

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書

〈 年 月 日現在〉

1 訪問リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 中村整形外科医院
代 表 者 名	理事長 中 村 明 生
本社所在地・連絡先	(住 所) 福岡県中間市長津2丁目16-47 (電 話) (093) 245-0231 (FAX) (093) 245-0552

2 事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	中村整形外科医院 訪問リハビリテーション
所在地・連絡先	(住 所) 福岡県中間市長津2丁目16-47 (電 話) (093) 245-0231 (FAX) (093) 245-0552
事 業 所 番 号	4016219075
管 理 者 の 氏 名	院 長 中 村 明生

(2)事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管 理 者	1	1		従業者の管理、指導を行う
理学療法士	2		2	サービス利用者のリハビリテーションプログラムを作成するとともに、訪問リハビリテーション計画の作成・変更を行うほか、機能訓練の実施に際し指導を行う。

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管 理 者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00） 常勤で勤務	日・祝日
理 学 療 法 士	正規の勤務時間帯（9：00～18：00） 常勤で勤務	日・祝日
作 業 療 法 士		

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	中間市・水巻町・鞍手町の一部・遠賀町の一部 直方市の一部・八幡西区の一部
---------	---

※当院から車で20分以内の地域とさせていただきます。

(5) 営業日

営業日	営業時間
平 日	9：00～18：00
土曜日	9：00～13：00

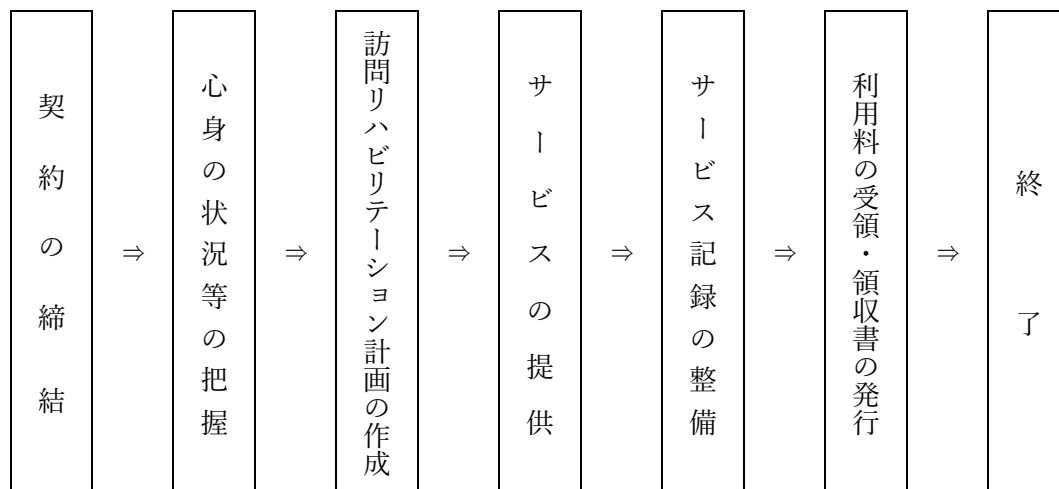
営業しない日	日曜日・祝祭日・正月（12/30～1/3）・お盆（8/13～8/15）
--------	-------------------------------------

※その年の暦によって開院日が変わる場合があります。

3 サービスの内容

理学療法士や作業療法士が利用者様のご自宅を訪問し、利用者様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。

《サービス提供の流れ》



4 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、原則として下記料金表が利用者様の負担額となります。
利用者様の負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】	要支援 1・2	要介護 1～5
基本料金	298円／20分 596円／40分	308円／20分 616円／40分
加算	退院時共同指導加算 600円／回	
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 6円／20分 12円／40分	サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 3円／20分 6円／40分
	短期集中リハビリテーション実施加算（退院・退所から3ヶ月以内） 200円／日	
		認知症短期集中リハビリテーション実施加算 （退院・退所から3ヶ月以内） 240円／日
		リハビリテーションマネジメント加算（イ） 180円／月 リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 213円／月 医師が利用者又はその家族に説明した場合 270円／月
		移行支援加算 17円／日

※自己負担額が2割・3割負担の方は上記金額の2倍・3倍の料金となります。

- ・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、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適応の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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、利用者様は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書を発行します。

(2)交通費

2の(4)の事業の実施地域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交通費の実費(350円)が必要となります。

(3)その他の費用

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、利用者様の負担となります。

(4) キャンセル料

利用者様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いただきます。

ただし、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不要です。

午前中訪問予定で 9 : 0 0 までに連絡があった場合	無料
午後訪問予定で 1 3 : 0 0 までに連絡があった場合	無料
上記時間までにキャンセルの連絡がなかった場合	実費交通費 3 5 0 円

(5) 利用料等のお支払方法

利用料のお支払いは、月初めに手集金または、毎月 2 0 日前後に銀行口座の自動口座引き落としにて集金させていただきます。

利用者様は、契約時に渡される書類に必要事項を御記入・捺印してください。

毎月、1 0 日までに前月分の請求書をお渡しいたします。

※代金自動口座引き落としの手続き完了期間が 1 ヶ月ほどかかりますので、初回分の引き落としに関しては、前月分と一緒にお支払いいただきますので、ご了承ください。

又、毎月引き落としの際、手数料として別途 1 5 0 円も一緒に引き落としさせていただきますので、ご了承ください。

※入金確認後、領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

訪問リハビリテーションは、要介護及び要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、訪問リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身機能の回復維持を図ることを目的とする。

(2) 運営方針

当事業所は、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、リハビリテーションの目標を設定し、計画的にリハビリを行い、自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い常に改善を図り、利用者様に提供します。

(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又は作業療法士が、利用者様の直面している課題等を評価し、医師の診療及び利用者様の希望を踏まえて、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を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

6 虐待の防止について 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者： 中村 明生

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所の利用者様 相談窓口		窓口責任者 石 橋 達 郎 ご利用方法 電話 (093) 245-0231 面接 当事業所 個別リハビリ室 ※ 苦情等の申し立てにより、契約者が不当な扱いにならないように必要な措置を講じます。担当者には言えないこともお申し出下さい。		
第3者に 苦情申し 立てをし たい場合	中間市	介護保険課給付係 (093) 246-6283	鞍手町	福祉人権課高齢者支援係 (0949) 42-2111
	水巻町	福祉課高齢者支援係 (093) 201-4321	八幡西区	高齢者障害者係 介護保険担当 (093) 642-1446
	遠賀町	福祉課高齢者支援係 (093) 293-1234	直方市	高齢者支援課 介護サービス係 (0949) 25-2390
	福岡県	福岡県国民健康保険団体連合会 事業部 介護保険課 介護保険係 (092) 642-7859		

8 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、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	福岡県中間市長津2丁目16-47 医療法人 中村整形外科医院
	氏 名	院 長 中 村 明 生
	電 話 番 号	(093) 245-0231

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電 話 番 号	

9 利用者様へのお願い

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表を提示してください。

当事業所は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項説明書を説明しました。

年 月 日

事業者乙	住 所	福岡県中間市長津2丁目16-47
	事業者（法人）名	医療法人 中村整形外科医院
	事業所名	中村整形外科医院
		訪問リハビリテーション事業所
	（事業所番号）	（093）245-0231
	代表者名	院長 中村明生

説明者	職 名
	氏 名

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日

利用者甲	住 所
	氏 名

代理人（選任した場合）	住 所
	氏 名