

重要事項説明書(訪問リハビリ用)

2025年11月版

あなたに対する訪問リハビリテーションサービス提供にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおり

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 社団貴和会 佐伯中央病院
主たる事務所の所在地	廿日市市津田字沖横矢4180番
代表者の氏名	理事長 水内 健二
電話番号	0829-72-1100

2. ご利用施設

その他併設事業	種類	訪問リハビリテーション(要介護)・介護予防訪問リハビリテーション(要支援)
	指定年月日	平成12年4月1日
	事業所番号	3413312251

3. 施設の目的と運営の基本方針

施設の目的	医療法人社団貴和会佐伯中央病院が設置する訪問リハビリテーション(以下「事業所」という。)において実施する指定訪問リハビリテーション(以下、「事業」という。)は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とする。
運営の基本方針	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標を設定し、計画的に行い、利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービス提供に努める。また、事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。

4. 職員体制

従業者の職種	員 数
施設長(管理者)	1名
医師	1名以上
理学療法士又は作業療法士	5名以上

5. 施設サービスの概要と利用料(法定代理受領を前提としています。)

サービスの種別	内 容	自己負担額
機能訓練	医師の指示で、理学療法士が機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。	特別診療費の理学療法欄をご覧ください。
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。事前にご相談ください。	

6. 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 当施設は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに廿日市市及び関係各機関並びに利用者の家族又は身元引受人に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- (2) 当施設は、サービスの提供により利用者に賠償すべき事故が発生した場合には天変地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。
- 但し、当該事故の発生につき、利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じる事が出来ます。

7. 利用料

※ 指定居宅サービス費

【 区 分 】	【 内 容 】	【 加算・減算単位数 】
業務継続計画未策定減算	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定していない場合に、基本報酬を減算	×3/100減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する	×1/100減算
診療未実施減算	○ 以下のいずれにも該当する場合、訪問リハビリテーションの診療未実施減算を適用しない。 ・医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。 ・訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けていること。 ・当該利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供であること。	50単位減算 ※入院中リハビリを受けていた利用者の退院後1か月は減算しない
訪問リハビリテーション費	○通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。	308単位/回
介護予防訪問リハビリテーション費	○ 利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防通所(訪問)リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準 ・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと。 ・利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	298単位/回
		利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防訪問リハビリを行う場合 要件を満たす 減算なし 要件を満たさない30単位/回減算

※指定居宅サービス費は地域加算7級地で、1単位10.17円です。

8. 苦情等申立

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当看護師までお気軽にご相談ください。

また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

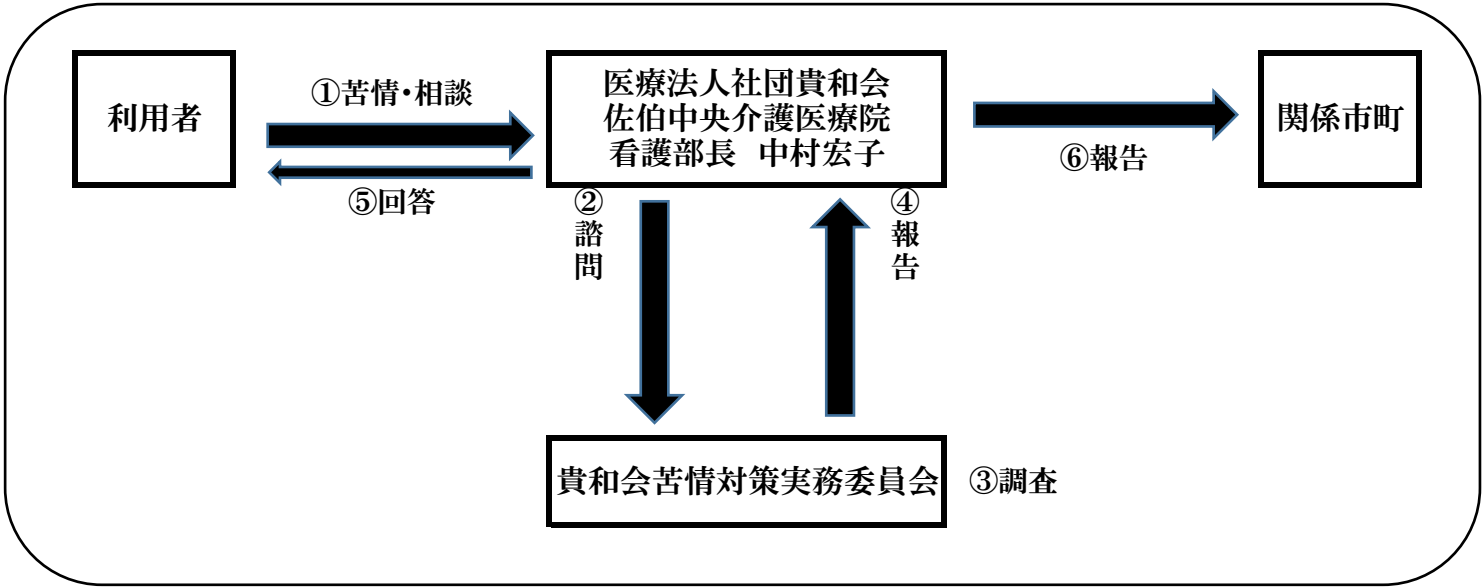
(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

相談員(責任者)	看護部長 中村宏子	
対応時間	月・火・水・金 9:00 ~ 18:00	木・土 9:00 ~ 13:00
連絡先	電話 0829-72-1100	FAX 0829-72-1134

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

甘日市市役所 佐伯支所 福祉グループ	所在地	甘日市市津田1989	
	電話番号	0829-72-1118	FAX番号 0829-72-0415
	受付時間	午前 8:30~午後 5:15 (月~金曜日)	
広島県国民健康保険 団体連合会	所在地	広島市中区東白島町19番49号 国保会館	
	電話番号	082-554-0783	FAX番号 082-511-9126
	受付時間	午前 8:30~午後 5:15 (月~金曜日)	

(3) 苦情処理を行うための処理体制・手順



私は、本書面に基づいて、当施設の職員 職名()氏名()
から重要事項の説明を受け、それに同意します。

年 月 日

(利 用 者)

住 所 _____

氏 名 _____

(代 理 人)

住 所 _____

TEL _____

携帯番号 _____

続 柄 _____

氏 名 _____

(利用者の家族等)

住 所 _____

TEL _____

携帯番号 _____

続 柄 _____

氏 名 _____

住 所 _____

TEL _____

携帯番号 _____

続 柄 _____

氏 名 _____

(身元引受人・連帯保証人)

私は連帯保証人として身元引受人をお受けします。

※極度額は60万円とします。

住 所

TEL

携帯番号

続 柄

氏 名

(請求書・明細書及び領収書の送付先について)

※郵送をご希望の方のみ、ご記入下さい。又、送付先が変更になる時はご連絡ください。

住 所

TEL

携帯番号

続 柄

氏 名