

訪問リハビリ・介護予防訪問リハビリ 重要事項説明書

運営規程の概要

乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、訪問リハビリ・介護予防訪問リハビリサービスの内容）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

事業所の特色等

(1) 事業の目的

医療法人桜十字が開設する訪問リハビリテーションが行う指定訪問リハビリ事業及び介護予防支援事業（以下事業という）の適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、従業員が要介護状態もしくは要支援にある者に対し、適正な指定訪問リハビリ及び指定介護予防訪問リハビリを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

- 1) 訪問リハビリスタッフ等は、要支援者又は要介護者等の心身の特性を踏まえ、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、療養生活を支援し心身の機能の維持回復を図るとともに介護予防に努める。
- 2) 事業の実施に当たっては、居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所や関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

1 訪問リハビリ・介護予防訪問リハビリ事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人 桜十字
代 表 者 名	理事長 倉津 純一
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本市南区御幸木部 1 丁目 1 番 1 号 (電話) 0 9 6 - 3 7 8 - 1 1 1 1 (FAX) 0 9 6 - 3 7 8 - 1 1 1 9

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	Let's イエリハ！桜十字
所在地・連絡先	(住所) 熊本市南区御幸木部 1 丁目 1 番 1 号 (電話) 096-378-1111 (FAX) 096-378-1119
事業所番号	4310117280
管理者の氏名	甲斐 由美

(2) 職員の勤務体制

職	職務内容・職務時間	人員数
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、また、当該事業所の従業者に法令及びこの規程を遵守させるため必要な命令を行う。 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 4週8休	専任 1名
医師	訪問リハビリテーション計画書及び介護予防訪問リハビリテーション計画書（以下「訪問リハビリテーション計画書等」という。）の作成にあたり、利用者の診察を行う。 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 4週8休	常勤 1名
理学療法士等	理学療法士等は、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画書等に基づき訪問リハビリテーション等の提供に当たる。 正規の勤務時間帯（8：30～17：30） 4週8休	非常勤 12名

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市 宇土市 松橋町 御船町 嘉島町
---------	------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業（診療）日

営業（診療）日	営業（診療）時間
平日	8：30～17：30
土曜、祝日	8：30～17：30

営業（診療）しない日	日曜、年始
------------	-------

3 サービスの内容

自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当訪問リハビリの理学療法士や作業療法士又は言語聴覚士が定期的に訪問し、必要な訓練を実施し、在宅療養の援助を行います。

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、原則として料金表の利用料金に、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なります。

お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】

<理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士が訪問リハビリ・介護予防訪問リハビリを行った場合>

所要時間	基本料金(介護)	基本料金(予防)
20分(1回)	3080円	2980円
40分(2回)	6160円	5960円
60分(3回)	9240円	8940円

<加算金額>

訪問リハビリ・介護予防リハビリ 短期集中リハビリテーション実施加算 退院・退所・介護保険認定日より3月以内	1日 2000円
---	----------

訪問リハビリ・介護予防訪問リハビリ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	20分(1回) 60円 40分(2回) 120円 60分(3回) 180円
--------------------------------------	---

訪問リハビリ 退院時共同指導加算	6000円 / 月
---------------------	-----------

訪問リハビリ 口腔連携強化加算	500円 / 月
--------------------	----------

<減算金額>

訪問リハビリ・介護予防リハビリ 事業所と同一建物のお客様又はこれ以外の同一 建物のお客様20人以上にサービスを行う場合	基本料金から－10%
訪問リハビリ・介護予防リハビリ 事業所と同一建物のお客様50人以上に サービスを行う場合	基本料金から－15%

【介護予防訪問リハビリテーション】 利用開始日の属する月から12月越	300円/回減算
---------------------------------------	----------

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・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、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が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、お客様は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
	円
	円

(3) 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が必要となります。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、事業の実施地域を超えた地点から片道1キロメートルにつき50円を徴収いたします。

(4) 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、お客様の負担となります。

(5) キャンセル料

お客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、お客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。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料自己負担部分の %
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の %

(6) 利用料等のお支払方法

- ・利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者宛にお届けします。
- ・サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の翌月末日までに、利用者様の指定口座からの自動振替となります。
- ・お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししましたので、必ず保管しますようお願いします（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります）。

5 苦情、サービス内容に関する申立窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 甲斐 由美 ご利用時間 8:00～17:00 (要望により、上記時間帯以外も対応) ご利用方法 電話0120-300-570
市町村の窓口	熊本市 健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課 熊本市中央区手取本町1番1号 TEL 096-328-2793
公的団体の窓口	熊本県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談窓口 熊本市東区健軍2丁目4番10号 096-214-1101

6 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、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住 所	
	電 話 番 号	

7 事故発生時の対応

乙は、現に訪問リハビリ・介護予防訪問リハビリサービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

乙は、感染症及び災害等に係る有事の事態に備え、速やかにサービス再開に努める体制を整えております。

8 お客様へのお願い

介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証と居宅介護支援事業者又は介護予防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。

9 その他

事 項	内 容
訪問リハビリ計画の作成及び事後評価	お客様の直面している課題等を評価し、主治医の指示及びお客様の希望を踏まえて、訪問リハビリ計画を作成します。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（リハビリ記録書）に記載しております。
従 業 員 研 修	定期的に研修会参加しています。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリ及び介護予防訪問リハビリのサービス内容及び重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者乙	住 所	熊本市南区御幸木部 1 丁目 1 番 1 号
	事業者（法人）名	医療法人 桜十字
	事業所名	Let's イエリハ！桜十字
	（事業所番号）	4 3 1 0 1 1 7 2 8 0

代表者名	理事長	倉津 純一	印
------	-----	-------	---

説明者	職 名	作業療法士 理学療法士 言語聴覚士
-----	-----	-------------------

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・介護予防訪問リハビリ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