

〈契約書別紙1〉

介護老人保健施設ローズガーデン
【予防】訪問リハビリテーション
重要事項説明書

1. 医療法人心泉会 介護老人保健事業の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

- ・施設名 医療法人心泉会 介護老人保健施設ローズガーデン
- ・開設年月日 平成7年4月14日
- ・所在地 長野県松本市大字中山7494-8
- ・電話番号 0263-57-8002 (代) ・ファックス番号 0263-57-8825
- ・施設長・医師 上條 節子
- ・介護保険指定番号介護老人保健施設 (2050280029号)

(2) 訪問リハビリテーションの目的と運営方針

訪問リハビリテーションの目的は、要支援又は要介護者の在宅等での生活を継続させるために、立案された居宅介護サービス計画に基づきリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持・回復を図ることです。

このサービスを提供するにあたっては、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他専ら訪問リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、訪問リハビリテーション計画が作成されます。この訪問リハビリテーション計画に同意をいただいた上で、サービス提供を開始又は継続いたします。

(3) 当事業所の職員体制（及び人員基準）

職 種	人員配置
医師（管理者）	1名以上（兼務）
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1名以上（兼務）

2. サービス内容

(1) サービス担当責任者

氏名 中沢 翔太郎 連絡先 0263-57-8002

(2) 訪問リハビリテーションの内容

- ①利用者の状態観察（体温・脈拍・呼吸・血圧等の測定）
- ②理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による自宅でのリハビリテーション
- ③その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 料金

(1) 利用料金一覧

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の一割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります（①契約書別紙2. 利用者負担説明書を参照）。

(2) 交通費

- ①通常の実施地域である松本市（梓川地区、安曇地区、四賀地区、奈川地区を除く）並びに塩尻市（檜川地区を除く）は無料です。それ以外の地域の方は、サービス従業者が訪問するための交通費の実費が必要です。
- ②通常の実施地域を超えてサービスを提供する場合には、通常の実施地域を超えた地点から1kmあたり63円の交通費を頂きます。ただし、1,000円を上限とします。

(3) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合には、次のキャンセル料をいただきます。

①ご利用の前日営業日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用の当日午前8時までにご連絡いただいた場合	利用料金の5割
③ご利用の当日午前8時までにご連絡がなかった場合	利用料金の全額

(4) 支払方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の25日までに
お支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払いは「①現金払い ②銀行振り込み ③口座自動引き落とし（郵便局・
八十二銀行）」にて、お願いいたしております。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいております。

- ・協力病院（歯科診療も含む）
- ・名 称 医療法人心泉会 上條記念病院
- ・住 所 長野県松本市村井町西2-16-1

5. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

6. 事故発生時の対応

当施設のリスクマネジメント委員会に準じた対応をします。

7. 相談、苦情について

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。要望や苦情なども、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。そのほか、当施設受付窓口横に備え付けられた「ご意見箱」をご利用ください。また、当施設以外にも、下記のご相談窓口をご利用いただけます。

松本市役所高齢福祉課	0 2 6 3 - 3 4 - 3 2 1 3（直通）
塩尻市役所介護保険課介護保険係	0 2 6 3 - 5 2 - 0 2 8 4（直通）
長野県国民健康保険団体連合会	0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 5 0（代表）

当施設における苦情処理対応に関する概要は以下の通りです。

- ◆苦情解決責任者 → 施設長 ◆苦情受付担当者 → 支援相談員
- ◆連絡先 電話0263-57-8002
(支援相談員に具体的な内容をお申し付け下さい。)
- ◆苦情処理手順
 - ①苦情内容について管理者に連絡。関係職員と問題解決に向け検討。
 - ②苦情内容によっては苦情処理委員会を招集し利用者の意向を確認して問題処理を検討。
 - ③苦情処理委員会等の結果について利用者に対し理解を求める。
 - ④結論が出ず、将来とも話し合いが出来そうにないものについては、全国老人保健施設協会や行政機関等の苦情処理窓口へ相談し、利用者の希望に添うように努力。
 - ⑤各所の苦情に対する調査等については積極的に協力。
 - ⑥利用者の再要請に対しては誠意を持って相談に乗るとともに問題解決に向け話し合いを進める。
 - ⑦苦情内容、経過などについては、苦情処理台帳に記録するとともに今後の事業の推進に活かし、利用者の便宜を図る。

8. サービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日 ただし、日曜日 8月15日～8月16日 12月30～1月3日は休業いたします。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

9. 第三者評価の実施について
なし。

10. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、お申し出ください。
〈契約書別紙2〉

〈契約書別紙2〉

利用者負担説明書

介護老人保健施設ローズガーデン 【予防】訪問リハビリテーション
令和6年6月1日現在

- (1) 保険給付の自己負担
介護保険制度では、介護保険負担割合証に記載された負担割合によって負担分が異なります。
- (2) 地域区分
1単位の単価は、10円を基本として地域ごと・サービス種類ごとに人件費の地域差分を上乗せしたもので、松本市は7級地となり、1単位 10.17円となります。
- (3) 訪問リハビリテーション料金
訪問リハビリテーション料金表

サービス内容	費用総額 (単位)	備 考
リハビリマネジメント 加算イ	180 1月につき	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリの質を管理した場合
リハビリマネジメント 加算ロ	213 1月につき	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリの質を管理。また、リハビリ会議に医師も参加し、LIFEシステムを用いて厚生労働省へ情報を提出した場合。
事業所医師説明	270 1月につき	リハビリ会議に医師が参加し、医師がリハビリ計画について説明を行った場合。
訪問リハビリテーション 費	308 1回につき	20分を1回として算定 1週間に6回を限度。 ただし、退院(所)日から起算して3ヶ月以内の利用者は1週間に12回まで利用可能。
介護予防訪問リハビリテ ーション費 (予防のみ)	298 1月につき	20分を1回として算定 1週間に6回を限度。 ただし、退院(所)日から起算して3ヶ月以内の利用者は1週間に12回まで利用可能。
短期集中リハビリテーシ ョン実施加算	200 1日につき	退院・退所日又は認定日から起算して3月以内の期間に行われた場合。
認知症短期集中リハビリ テーション実施加算	240 1日につき	退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に1週間に2日を限度とし、認知症と医師が判断した者で、リハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれると判断された者に対し、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士がリハビリテーションを集中的に行った場合。 ※短期集中リハビリテーション実施加算との併算は不可。 ※過去3月の間に本加算を算定していた場合は算定不可。
サービス提供体制強化 加算I	6 1回につき	利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の内、勤続年数が7年以上の者がいる場合。

サービス提供体制強化 加算Ⅱ	3 1回につき	利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の内、勤続年数が3年以上の者がいる場合。
移行支援加算	17 1日につき	利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合。
介護予防リハビリテーション費減産	30 1回につき	利用開始日の属する月から12ヶ月を超えた場合減算しません。ただし、3ヶ月に1度のリハビリテーション会議の開催、計画書の見直し、計画書等の情報を厚生労働省へ提出した場合は算定しません。
訪問リハ計画診療未実施減算	-50 1回につき	訪問リハビリテーションの医師が診療を行っていない利用者に対して、別の医療機関の医師からの情報をもとに、訪問リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問リハビリテーション計画書を作成し、サービスを提供した場合。 (医療機関に入院し、リハビリテーションの提供を受けた利用者であって、当該医療機関から、当該利用者に関する情報の提供が行われている者においては、退院後一ヶ月以内に提供される訪問リハビリテーションに限り、診療未実施減算は適用されない)。
同一建物減算Ⅰ	減算率10%	事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者に対してサービスを提供する場合(当該建物に居住する利用者が1月あたり20人以上の場合)。
退院時共同指導加算	600 1回につき	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に算定。
口腔連携強化加算	50 1月につき	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合。 ※1月に1回に限る。

※上記料金表の利用者負担は、一割負担の場合の単位数です。

詳細は受付窓口へお問い合わせ下さい。

(お問い合わせ先) 介護老人保健施設ローズガーデン 電話番号: 0263-57-8002 (代)

年 月 日

介護老人保健施設ローズガーデン【予防】訪問リハビリテーションの利用開始にあたり、利用者に対して本利用契約書別紙1. 重要事項説明書及び別紙2. 利用者負担説明書についての説明を行いました。

事業所 介護老人保健施設ローズガーデン訪問リハビリテーション
所在地 松本市大字中山7494-8
名称 医療法人 心泉会
代表者 施設長 上條 節子

説明者 所 属 訪問リハビリテーション
氏 名 中沢 翔太郎

私は、本利用契約書別紙1. 重要事項説明書及び契約書別紙2. 利用者負担説明書の説明を受けた上で内容をよく理解しサービス提供の契約をいたします。

利用者 住 所
氏 名

利用者署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行します。

署名代行者 氏 名 [続柄]

身元引受人 住 所
(連帯債務者)
氏 名 [続柄]

以下の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が署名の上、1通ずつ保有するものとします。