

管理番号 No. _____

重要事項説明書

〈第3版〉

(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)

利用者： _____ 様

メリィホスピタル 訪問リハビリ事業所

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 重要事項説明書
第3版

1 概要

(1) (介護予防)訪問リハビリテーション事業者(法人)の概要

名 称：医療法人社団八千代会
代表者名：理事長 鳳山 慧妃子
所 在 地：広島県安芸高田市八千代町勝田448番地
電話番号：0826-52-3838 (FAX 0826-52-3253)

(2) 事業所の概要

事業所名：メリィホスピタル
所 在 地：広島県広島市安佐南区大塚西3丁目1番20号
電話番号：082-849-2300 (FAX 082-849-2302)
介護保険番号：3410224384
管理者氏名：院長 福田 康彦

(3) (介護予防)訪問リハビリテーションの職員体制

従業者の職種	人数	職務の内容
管理者	1人	業務などの管理
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	10人以上	リハビリテーションの提供にあたる

(4) サービスの提供時間等

理学療法士等による(介護予防)訪問リハビリテーション
月曜日～土曜日の午前8時30分から午後5時30分
※日曜日以外の祝日も提供しております。
※電話等により、上記の時間外においても連絡可能な体制とします。

(5) 通常事業の提供地域

広島市内(安芸区を除く) ※左記以外でもご希望の方はご相談ください。

2 事業所の特色

(1) 事業の目的

要介護又は要支援状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法、言語療法など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、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とします。

(2)運営方針

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、その目標を設定し、計画的に行うものとします。

事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。

事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。

3 利用料等

(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、料金表に示す自己負担額が利用者の負担額となります。

※一定以上の所得がある方は自己負担割合が 2割または3割になります。

【料金表】

(介護保険) ※1 単位：10.55円（介護報酬地域区分：広島市 5級地）

要支援			自己負担額		
所要時間	単位数	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
20分	298単位/回	3,143円	314円	629円	943円
40分	596単位/回	6,287円	629円	1,257円	1,886円
60分	894単位/回	9,431円	943円	1,886円	2,829円

要介護			自己負担額		
所要時間	単位数	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
20分	308単位/回	3,249円	325円	650円	975円
40分	616単位/回	6,498円	650円	1,300円	1,949円
60分	924単位/回	9,748円	975円	1,950円	2,924円

<加算>			自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
加算	単位数	利用料金			
短期集中 リハビリテーション実施加算	200単位/日	2,110円/日	211円	422円	633円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/日	2,532円/日	253円	506円	760円
サービス 提供体制強化加算(Ⅱ)	3単位/回	31円/回	3円	6円	9円
リハビリテーション マネジメント加算 (イ) ※1	180単位/月	1,899円/月	189円	379円	569円
リハビリテーション マネジメント加算 (ロ) ※1	213単位/月	2,247円/月	225円	449円	674円
リハビリテーション マネジメント加算 (新設) ※1	270単位/月	2,848円/月	285円	570円	854円
移行支援加算 ※1	17単位/日	179円/日	18円	36円	54円
退院時共同指導加算	600単位/回	6,330円/回	633円	1,266円	1,899円

※1 要介護認定の方にのみ算定可能

<同一建物減算>

要件		減算割合
①	当訪問リハビリ事業所と同一敷地内、または隣接する敷地内に居住している場合	90/100
②	①に該当し、かつ当訪問リハビリ事業所がその建物の居住者に対して1ヵ月あたり50人以上にサービスを提供している場合	85/100
③	①以外に所在する建物に居住しているが、当訪問リハビリ事業所がその建物の居住者に対して1ヵ月あたり20人以上にサービスを提供している場合	90/100

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。

介護給付費(介護報酬)の改定があった場合、事業所の料金体系は厚生労働省の定めに準じます。また、当事業所の規程変更により、一部内容を変更させて頂く場合がございます。

(2) 駐車場利用料、実施区域外の方の交通費

敷地内に駐車スペースがない場合、有料駐車場利用料をご負担頂きます。
実施区域外の方は1 kmあたり20円の交通費片道分を頂きます。

(3) その他利用料

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気等の費用は利用者の負担となります。
公共交通機関を利用した外出練習などで生じる費用に関しても、利用者の負担となります。
当院が行う訪問診療や往診、それに伴う治療費、および診療に係る電話相談の場合は、
医療保険として取り扱うため、各医療保険の給付割合により一部負担金が発生いたします。

4 支払い方法

サービスの利用料は、介護保険利用料として請求いたします。

お支払方法は、口座引落の他、病院窓口支払い、振り込み支払いです。

支払方法等、請求に関しご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

※利用者は、正当な理由がないにもかかわらず、支払期日から利用料を2か月以上滞納し、更に支払いの催促から14日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除した上で未払い分をお支払いいただきます。

利用料等のお支払方法

支払い方法：(ア) 利用者指定口座からの自動振替

(イ) 現金支払い（外来窓口支払い）

(ウ) 事業所指定口座への振り込み

(ア) 月末締め翌月20日までに自動引落精算となります。ご希望の方は別途「預金口座振替依頼書・自動振替依頼書・自動振込申込書」にご記入頂き、複写用紙全てを同封する返信用封筒にてご返送頂くか、担当者にお渡しください。ご記入の際は、「ご記入例」をご参考に、口座のお届け印は鮮明に押印いただきますようお願いいたします。

なお、初回の引落精算までに時間を要しますので、それまでの請求は保留とし、整い次第まとめてご請求させて頂きたく存じます。その際は、改めてご案内申し込み申し上げますので、ご承知置きますようお願い致します。

(イ) 月末締めの翌月10日に請求書を発行し順次お渡ししますので、請求書到着後、当院外来窓口にてお支払いをお願い致します。

(ウ) 月末締めの翌月10日に請求書を発行し順次お渡ししますので、請求書到着後14日以内に下記口座に振り込み送金してお支払いください。また振り込みの際の手数料は利用者様負担となりますので宜しくお願い致します。

西日本シティ銀行 広島支店
(普通) 口座番号 0898144
名義人 (医) 八千代会 イ) ヤチヨカイ

メリィホスピタル外来窓口 電話(082)849-2300(代)
受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分
※土曜日、日曜日、祝日、12月29日～1月3日を除く

請求先確認（請求書の受取が可能な方のご記入をお願いします）

※請求書受取が利用者様本人の場合：氏名欄に「利用者本人」の記載で構いません

請求書 受取者	氏名	
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	電話番号	

○利用料金のお支払い方法

お支払い方法に関する詳細は前ページをご確認の上、該当項目にご記入をお願いします。
利用者指定口座からの自動振替につきましては別途、必要書類がございますので、
ご記入をお願いします。

- (ア) 利用者指定口座からの自動振替
- (イ) 現金支払い（外来窓口支払い）
- (ウ) 事業所指定口座への振り込み

5 サービスの契約終了

(1) 利用者のご都合でサービスの利用を終了する場合

利用者は、事業所に対するサービスを終了する日の10日以上前までに申し出ていただく事により、契約を解除する事ができます。

(2) 事業所の都合でサービスの提供を終了する場合

やむを得ない事情により、事業所がサービスの提供を終了する場合、事業所は利用者に対し、終了日の1ヶ月前に文書で通知する事により、契約を解除する事ができます。

(3) 契約解除

次の理由に該当した場合、利用者は事業所へ申し出ていただく事により、直ちにこの契約を解除することができます。

(ア) 事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合

(イ) 事業所が、守秘義務に反した場合

(ウ) 事業所が、利用者やその家族、後見人に対し、社会通念を逸脱する行為を行った場合

次の事由に該当した場合、事業所は利用者へ文書で通知する事により、直ちにこの契約を解約する事ができます。

(ア) 利用者のサービス利用料金の支払いが、2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、30日以上予告期間を定めて利用料が支払われない場合

(イ) 利用者またはその家族、後見人が、事業者やサービス従業者、または他の利用者に対し、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

(ウ) 利用者が、正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合

(利用者の都合により、サービスの利用を中止する場合、訪問日前日までに弊事業所へ連絡ください。ただし、利用者の病状の急変等、やむを得ない事情がある場合、連絡は不要です。)

(4) 自動終了

次の事由に該当した場合、この契約は自動終了になります。

(ア) 利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

(イ) 利用者が、介護保険施設等に入所した場合

(ウ) 利用者が逝去された場合

(エ) その他、解約をせざるを得ない状況が生じた場合

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

弊事業所が提供したサービスに対し、ご意見等がある場合には、下記の連絡先までご連絡ください。ご意見等をいただきましたら、必要に応じて利用者へ連絡を行い、適切な対応をいたします。また、いただいた意見等の内容によっては、市町村や居宅介護支援事業者等に連絡を行い、適切な対応を行います。

サービス内容に関する苦情・相談窓口

地域連携室相談窓口 電話 (082)849-2300(代) FAX (082)845-2305

受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

※土曜日、日曜日、祝日、12月29日～1月3日を除く

7 事故発生時の対応方法

利用者に対するサービス提供により、不慮の事故が発生した場合、速やかに市町村、利用者家族、関係者、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。ただし、弊事業所に故意・過失がない場合、この限りではございません。

主治医	病院名	
	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	

8 保険証提示のお願い

サービス利用の際は、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の他、後期高齢者医療保険被保険者証、健康保険証、被原爆者手帳等の公費受給者証をお持ちの場合、合わせてご提示ください。

※下記においても当事業所へご提示してください。

- ・ 保険情報の変更があった場合
- ・ マイナンバーカードを健康保険証として利用登録した時

9 個人情報の利用目的および第三者に提供する場合の目的に関する規約
弊事業所では、個人情報を業務上必要な範囲において利用します。
下記目的以外には、利用いたしません。

- ① 介護保険請求のための事務処理
- ② 弊法人が行う権利運營業務(会計、経理、事故報告、サービスの質向上等)
- ③ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ④ 賠償責任保険等に係る専門機関、保険会社への届け出、相談
- ⑤ その他の医療機関・介護機関との連携目的の情報提供
- ⑥ 学会発表に使用（個人情報には、個人が特定できない処理を行います）

10 臨床実習学生の受け入れに関する規約

当事業所は、リハビリ学生の臨床実習受け入れ施設として協力しております。

リハビリ学生に対する教育の必要性をご理解いただき、リハビリ学生見学のご協力をお願い致します。リハビリ学生に関する個人情報の取り扱いについては以下記載します。

- ① 学生は臨床実習を通して、知り得た利用者及びご家族様に関する情報について、他者に漏らすことのないようプライバシーの保護を順守します。
- ② 利用者及びご家族様は、学生見学に同意した後も、無条件に拒否することが出来ます。又拒否したことを理由に訪問リハビリ上の不利益な扱いを受けることはありません。
- ③ 利用者及びご家族様は、学生見学に関する意見や質問がある場合、リハビリスタッフに直接尋ねることが出来ます。
- ④ 学生が治療を行う場合、事前にわかりやすい説明を行い、利用者又はご家族さまの同意を得て行います。
- ⑤ 学生が治療を行う場合、安全性の確保を最優先とし、事前にリハビリ指導スタッフの助言・指導を受けています。

メリィホスピタル（介護予防）訪問リハビリテーション事業所は下記の内容について説明を行いました。

- 重要事項説明書
- 第三者に情報提供する場合の規約（ 承諾 ・ 拒否 ）
- 臨床実習学生の受け入れに関する規約（ 承諾 ・ 拒否 ）

事業者名 医療法人社団八千代会
事業所名 メリィホスピタル
(指定番号 3410224384)
住 所 広島市安佐南区大塚西3丁目1番20号

氏 名 病院長 福田 康彦 ㊞

説明者_____より、本書面により、(介護予防)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。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

代理人（選任した場合） 住 所 _____

氏 名 _____（続柄 _____）