重要事項説明書（介護予防)訪問リハビリテーション

＜令和３年４月１日現在＞

１．事業者の概要

事業者名称　医療法人　王慈会
所在地　　岡山県倉敷市児島下の町５丁目２番１７号
電話番号　　０８６－４７４－０１１１
代表者名　　理事長　胡谷　直

（一）　事業の目的

医療法人王慈会が開設する指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が適正な運営を確保するために人員及び利用に関する事項を定め、事業所の従事者が、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適切な（介護予防）訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。

（二）　運営方針

1. 利用者が可能な限り居宅おいて、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとする。
2. サービス提供にあたっては、市町村、居宅介護支援事業者他、保健、医療、福祉サービスを提供する者との連携に努めるとともに、常に利用者の人格を尊重し、自らのサービスの質を評価し常にその改善を図る。

２．ご利用事業所の概要

（一）　事業所の所在地等

事業所名	王子脳神経外科医院
介護サービスの種類	訪問リハビリテーション
所在地	岡山県倉敷市児島下の町５丁目２番１７号

電話番号	０８６－４７４－０１１１（代表）
FAX 番号	０８６－４７４－０５６０
管理者	胡谷　直
指定年月日	平成２５年５月１日
介護保険指定事業所番号	３３７０２０６７３６
サービスを提供する地域	倉敷市

（二）　営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	午前８時３０分～午後１７時３０分
休業日	日曜・祝日、お盆(８/１３～８/１５)、 年末年始(１２/３１～１/３)

（三）　事業所の職員体制

医師（管理者）	１名（常勤、兼務）
理学療法士　等	１名以上（非常勤、専従）

３．訪問リハビリテーション利用料

（一）基本単位〔介護保険給付対象〕/１単位 20 分（※負担割合１割の場合）

訪問リハビリテーション費	307 単位/日

＊１回 20 分以上、週６回限度

（ニ）加算単位/加算基準を満たした場合にそれぞれの料金を加算する

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	180 円/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	213 円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	450 円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	483 円/月
事業所と同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 10%減算/月

事業所と同一敷地内建物等の利用者 50 人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 15%減算/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算 ・退院(所)日又は通院開始日から起算して 3 月以内	200 円/日
サービス提供体制加算（II）	3 円/回

＊負担割合が 1 割でない場合は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

4．介護予防訪問リハビリテーション利用料

（一）基本単位〔介護予防給付対象〕/ 1 単位 20 分（※負担割合 1 割の場合）

介護予防訪問リハビリテーション費	307 単位/日

＊ 1 回 20 分以上、週 6 回限度

（ニ）加算単位/加算基準を満たした場合にそれぞれの料金を加算する

事業所と同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 10%減算/月
事業所と同一敷地内建物等の利用者 50 人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 15%減算/月
短期集中リハビリテーション実施加算 ・退院（所）日又は介護日から起算して 3 月以内	200 単位/日
事業所評価加算	120 単位/日
サービス提供体制加算（II）	3 単位/日
利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に予防訪問リハビリテーションを行った場合	5 単位減算/回

＊負担割合が 1 割でない場合は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

5．介護保険・介護予防給付対象外サービス

（一）契約書第５条第１項の支給限度額を超えた（介護予防）訪問リハビリテーションサービスを提供した場合、要介護度ごとの単位数の１０割を利用者は支払うものとする。

（二）交通費

前期の２（一）サービスを提供する地域にお住まいの方は無料。
その他の地域の場合は、事前に利用者又はその家族の同意を得た上で次の料金をいただくものとする。

サービス実施地域を越えた地点から１０ｋｍ未満	230 円
サービス実施地域を越えた地点から１０ｋｍ以上	350 円
有料道路の利用	実費

6．　その他

（一）請求方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月 15 日までに前月分の請求をする。

（二）お支払い方法

請求月の月末までに現金払い、もしくは口座振替の場合は(中国銀行のみ)指定する日に口座引き落としとする。

7．　サービス内容に関する苦情

（一）当事業所のお客さま相談・苦情担当

本事業所の提供したサービスに関する相談・苦情及び要望についての受付窓口を設置する。

王子脳神経外科医院 (介護予防)訪問リハビリテーション	電話番号：０８６－４７４－０１１１ FAX番号：０８６－４７４－０５６０ 受付時間：８：３０～１７：３０ 責任者　：豊田　京輔

（二）その他の窓口

倉敷市介護保険課	電話番号：０８６－４２６－３３４３ 受付時間：８：３０～１７：１５
国民健康保険団体連合会	電話番号：０８６－２２３－９１０１ 受付時間：８：３０～１７：００

８．　事故発生時の対応

（一）利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡をとるとともに、必要な措置を講じる。

（二）利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

（三）事業者は、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともにその原因を解明し、再発防止策を講じそれを職員会議等で周知徹底を行う。

保険会社名	損害保険ジャパン興亜損保株式会社
保険名	ウォームハート

９．　秘密保持

（一）事業者及び従事者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らさない。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供終了後も同様とする。

（二）事業者は、利用者及びその家族から予め同意の文書を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いない。

令和　　年　　月　　日

事　業　者

訪問リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者名　医療法人王慈会　王子脳神経外科医院
所在地　　岡山県倉敷市児島下の町５丁目２番１７号

説明者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

契　約　者

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者　　住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄　　）