

訪問リハビリテーション重要事項説明書

<2025年4月1日現在>

1 訪問リハビリテーション事業者の概要

| | |
|---------|--|
| 名 称 | 医療法人社団理心会 |
| 代 表 者 名 | 中小路 拓 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 東京都板橋区坂下2丁目11番11号 蓮根マンション102 (電話) 03-5918-9951 (FAX) 03-5918-9954 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | 医療法人社団理心会 中小路整形リハビリクリニック |
| 所在地・連絡先 | (住所) 東京都板橋区坂下2丁目11番11号 蓮根マンション102 (電話) 03-5918-9951 (FAX) 03-5918-9954 |
| 事業所番号 | 1311933134 |
| 管理者の氏名 | 中小路 拓 |
| 営業日 | 月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日及び夏季休暇(8月15-16日と日曜祝日を含む5日間)・年末年始(12月30日-翌年1月3日)を除く。 |
| 営業時間 | 午前9時00分から午後5時30分 |

(2) 事業所の職員体制

| | 人数 | 区分 | | 備考 |
|-------|-----|-------|--------|-------------|
| | (人) | 常勤(人) | 非常勤(人) | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 医師・外来兼務 |
| 医師 | 1 | 1 | 0 | 外来兼務 |
| 理学療法士 | 3 | 3 | 0 | 1名専任・2名外来兼務 |
| 作業療法士 | 1 | 1 | 0 | 専任 |

(3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|-------------------------------|--------|
| 管理者及び医師 | 正規の勤務時間帯(9:00~17:30) 常勤で勤務 | 日、祝日 |
| 理学療法士 | 正規の勤務時間帯(9:00~17:30) 常勤で勤務 | 土、日、祝日 |
| 作業療法士 | 正規の勤務時間帯(9:00~17:30) 常勤で勤務 | 土、日、祝日 |

(4) 事業の実施区域

| | |
|---------|----------------|
| 事業の実施区域 | 板橋区、北区十条・練馬区北町 |
|---------|----------------|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

3 サービスの内容

理学療法士や作業療法士がお客様のご自宅を訪問し、お客様の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割又は2割又は3割が利用者の負担額となります。金額の詳細は項目9に記載します。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担となります。

(4) キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| | |
|--------------------|---------------|
| 利用日の2日前までに連絡があった場合 | 無 料 |
| 利用日の前日に連絡があった場合 | 利用料自己負担部分の30% |
| 利用日の前日までに連絡がなかった場合 | 利用料自己負担部分の50% |

(5) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたします。口座からの引き落としを行いますので、27日までにご指定の口座に入金ください。

※引き落とし確認後、領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある者に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

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り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る。

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う。

3 指定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る。

(3) その他

| 事 項 | 内 容 |
|----------------------------|---|
| 訪問リハビリテーション 計画の作成及び事後評価 | 医師及び理学療法士又は作業療法士が、お客様の直面している課題等を評価し、医師の診療及びお客様の希望を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明の上交付します。 |
| 従業員研修 | 年1回、継続講習を行っています。 |
| 採用時研修 | 採用後30日以内に行っています。 |

6 サービス内容に関する苦情相談窓口

当事業所は、利用者及びその家族からの相談・苦情等に対する窓口を設置し、指定訪問リハビリテーション等に係る利用者からの要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

当事業所は、前項の苦情の内容等について記録し、その完結の日から2年間保存します。

| | |
|----------------------|--|
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口責任者 玉田 美千代 ご利用時間 9：00～17：30 ご利用方法 電話（03-5918-9951） 面接（当事業所の相談室） |
| 板橋区介護保険苦情相談室 | 受付：月曜日～金曜日 土曜・日曜祝日、年末年始を除く 時間：9：00～17：00 電話：03-3579-2079 |
| 北区介護保険課 | 受付：月曜日～金曜日 土曜・日曜祝日、年末年始を除く 時間：9：00～17：00 電話：03-3908-1286 |
| 練馬区保健福祉サービス苦情調整委員事務局 | 受付：月曜日～金曜日 土曜・日曜祝日、年末年始を除く 時間：8：30～17：15 電話：03-3993-1344 |
| 東京都国保連合会苦情相談窓口 | 受付：月曜日～金曜日 土曜・日曜祝日、年末年始を除く 時間：9：00～17：00 電話：03-6238-0177 |

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

| | | |
|-------------|--------|--|
| | 氏名（続柄） | |
| 緊急時連絡先（家族等） | 住所 | |
| | 電話番号 | |

8 事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、利用者に対する指定訪問リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は、速やかに区市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存します。
- (3) 当事業所は、利用者に対する指定訪問リハビリテーション等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。

9 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

10 利用料金 別紙参照

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者乙 住 所 東京都板橋区坂下2丁目11番11号 蓮根マンション102
事業者名 医療法人社団理心会 中小路整形リハビリクリニック
(事業所番号) 1311933134
代表者名 中小路 拓 ⑩

説明者 職 名
氏 名 ⑩

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日

利用者甲 住 所
氏 名 ⑩

代理人（選任した場合）
住 所
氏 名 ⑩