

医療法人社団 青雲会
訪問リハビリテーション エバーグリーン

指定訪問リハビリテーション 重要事項説明書

(指定介護予防訪問リハビリテーション)

指定訪問リハビリテーション事業所及び指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下、「当事業所」という。）が指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーション（以下、「当事業」という。）の提供開始にあたり、当事業所がご利用者に説明すべき重要事項はつぎのとおりです。

1. 施設経営法人

法 人 名	医療法人社団 青雲会
法 人 所 在 地	北海道室蘭市八丁平 1 丁目 49 番地
電 話 番 号	0143-46-4500
代 表 者 氏 名	上原總一郎

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等及び事業所番号

サービスの種類	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
事業所名称	訪問リハビリテーション エバーグリーン
施 設 所 在 地	室蘭市八丁平 1 丁目 49 番地
電話・FAX 番号	TEL0143-46-4500 FAX0143-46-4501
管 理 者 氏 名	上原總一郎
開 設 年 月 日	2018.04.01
事 業 者 番 号	0153580014

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (名)	区 分		備 考
		常 勤	非常勤	
管理者 (医師兼務)	1 名	1 名		
理学療法士	2 名		2 名	
作業療法士	2 名		2 名	

(3) 事業所の職員体制

従業者の職種	勤 務 体 制
管理者 (医師)	常 勤 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
理学療法士 など	常 勤 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0 非常勤 9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

(4) 事業の実施地域

通常の事業 の実施地域	室蘭市全域、登別市（美園、鷺別、若草、新生、栄、大和、富岸、若山）
----------------	-----------------------------------

※それ以外の地域（中山間地域等）の方はご相談いたします。

(5) 営業日

営 業 日	営 業 時 間
平 日	月曜日から金曜日まで 午前の部 午前 9 時 00 分から 12 時 00 分までとする。 午後の部 午後 1 時 00 分から午後 5 時 30 分までとする。
営業しない日	祝日及び 12 月 30 日から 1 月 3 日まで

3. サービスの内容

理学療法士や作業療法士がご利用者の自宅を訪問し、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リハビリテーションを行います。

4. 利用料（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（それ以上の場合もあり）がご利用者の負担額となります。ご利用者の負担額については、以下の料金表「利用者負担金一覧表」のとおりです。

種 類	利 用 料
・ 基準単位数 (基本料金／円)	基本単位 指定訪問リハビリテーション費 308 単位/回 (308 円) ※事業所の医師が診療を行わなかった場合 減算 50 単位/回 介護予防訪問リハビリテーション費 298 単位/回 (298 円) ※事業所の医師が診療を行わなかった場合 減算 50 単位/回 ※利用から 12 か月超え、要件を満たさない場合 減算 30 単位/回
・ 加 算 (加算料金／円)	加算 短期集中リハビリテーション実施加算 200 単位/日 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240 単位/日 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 6 単位/回 リハビリテーションマネジメント加算(イ) 180 単位/月 リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 213 単位/月 ※事業所医師が利用者又はその家族に対して説明し同意を得た場合、 上記加算に加え 270 点/月 退院時共同指導加算 600 単位/回
1 回あたりの利用 料の目安 (1 割自己負担相当分)	料金合計：308 円＋6 円＝314 円×回数（＋その他加算分） 例) 314 円×2×4 回（40 分週 1 回×4 週）＝2,512 円（＋その他加算分）

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・法定代理受領サービス以外の当事業等を提供した場合は、法定代理受領サービスの単価に単位単価を乗じた額の利用料料金を徴収させていただきます。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、当事業者に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、ご利用者に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）介護保険給付対象外サービス

種 類	利 用 料
交通費 ※それ以外の地域の方 (中山間地域等)	① 当事業から、ご自宅まで 片道概ね1キロメートルあたり 毎50円 徴収致します。 ② 上記により、往復分徴収致します。

（３）交通費

2の（４）の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

但し、それ以外の地域（中山間地域等）にお住まいの方は、4（２）介護保険給付対象外サービスのとおりに交通費の実費が必要となります。

（４）その他費用

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、ご利用者の負担となります。

（５）サービス中止によるキャンセル料

ご利用者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徴収致します。

ただし、ご利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は除きます。

利用日の24時間前までに連絡があった場合	無 料
利用日の12時間前までに連絡があった場合	当該基本料金の50%
利用日の12時間前までに連絡がなかった場合	当該基本料金の100%

（６）利用料等のお支払い

毎月、15日までに前月分の請求をいたします。当施設へ月末までに現金にて直接お支払いくださるか振込にてお支払下さい。

※ご入金確認後、領収証を発行いたします。

5. 事業所の特色等

(1) 事業の目的

指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションは、ご利用者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、理学療法、作業療法その他必要なり
リハビリテーションを行うことにより、そのご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、心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

(2) 運営方針

- 1) 当事業の提供にあたっては、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標を設定し、計画的に行うものとする。
また、要支援利用者ができる限り要介護状態とならない自立した日常生活を営むことができるよう目標を設定し、計画的に行うものとする。
- 2) 当事業の提供にあたっては、事業者は自らその質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- 3) 当事業の提供にあたっては、医師の指示並びに訪問リハビリテーション計画及び介護予防訪問リハビリテーション計画（以下、「リハビリテーション計画」という。）に基づき、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要介護者及び要支援者を対象とし、ご利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう適切に行う。
- 4) 当事業の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、ご利用者又はその家族等に対し、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明を行う。
- 5) 当事業の実施に当たっては、関係市町村、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または作業療法士等が、ご利用者の直面している課題等の評価し、医師の診療及びご利用者の希望を踏まえて、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の評価し、その結果書面（サービス報告）に記載してご利用者に説明のうえ交付します。
従事者研修	研修 年2回

6. サービス内容に関する相談窓口及び苦情対応

当事業所 相談窓口	相談担当者：責任者 美濃さちこ 0143-46-4500 ※公的機関においても次の機関へ苦情申出等ができます。 ・国民健康保険団体連合会：電話番号011-231-5161 ・市町村の介護保険担当窓口等
--------------	--

7. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにご利用者の主治医、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。

主 治 医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時連絡先 (ご家族等)	氏 名	(続柄:)
	住 所	
	電 話 番 号	

※当施設における、協力医療機関及び協力歯科医療機関はつぎのとおりです。

- ・ 協力病院 名 称 社会医療法人 製鉄記念室蘭病院
住 所 室蘭市知利別町 1 丁目 45 番地
- ・ 協力歯科 名 称 川本歯科医院
住 所 室蘭市中島町 2 丁目 11 番 14 号

8. ご利用者へのお願い

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。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

当事業者は、サービス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。

介護老人保健施設エバーグリーンハイツ室蘭
訪問リハビリテーション エバーグリーン

説明者氏名 _____ 印

私は、サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

ご利用者氏名 _____ 印

ご家族等

氏 名 _____ 印