

# 重要事項説明書

## (訪問リハビリテーションサービス)

令和6年6月1日現在

あなた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、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者概要

事業者名称	地域医療機能推進機構
主たる事務所の所在地	東京都港区高輪3丁目2番12号
法人種別	独立行政法人
代表者名	理事長 山本 修一
電話番号	03-5791-8220

介護保険法令に基づき福井県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	各事業所につき介護保険法令に基づき福井県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
独立行政法人 地域医療機能推進機構 若狭高浜病院 (福井県1812314019号)	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 居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導
独立行政法人 地域医療機能推進機構 若狭高浜病院附属 介護老人保健施設 (福井県1852380011号)	短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護 通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション 施設入所
独立行政法人 地域医療機能推進機構 若狭高浜病院附属 訪問看護ステーション (福井県1862390018号)	訪問看護、介護予防訪問看護

### 2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	独立行政法人 地域医療機能推進機構 若狭高浜病院
指定番号	福井県1812314019
所在地	大飯郡高浜町宮崎第87号14番地2
電話番号	0770-72-0880
通常の事業の実施地域	高浜町及びおおい町の全域

### 3 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にあり、かかりつけの医師が指定訪問リハビリテーションの必要を認めた要介護者等に対し、適正な指定訪問リハビリテーションを提供し在宅療養生活が円滑に継続できるよう、家族と共に支援することを目的とします。
運営の方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、全身的な日常生活活動の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるよう支援します。

### 4 ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の態勢
理学療法士	5人	常勤7名
作業療法士	1人	昼勤（午前8時30分～午後5時15分） 7名
言語聴覚士	1人	

### 5 営業時間

営業日	原則として12月29日～1月3日と国民の祝日を除く、月曜日から金曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時15分（但し、緊急その他やむをえない場合はこの限りでは有りません。

### 6 サービスの概要

保険適用	訪問リハビリテーションサービスの種類	内容・標準的な手順	単位	単位あたりの利用料
○	訪問リハビリテーション	利用者宅に赴き、医師の指示に基づき計画書を作成し、全身的な日常生活の維持回復を図る	1回 20分	308円
○	介護予防訪問リハビリテーション	利用者宅に赴き、医師の指示に基づき計画書を作成し、全身的な日常生活の維持回復を図る	1回 20分	298円
○	介護予防訪問リハビリテーション	利用開始から12月超	1回 20分	268円
○	サービス提供体制加算I	7年以上の勤続年数のある者が1名以上配置されている	1回	6円
○	短期集中リハビリテーション実施加算	病院、診療所、介護保険施設退所後又は要介護認定を受けた日から起算して3ヶ月以内	1日	200円
○	リハビリテーションマネジメント加算A(イ)	リハビリテーション会議を開催し、多職種の協働による継続的なリハビリテーションの提供を行う	1月	180円

## 7 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。

## 8 相談または苦情申立窓口

独立行政法人 地域医療機能推進機構 若狭高浜病院	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 担当者 若狭高浜病院 事務長補佐 電話 0770-72-0880 住所 大飯郡高浜町宮崎87-14-2
高浜町保健福祉センター	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 担当窓口 介護福祉課 介護保険係 電話 0770-72-5887 住所 大飯郡高浜町和田117-68
おおい町保健福祉センターなごみ	ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 担当窓口 住民福祉課 介護保険係 電話 0770-77-1155 住所 大飯郡おおい町本郷92-51-1
福井県国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 担当窓口 電話 0776-57-1611 住所 福井市西開発4丁目202番の1

## 9 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	加藤 安宏
	所属医療機関の名称	独立行政法人地域医療機能推進機構 若狭高浜病院
	所在地	福井県大飯郡高浜町宮崎87-14-2
	電話番号	0770-72-0880
緊急連絡先	氏名	藤井 紀男
	所在地	福井県大飯郡高浜町宮崎87-14-2
	電話番号	0770-72-0880
	昼間の連絡先	同上
	夜間の連絡先	同上

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1 に対  
甲2

して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者  
主たる事務所所在地

名称 独立行政法人 地域医療機能推進機構

若狭高浜病院 印

説明者 所属 リハビリテーション科

氏名 印

(甲) 私は、本書面に基づいて甲から上記重要な事項の説明を受けました。  
私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲1) 利用者 住所

氏名 印

(甲2) 利用者の家族 住所

氏名 印