

重要事項説明書

(訪問(予防)リハビリテーション)

利用者： _____ 様

事業者： 社会医療法人崇徳会 長岡西病院

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	社会医療法人崇徳会 長岡西病院
所在地	新潟県長岡市三ツ郷屋町 371 番地 1
連絡先	0258-27-8500
管理者名	院長 永井 恒雄
サービス種類	訪問リハビリテーション
サービス提供地域	長岡西病院から半径 10km 以内

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	月～金 8:30 ～ 17:00
定休日	土曜・日曜・祝日・年末年始(12月31日～1月3日)

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師	1名	0名	1名
理学療法士	理学療法士免許	2名	0名	2名
作業療法士	作業療法士免許	1名	0名	1名
言語聴覚士	言語聴覚士免許	0名	0名	0名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0258-27-8519

担当部署 : 地域医療連携室

担当者 : 阿部 知子 (社会福祉士)

受付時間 : 8:30 ～ 17:00

3 サービス内容

- (1) 理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、食事に関わる嚥下機能の改善、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。

4 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表に記載されている利用料金の1割が利用者負担額になります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めにて、翌月の13～15日頃に請求書を作成し、郵送させていただきます。請求書発行月の月末にお支払いいただきますようご協力お願いします。

(3) 料金表

項 目	料 金	自己負担額
☐ 訪問リハビリテーション費	3,080 円／1 回	308 円／1 回
☐ 介護予防訪問リハビリテーション費	2,980 円／1 回	298 円／1 回
☐ 短期集中リハビリテーション実施加算 《退院(所)日または認定日から3ヶ月以内》	2,000 円／1 日	200 円／1 日
☐ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	2,400 円／1 日	240 円／1 日
☐ リハビリテーションマネジメント加算 《リハビリテーション計画書における計画の策 定と活用等のプロセス管理の実施・情報共有を目的に、介護支援専門員や他のサービス事業所を交 えた「リハビリテーション会議」を実施した場合 に算定》 *ロ：厚生労働省へのデータ提出する場合に算定	リハビリテーションマネジメント加算（イ）1,800 円／1 か月	180 円／1 か月
	リハビリテーションマネジメント加算（ロ）2,130 円／1 か月	213 円／1 か月
☐ 退院時共同指導加算	6000 円／1 回	600 単位／1 回
☐ サービス提供体制強化加算 I	60 円／1 回	6 円／1 回

*自己負担1割の場合

(4) その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、利用者様の負担になります。

(5) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担になります。

☐ 交通費	1 km（当事業所より半径10kmを超えた場合）	30 円（消費税別）
------------------------------	--------------------------	------------

(6) キャンセル料

①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。
キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(7) お支払方法

お支払方法は以下の3つになります。

☐ 病院窓口払い

現金または各種クレジットカードがご利用いただけます。

(UC・VISA・Master・JCB・ニコス・アメックス・ダイナース)

☐ 振 込

患者さまのお名前でお振込みください。なお、手数料については患者さまのご負担となります。
振込先は以下の通りです。

・第四北越銀行 長岡本店営業部 普通 1146728

☐ 後払いサービス

ご指定の口座から自動的に引き落とされる便利なサービスです。

入会金・年会費 無料、利用料 ご利用 1 回につき 100 円(税別)、口座振替手数料 80 円(税別)/月。
詳細についてはパンフレットをご参照ください。

口座名義はいずれも「しゃかいいりょうほうじんすとかい社会医療法人崇徳会 ながおかにしびょういん長岡西病院 りじちょう理事長 たみやたかし田宮崇」です。

5 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあつた場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	

6 留意事項

- ① 事業者、職員に対してハラスメント行為（身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント）が認められた場合、必要な対策を講じさせていただきます。結果の重要性や再発の可能性などにより、やむを得ずサービス利用継続が難しくなることがあります。
- ② 事業所はサービス提供中に、当該事業従事者または介護者（利用者の家族等、現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。
- ③ 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように社会医療法人崇徳会長岡西病院BCPの基準に準じて業務を行います。
- ④ 感染症や非常災害の発生時において、サービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を社会医療法人崇徳会長岡西病院BCPに準じ、「業務継続計画」を策定し、必要な措置を講じます。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

訪問リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明いたしました。

【事業所】

住 所：新潟県長岡市三ツ郷屋町 371 番地 1

事業所名：社会医療法人崇徳会 長岡西病院

(指定番号：第 1510323367 指定日：平成 4 年 5 月 1 日)

説明者名：

職 種： 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士

訪問リハビリテーション利用契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受けました。

【ご利用者】

住 所：_____

氏 名：_____

【身元引受人】

住 所：_____

氏 名：_____ (続柄)