

重要事項説明書（指定訪問リハビリテーションサービス）

指定訪問リハビリテーションサービスの提供にあたり、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

(1) 開設者の名称	<u>藤野整形外科医院</u>
(2) 主たる事務所の所在地	<u>浜松市中央区城北2丁目15番地12号</u>
(3) 事務所の電話番号	<u>(053) 471-4196</u>
(4) 代表者職・氏名	<u>院長 藤野圭司</u>
(5) 事業所の名称	<u>藤野整形外科訪問リハビリテーション</u>
(6) 事業所の所在地	<u>浜松市中央区城北2丁目15番地12号</u>
(7) 管理者氏名	<u>藤野 圭司</u>
(8) 電話番号	<u>(053) 471-4196</u>
(9) 指定年月日	<u>平成12年4月1日</u>
(10) 指定番号	<u>静岡県指定 第2217105622号</u>
(11) 交通機関	<u>遠州鉄道(株) バス 気賀三ヶ日線</u> <u>六間坂上バス停下車 徒歩1分</u>

2. 事業所の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制
管 理 者	医 師	1 人	常勤兼務 1 人
理学療法士		9 人	常勤兼務 9 人
作業療法士		2 人	常勤兼務 2 人

3. 営業日及びサービス提供時間

営 業 日	月曜日から土曜日（木・土は午前のみ） ※ただし、祝日・夏期休暇・年末年始休暇を除く
サービス提供時間	午前9時00分から午後5時00分まで

4. 事業の実施地域

通常の実施地域	旧浜松市
---------	------

5. サービスの利用方法

(1) サービスの開始手順は次のとおりです。

- ・利用者及びその家族に指定訪問リハビリテーションの内容等についてご説明します。
- ・この説明書により利用者からの同意を得たのち、当事業所の職員が訪問リハビリテーション計画を作成し、本サービスの提供を開始します。
- ・利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）にご相談ください。

(2) サービスの終了は次のとおりです。

- ・利用者（あるいはご家族）からのご都合でサービスを終了する場合
サービス終了希望日の7日以上前までに文書で申し出てください。
- ・当事業所の都合でサービスを終了する場合
サービス終了日の1ヶ月以上前までに文書でご連絡いたします。
- ・自動終了する場合
 - ①利用者が介護保険施設に入院・入所した場合
 - ②利用者の要介護度が非該当（自立）と認定された場合
 - ③利用者が亡くなった場合

6. 訪問リハビリテーション計画

- ・事業所は利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、主治医の指示書（意見書）や居宅介護支援事業所が作成する利用者の居宅サービス計画に沿って、訪問リハビリテーション計画書を作成し、これに従って計画的に提供します。
- ・訪問リハビリテーション計画書の作成に当たっては、事業者は事前に担当者を訪問させ、利用者の日常生活の状況及びその意向を確認するとともに、作成後は利用者のその内容を説明します。また、同意を得た上で交付します。
- ・事業所は、利用者がサービス内容や提供方法等の変更を希望し、その変更希望が居宅サービス計画の範囲内で可能な時は、速やかに居宅介護支援事業所への連絡調整等の援助をしながら、訪問リハビリテーション計画書の変更等の対応を行ないます。
- ・事業所は、居宅サービス計画の期間に基づき利用者の状況の評価等を行い、必要に応じてサービス内容を見直します。
- ・事業所は、申し出に対し稼働状況等により利用者の希望する内容にてサービス提供ができない場合、居宅介護支援事業所との連絡調整のもとで、他の提供可能な内容を利用者に提示して協議するものとします。

7. サービス提供の記録

- ・事業所はサービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問記録」等サービス提供記録書の書面に、提供したサービス内容等必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとします。
- ・事業所はサービス提供記録書等の記録を作成した後2年間はこれを適切に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は自費負担によりその写しを交付します。

8. 利用料金

このサービスの利用料及びその他の費用は以下のとおりです。

(1) 利用料

当事業所の訪問リハビリテーションの提供(介護保険適用部分)に際し、利用者が負担する利用料金は原則として基本料金の1割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基 本 料 金

訪問リハビリテーション	20分/回
訪問リハビリテーション費	308単位
サービス提供強化加算Ⅰ(7年以上勤務)	6単位
短期集中リハビリテーション実施加算 (退院・退所日から3ヶ月以内)	200単位/回

○基本料金は、上記の単位に10.17円を乗じて得た額です。

(例) 1回40分実施で早期加算なしの場合

$$\{(308 \text{ 点} \times 2 \text{ 回}) + (6 \text{ 点} \times 2 \text{ 回})\} \times 10.17 = 6,386.76$$

⇒利用者負担額：約640円

○認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払いは受けられません。

(2) 交通費

当事業所の通常の事業の実施地域にお住まいの方は、交通費は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、訪問リハビリテーション従事者が利用自宅まで訪問する交通費用を支払っていただきます。

通常の実施地域から	5キロメートル未満	500円
	5キロメートル以上	1,000円

(3) 駐車料金

利用者のご自宅にサービス提供のために訪問させていただく際、自動車を駐車するスペースがご自宅にない場合には確保できる場所や駐車場料金をお願いすることがあります。

(4) キャンセル料

利用者（ご家族を含む）の都合により、当日の訪問リハビリテーションサービスをキャンセルした場合について、原則としてキャンセル料はいただきませんが当日のリハビリ等の業務に影響するため、あらかじめ体調不良等によりキャンセルが明らかである場合には早めにご連絡下さい。

(5) 利用料金の支払方法

利用者が当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月15日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、末日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込、口座自動引落とし、現金集金の中からご契約の際に選んでください。

(6) その他

利用者の被保険者証に支払方法変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、サービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、利用者が住民登録してある市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

9. 介護保険証の確認

利用者の介護保険の認定更新時等に介護保険証を確認させていただくことがあります。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録し、損害すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。訪問リハビリテーションの提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏 名			
	連絡先（電話番号等）			
緊急連絡先	氏 名		関 係	
	連絡先（電話番号等）			

9. 苦情等申立先

(1) ご相談窓口

窓口担当 藤野 有太郎（藤野整形外科医院 部長）

利用時間 当事業所営業日・営業時間内

（月曜日～金曜日）午前8時30分から午後5時30分まで

利用方法 電 話 （053）471－4196

FAX （053）471－4897

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○浜松市中区役所 長寿支援課

電話番号 （053）457－2324

F A X （053）459－0323

受付時間 午前8時30分から午後5時15分まで

○静岡県国民健康保険団体連合会

電話番号 （054）253－5590

F A X （054）205－5589

受付時間 午前8時30分から午後5時15分まで

令和 年 月 日

(事業所)

訪問リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、この説明書に基づいて重要事項の説明を行いました。

所在地 浜松市中央区城北2丁目15番地12号

名 称 藤野整形外科訪問リハビリテーション

説明者 印

(利用者)

この説明書に基づいて、訪問リハビリテーションサービスに関する重要事項の説明を受けました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(代理人)

契約者が署名できないため、契約者本人の意思を確認し、私が契約者に代わりその署名を代行します。

住 所

氏 名 _____ 印 _____

続柄 ()