

# 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

## 契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり岐阜県条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人社団 瑞鳳会
主たる事務所の所在地	〒500-8185 岐阜県岐阜市元町3丁目16番地
代表者（職名・氏名）	理事長 松岡 正治
設立年月日	1995年4月7日
電話番号	058-266-6888

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問リハビリテーション 松岡整形外科・内科リハビリテーション	
サービスの種類	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	
事業所の所在地	〒500-8167 岐阜市東金宝町2丁目12-6	
電話番号	058-269-4068	
指定年月日・事業所番号	平成18年10月20日	2110110133
管理者の氏名	土本 千春	
通常の事業の実施地域	岐阜県岐阜市近郊	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	当該事業所は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態又は要支援状態にある利用者様のご自宅を訪問して、心身の機能回復を図り日常生活の自立を助ける為に理学療法、作業療法又は言語療法等の必要なリハビリテーションを行うことを目的とする。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

訪問リハビリテーション（又は介護予防訪問リハビリテーション）は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「リハビリ職員」といいます。)がそのお宅を訪問し、理学療法、作業療法又は言語療法等のリハビリテーションを実施し、利用者の療養生活の支援、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで ただし、緊急時や必要な対応にあたっての営業時間を超えてサービスを提供することもあることとする。

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 1人、非常勤 0人
理学療法士	常勤 1人、非常勤 0人
作業療法士	常勤 1人、非常勤 0人

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員及びその管理責任者は下記のとおりです。  
担当職員の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、管理者までご連絡ください。  
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

訪問リハビリ職員の氏名	
管理責任者の氏名	管理者 土本 千春

#### 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額（一定以上の所得のある方は2割又は3割）です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

##### (1) 訪問リハビリテーションの利用料

###### 【基本部分】

サービスの内容 1回あたりの所要時間	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金（自己負担額1割の場合 （＝基本利用料の1割） ※（注2）参照
20分	3,070円	307円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場

合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件		利用者負担金 (自己負担額1割の場合)
リハビリテーション マネジメント加算 (訪問リハビリテ ーションに限る)	(A)イ	3ヵ月に1回、会議を開催し状況等を共有する。また、リハビリテーション計画を見直す。	180円
	(A)ロ	(A)イの要件を満たし、リハビリテーション計画の内容等の情報を厚生労働省に提出をする。	213円
	(B)イ	3ヵ月に1回、会議を開催し医師が利用者又は家族の方にリハビリテーション計画について説明する。	450円
	(B)ロ	(B)イに加え、リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出をする。	483円
訪問リハビリテ ーション費	一回当たり20分、一週に6回を限度とする。 退院(所)から三ヶ月以内は週12回可能		307円
サービス提供体制 強化加算	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、 勤続年数7年以上の者がいる。		6円
短期集中リハビリテ ーション実施加算	退院日又は認定日から3ヵ月以内に一週につき 2日以上、1日当たり20分以上実施した場合		200円

## 【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一敷地内建物等又は利用者20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合	同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合	10%減算
	利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合	15%減算
訪問リハビリテーション事業所以外が主治医の場合	当院が主治医でなく診療を行っていない場合	一回につき50単位減算
介護予防で長期に渡り訪問リハビリを行う場合（介護予防に限る）	介護予防の場合12カ月を超えて利用する場合	一回につき5単位減算

### （3）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の0%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の10%の額

### （4）支払い方法

上記（1）から（3）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、10日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

**\* 岐阜市は1単位10.33円とされているため  
利用料の総額に3.3%加算された金額を請求させて  
いただきます。**

### 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称： 氏 名： 所 在 地： 電 話 番 号：
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄）： 電 話 番 号：

### 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 058-264-2688 面接場所 当事業所の相談室 訪問リハビリテーション 松岡整形外科・内科リハビリテーション
---------	--

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	岐阜市介護保険課相談窓口	電話番号 058-265-4141
	岐阜県介護保険課相談窓口	電話番号 058-275-9826

## 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問リハビリテーション職員は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
  - ・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- (2) 訪問リハビリテーション職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください

訪問リハビリに関わる事、なんでもご相談下さい。

※ サービス提供責任者 土本千春

連絡先 080-4215-8166

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 岐阜県岐阜市元町3丁目16番地  
事業者（法人）の名称 医療法人社団 瑞鳳会  
代表者職・氏名 理事長 松岡正治

説明者.....印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所  
氏名.....印

署名代行者（又は法定代理人）

住所  
本人との続柄（ ）

氏名.....印