名	2名	クリニックと兼務

5 事業実施地域

事業実施地域	筑紫野市 小郡市 筑前町
--------	--------------

6 営業日

営業日	月～金曜日 祝日・8月13日から15日 および 12月30日から1月3日を除く。
営業時間	午後の部 午後1時から午後6時まで

※事業所のやむをえない都合や担当者の病気等により、サービスの提供曜日等を変更させていただくことがあります。その場合には事前に利用者の了解を得るようにします。

7 利用料

要介護

基準単位数	3080円／20分1回(介護・予防とも同じ)		
	利用者負担1割	利用者負担2割	利用者負担3割
	308単位	616単位	924単位

要支援

基準単位数	2980円／20分1回(介護・予防とも同じ)		
	利用者負担1割	利用者負担2割	利用者負担3割
	298単位	596単位	894単位

※基本的に1日2回の40分をおこなわせて頂きます。

※要支援の方は利用開始した日の属する月から起算して12か月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合 1回につきー30単位

支払い方法

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月の20日(20日が休業日の場合は銀行翌営業日の引き落としとなります)
振込み	諸事情により、講座振替ができなかった場合は再請求書を発行いたします。再請求書のお手紙に記載されている銀行口座にお振込みください。振込み手数料は利用者負担となります。振込人名は利用者の名前でお願いします。

8 苦情申し立て窓口

相談窓口	対応時間	利用方法
医療法人 燐宗会	9時～18時	電話 092-926-7415
筑紫野市高齢者支援課	8時30分～17時	電話 092-923-1111
小都市高齢者支援課	8時30分～17時	電話 0942-72-2111
福岡県介護保険広域連合 朝倉支部	8時30分～17時	電話 0946-21-8021
福岡県国民健康保険 団体連合会	8時30分～17時	電話 092-642-7859

9 緊急時の対応

ご利用者の主治医または事業者への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡します。

利用者の主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
事業者	医療機関の名称	医療法人燐宗会 どい内科クリニック 092-926-7415

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

利用者に対する指定訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション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、利用者に係る居宅介護支援事業者・介護予防・日常生活支援総合事業者(地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。)等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションの提供により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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	株式会社 損保ジャパン
電話番号	フリーダイヤル 0120-888-089

《説明した職員》

年　　月　　日

訪問リハビリテーション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。

説明職員名 原 口 快 貴 印

この重要説明事項の説明を受け、訪問リハビリテーションの提供開始に同意しました。

ご利用者名 _____ 印

ご利用者住所 _____

代理人氏名 _____ 印

代理人住所 _____