

# 医療法人社団 はなぶさ 赤羽整形・リウマチクリニック (介護予防) 訪問リハビリテーション重要事項説明書

## 1. 事業所の概要

事業所名	赤羽整形・リウマチクリニック
所在地	東京都北区赤羽西1-17-8 3階
事業者指定番号	1311728872
管理者	渡辺 房雄
連絡先	電話：03-3900-0131
	FAX：03-3900-0132

## 2. 事業所の職員体制

	常勤	非常勤
管理者兼医師	1	
医師		2
理学療法士	3	
事務員	1	

(名)

## 3. サービス提供地域

東京都北区 赤羽西1丁目 赤羽西2丁目 赤羽西3丁目  
赤羽西4丁目 赤羽西5丁目 赤羽西6丁目

## 4. サービス提供時間

### ① 営業日

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
×	○	○	×	○	○	△	○

○が営業日、×が休業日、△が午前中のみです。  
その他の休日：第5土曜日、年末年始、ゴールデンウィーク

### ② 営業時間

平日	9:00~18:00
土曜日	9:00~13:00
祝日	9:00~17:00

## 5. 利用者負担金

## ※ 重要事項別紙料金表参照

- ① 交通費は、北区赤羽西地区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、理学療法士等がお訪ねするための交通費の実費を負担していただきます。  
交通費は、当事業所から住所地までの距離・時間を勘案した料金となります。
- ② サービス実施記録の複写は、一枚10円になります。その他自己負担額が発生する場合は、契約書別紙に記載させていただきます。

## 6. お支払い方法

月末で締めた1ヶ月分の御請求書を、翌月上旬に担当者よりお渡し致しますので、後日当院窓口にてお支払い下さい。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦一日あたりのご利用料金全額を頂き、サービス提供証明書を発行致しますので、これを北区の窓口へ提出の上、差額の払い戻しを受けて下さい。

## 7. 当事業所のサービスの方針等

理学療法士等がご利用者様のご自宅を訪問し、ご利用者様の日常生活がより活動的なものになるように、身体面では関節拘縮の予防・改善、筋力・体力さらにバランス能力の維持改善、精神面では知的能力の維持改善等を医師の指示に基づいて行います。

要介護者および要支援者であるご利用者様に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況やおかれている環境等に応じて、心身機能の維持・回復を目的に、一人一人に適した治療プログラムやご家族への必要な助言・指導等を、理学療法士等が評価・作成・実施致します。なお、職員の計画的な研修等を実施することにより、質の向上を図り、利用者の支援に役立てたいと考えております。

## 8. サービス内容

- 評価： 身体機能、能力、ADL、環境の評価を実施する
- 関節可動域訓練： 四肢、体幹の可動域改善を図る
- 筋力訓練： 四肢、体幹の筋力向上を図る
- 基本動作訓練： 上記改善に伴い、実際の寝返りから歩行動作方法を再学習する
- 呼吸訓練： 呼吸機能の改善、方法の検討をする
- バランス訓練： 片脚立位、応用動作により動作の安定を図る
- ADL訓練： 実際の生活環境で生活動作方法等を再学習する
- 介助方法： 家族、介護士等に対して、各々に適した方法を検討、指導する
- 環境設定： 生活環境を環境、能力を検討して随時検討する
- 相談援助： 日常生活、身体状況等について相談援助を行う

## 9. キャンセル

- ① サービスの利用をキャンセルする際には、速やかに下記の連絡先まで

ご連絡下さい。

赤羽整形・リウマチクリニック

電話：03-3900-0131

営業時間内でのご連絡をお願い致します。

- ② ご利用者様の都合でサービスをキャンセルする場合には、サービス利用の前日までにご連絡下さい。

当日のキャンセルは、ご利用者様負担金の100%相当額のキャンセル料をいただきます。

ただし、ご利用者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、キャンセル料はいただきません。

#### 10. ご利用者様へのお願い

介護保険被保険者証の区分変更や更新があった場合には、コピーを一部ご提出いただきますようお願いいたします。

#### 11. 緊急時の対応

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族・主治医・救急機関・居宅介護支援事業者等へ連絡します。

医療機関等	主治医の氏名	Dr.
	医療機関	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	続柄	
	連絡先	
居宅介護支援	介護支援専門員	
	支援事業所	
	連絡先	

#### 12. 事故発生時等の対応

万一、訪問リハビリ等の提供により事故・トラブルが発生した場合は、担当居宅介護支援事業者、市町村およびご家族様に連絡をし、適切

にかつ迅速に対応し、その内容に応じてご利用者様の主治医等へ連絡し指示を仰ぎます。また、ご利用者様に対する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。事故が生じた際には状況などの記録を残し、2年間保管しておくものとする。

### 13. 相談・苦情

① 当事業所の訪問リハビリテーションに関するご相談・苦情を承りま

当事業所の 相談窓口	電話番号	03-3900-0131
	FAX番号	03-3900-0132
	相談担当者	渡辺房雄
	対応時間	営業時間内

② 公的機関においても、次の機関にて苦情申し出等ができます。

北区介護保険課相談窓口	電話	03-3908-1119
東京都国民健康保険団体連合会	電話	03-6238-0177

### 14. 個人情報の取り扱いについて

当事業所は、ご利用者様へのサービスを提供するにあたり、下記の通り個人情報の提供を行います。

- ① 主治医やケアマネージャ等へ「訪問リハビリテーション計画・報告書」を毎月提出
- ② 保険者（市町村）へ「居宅サービス介護給付費明細書」を毎月提出
- ③ 医療機関または介護保険施設に入所される際に「訪問リハビリテーションサマリー」を提出
- ④ サービス担当者会議における情報提供
- ⑤ ご利用者様の体調やサービス実施状況等、サービスに関連した個人情報についての電話やFAXなどによる連絡

#### \* 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。

重要事項説明書において、介護保険法改正等に伴う軽微な変更については、別途案内文を通知・説明を行い、御同意を得ることをもってこれに代えさせていただきます。

\*（介護予防）訪問リハビリテーション契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

日付 1900年1月0日

事業所名 赤羽整形・リウマチクリニック

説明者 (理学療法士) 印

\* 契約の締結にあたり、上記の通り説明を受けました。

利用者  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人又は立会人  
氏名 \_\_\_\_\_ 印