

重要事項説明書

介護老人保健施設 都筑シニアセンター

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）

【1】事業所の概要

（1）事業所の概要

法人名	医療法人社団 横浜育明会
代表者氏名	理事長 佐原 幹夫
事業所名称	介護老人保健施設 都筑シニアセンター
開設年月日	平成30年4月1日
所在地	神奈川県横浜市都筑区東山田町1357
電話番号	045-595-0021
管理者	曾田 博道（医師）
介護保険指定番号	1453880002

（2）事業の目的と運営方針

介護老人保健施設都筑シニアセンター（以下「事業所」という。）が行う指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーション（以下「指定訪問 リハビリテーション」という）の事業は、要介護状態等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、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、利用者の心身の機能の維持回復を目指すことを目的とします。

＜運営方針＞

『可能性の追求』

可能性は、何も若い人たちだけの特権ではありません。障害があるからこそ、高齢であるからこそ、可能性を追求するべきだと考えています

（3）事業所の職員の職種・員数

管理者兼医師	1名	理学療法士・作業療法士	5名
--------	----	-------------	----

【2】営業日および営業時間

(1) 営業日 月曜日～土曜日<休業日：日曜日>

その他別途規定により休日を定める場合があります。

(2) 営業時間 9：00～17：00

【3】通常の事業の実施地域

横浜市都筑区・港北区とする

【4】提供するサービス内容

理学療法士、作業療法士などが、ご利用者のご自宅を訪問し、ご利用者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。

【5】利用料金

(1) 負担額については、別紙（巻末）【ご利用料個別一覧表】をご参照ください。

(2) 支払方法 銀行口座引落としとさせていただきます。（手数料は施設負担）

●ご利用代金の締め日 毎月月末

●請求書発行 翌月15日前後に請求書を郵送いたします。

●引落日 毎月28日（28日が土日祝日の場合は、翌日）

【6】その他費用について

(1) 交通費等

通常の事業の実施地域を越えて行う交通費は、その実費を利用者からいただきます。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額をいただきます。

通常の事業の実施地域を越える地点から1キロメートルにつき100円

(2) キャンセル料

サービスをお休みされるときは、ご連絡をお願いいたします。

連絡がなく、職員が訪問してご不在の場合は、介護保険の自己負担分をキャンセル料としていただきます。ただし、利用者の病状の急変や急な入院などの場合には、キャンセル料を請求いたしません。

【7】事故発生時・緊急時の対応

利用者に対する指定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。

【8】サービス内容に関する相談・苦情

(1) 苦情が発生した場合は速やかに『苦情対応会議』を開催し、対応を協議し適切な措置を講じます。

(2) 苦情申立者には施設として文書又は口頭により対応についての説明を行います。

(3) ご利用者様相談窓口

介護老人保健施設 都筑シニアセンター

管理統括部長 石井 雅子 電話：045-595-0021

(4) その他

都筑区役所： 電話：045-948-2306

港北区役所： 電話：045-540-2323

横浜市福祉局福祉部高齢施設課 電話：045-671-4117

川崎市役所 電話：044-200-2111

神奈川県国民健康保険団体連合会 電話：045-329-3447

2018年 8月 1日修正

2019年10月 1日修正

2019年12月 1日修正

2021年 4月 1日修正

2024年 6月 1日修正

訪問リハビリテーションサービス提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者（住所） 〒224 - 0021 横浜市都筑区東山田町 1 3 5 7

（名称） 介護老人保健施設 都筑シニアセンター

（説明者） _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、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）の内容及び重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者（住所） _____

（氏名） _____ 印

（代理人または立会人等）

（住所） _____

（氏名） _____ 印