

指定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

重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名：医療法人青樹会
- (2) 法人所在地：長野県松本市島立 2093
- (3) 電話番号：0263-48-3300
- (4) 代表者氏名：理事長 一之瀬 峻輔
- (5) 設立年月日：平成 11 年 4 月 30 日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び事業の種類等

名称：医療法人青樹会 一之瀬脳神経外科病院 訪問リハビリテーション

管理者：一之瀬 峻輔

所在地：長野県松本市島立 2100-2

電話番号：0263-48-6612

事業の種類	指定年月日	介護保険指定番号
指定訪問(介護予防訪問) リハビリテーション	平成 12 年 2 月 12 日	2010217756 号

(2) 事業の目的

事業者は、介護保険法等の関係法令およびこの契約書に従い、利用者に対し、利用者が有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的として、このサービスを提供します。

(3) 事業の運営方針

- ①当事業所では、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って訪問リハビリテーションを提供するよう努めます。
- ②当事業所では、利用者の自主性を尊重し、サービス利用の自己決定をしていただくとともに、利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。
- ③当事業所は、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

(4) 通常の事業の実施地域

松本市(旧四賀村、旧奈川村、旧安曇村を除く)、安曇野市(旧穂高町を除く)、山形村

(5) 営業日および営業時間

営業日 月曜日～金曜日(但し祝祭日および 8/14～16、12/30～1/3 を除く)

営業時間 9:00～17:00

3. 職員の体制

医師 : 1 名以上(兼務)

理学療法士 : 4 名(兼務)

作業療法士 : 2 名(兼務)

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

要介護 1～5	訪問リハビリテーション料 1回 20分		308単位	
	通常は1日2回計40分を行います			
	加 算	サービス提供体制強化加算	1回につき	6単位
		リハビリテーションマネジメント加算(イ)	1ヶ月につき	180単位
		リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	1ヶ月につき	213単位
		リハビリテーションマネジメント加算(イ) 医師説明	1ヶ月につき	450単位
		リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 医師説明	1ヶ月につき	483単位
		移行支援加算	1訪問につき	17単位
		短期集中リハビリテーション実施加算		200単位
		退院・退所後3ヶ月以内、週2回以上訪問した場合	1訪問につき	
	退院時共同指導加算	利用時に1回	600単位	
要支援 1・2	訪問リハビリテーション料 1回 20分		298単位	
	通常は1日2回計40分を行います			
	加 算	サービス提供体制強化加算	1回につき	6単位
		短期集中リハビリテーション実施加算		200単位
		退院・退所後3ヶ月以内、週2回以上訪問した場合	1訪問につき	
			退院時共同指導加算	利用時に1回

1ヶ月の合計単位数×10,17円の1割～3割（介護保険証の負担割合）を自己負担していただきます。

（但し、特定医療費受給者証をお持ちの方は1ヶ月の上限額まで）

(2) 介護保険給付対象とならないサービス

① 介護保険給付の支給限度額を超える訪問リハビリテーションサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者負担となります。

② 通常の事業実施地域以外への訪問

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと事業所との間の交通費として、通常実施地域を超えた地点から 1 km 当たり 50 円で積算した額(片道のみ、端数距離は切り上げ)をご負担していただきます。また有料道路等の通行が必要な場合には、その実費をご負担いただく場合があります。

③ 利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

④ 提供を受ける訪問リハビリテーションサービスが介護保険又は健康保険の適応を受けない部分（バス等の公共交通機関練習の運賃など）については、その実費をご負担いただく場合があります。

5. 利用料金のお支払い方法

利用料のお支払いは、口座振替とさせていただきます。契約時に口座振替の手続きをさせていただきます。

毎月 10 日以降に前月分の請求明細書をお渡しし、引き落とし日は、毎月 22 日（八十二銀行は 25 日）（銀行休業日は翌営業日）となりますのでご準備ください。

6. 緊急時の対応

万一、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかにかかりつけ医または協力医療機関および家族、身元引受人等関係者に連絡を行うなどの必要な措置を講じます。

7. 事故発生時の対応

万一、利用者に事故が発生した場合は、速やかに家族、身元引受人等関係者に連絡を行うとともに協力医療機関、かかりつけ医師等に連絡するなどの必要な措置を講じます。

8. 非常災害時の対応

自然災害等により道路事情が悪化した場合には、ご相談の上訪問を中止、または変更させていただきます場合があります。

9. 利用の中止・変更・追加

利用の予定日の前に、利用者の都合により、居宅サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日午後 5 時までに事業者に申し出てください。ただし利用者の体調不良等の場合はこの限りではありません。

10. 苦情の受付について

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- ◎ 一之瀬脳神経外科病院 訪問リハビリテーション
電話番号 0263-48-6612 担当：堀田 雅之
- ◎ 松本市役所 健康福祉部高齢者福祉課
電話番号 0263-34-3213
- ◎ 安曇野市役所 介護保険課
電話番号 0263-71-2472
- ◎ 山形村役場 保健福祉課福祉係
電話番号 0263-97-2100
- ◎ 長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課
電話番号 026-238-1580

私は、契約書および重要事項説明書に基づいて説明を受け、その内容を了承のうえ、本契約を申し込みます。

年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名 印

署名代行人 住 所
又は代理人

氏 名 印

(利用者との続柄)

当施設は、上記利用者の申込みを受け本契約に定める義務を誠実に履行します。

事 業 者 住 所 長野県松本市島立 2093

名 称 医療法人青樹会 一之瀬脳神経外科病院
訪問リハビリテーション

代 表 者 管 理 者 一之瀬 峻輔 印

説明者 印