

**医療法人 生愛会 附属介護老人保健施設 生愛会ナーシングケアセンター
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**

1 当事業所の概要

(1) 事業者の概要

事業者名	医療法人 生愛会
所在地	福島県福島市大笹生字向平13-1
連絡先	024-555-2244
代表者名	理事長 本間 達也

(2) 事業所の概要

事業所名	附属介護老人保健施設 生愛会ナーシングケアセンター 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
所在地	福島県福島市大笹生字向平13-1
連絡先	024-555-2244
管理者名	川村 博司
サービス種類	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
介護保険指定番号	0750185035号
サービス提供地域	福島市

※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。

(3) 営業時間

平日	9:00~17:00
定休日	土曜日、日曜日、年末年始

(4) 職員体制

- ①管理者 1名
- ②理学療法士、作業療法士および言語聴覚士 1名以上

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 024-555-2244

担当部署 : リハビリテーション科

担当者 : 星野 篤宏

受付時間 : 8:30~17:30

3 サービス内容

- (1) 理学療法士や作業療法士等が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご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、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、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介護保険負担割合証に記載のある割合分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

毎月月末締めとし、翌月 15 日までに当月分の料金を請求いたしますので、27 日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表 ※下記の料金は 1 割負担の場合となります。

<訪問リハビリテーションの料金>

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費 (1 回につき)	308 単位	308 円
短期集中リハビリテーション実施加算 (1 日につき) 〔退院 (所) 日または認定日から 3 月以内〕	200 単位	200 円
認知短期集中リハビリテーション実施加算 (1 日につき) 〔退院 (所) 又は訪問開始日から 3 月以内の期間〕 〔1 週に 2 日を限度〕	240 単位	240 円
リハビリテーションマネジメント加算 (イ) OT・PT・ST が利用者等に説明・同意を得て医師に報告 (1 月につき)	180 単位	180 円
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) OT・PT・ST が利用者等に説明・同意を得て医師に報告 (1 月につき)	213 単位	213 円
リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) 医師が利用者等に説明・同意を得る (1 月につき)	270 単位	270 円
口腔連携強化加算 〔1 月に 1 回に限り算定可能〕	50 単位	50 円
社会参加支援加算 (1 日につき)	17 単位	17 円
サービス提供体制強化加算 (I) (1 回につき)	6 単位	6 円
サービス提供体制強化加算 (II) (1 回につき)	3 単位	3 円
退院時共同指導加算 (1 回のみ)	600 単位	600 円
長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化 利用開始日の属する月から 12 月超	5 単位/回減算	30 単位/回減算

業務継続計画未実施減算 施設・居住系サービス	1. 100/3 に相当する 単位数を減算 2. 100/1 に相当する 単位数を減算	1. 100/3 に相当する 単位数を減算 2. 100/1 に相当する 単位数を減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	100/1 に相当する 単位数を減算	100/1 に相当する 単位数を減算

※事業所と同一建物の利用者またはこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービス提供をおこなった場合においては、上記合計単位数の 9 割の料金となります。

※中山間地域等に居住する利用者へのサービスを提供した場合においては、上記合計単位数の 5%が料金に加算されます。

<介護予防訪問リハビリテーションの料金>

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費 (1 回につき)	298 単位	298 円
短期集中リハビリテーション実施加算 (1 日につき) 〔退院 (所) 日または認定日から 3 月以内〕	200 単位	200 円
理学療法士等による計画作成指導・助言加算 (理学療法士等とサービス提供責任者が居宅訪問し、理学療法士等がサービス提供責任者に計画作成指導・助言を行った場合) (1 回につき)	300 単位	300 円
サービス提供体制強化加算 (I)	6 単位	6 円
サービス提供体制強化加算 (II)	3 単位	3 円
利用開始日の属する月から 12 月を超えた場合	要件を満たした場合 減算なし	要件満たさない 場合 30 単位/回減算

※事業所と同一建物の利用者またはこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービス提供をおこなった場合においては、上記合計単位数の 9 割の料金となります。

※中山間地域等に居住する利用者へのサービスを提供した場合においては、上記合計単位数の 5%が料金に加算されます。

(4) その他の費用

ご利用者様の住まいにおいて、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、ご利用者の負担になります。

(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。

複写物	1 枚につき	10 円
通常の実施地域を超えて 訪問リハビリを提供した場合の交通費	1 kmにつき	20 円

(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。

5 協力医療機関

協力医療機関(1)

医療機関名	社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院
所在地	福島県福島市北沢又字成出16-2
電話番号	024-557-5111
診療科	内科、外科、心臓血管外科、整形外科、歯科 等

協力医療機関(2)

医療機関名	医療法人 社団 敬愛会 福島西部病院
所在地	福島県福島市東中央3丁目15
電話番号	024-533-2121
診療科	内科、消化器内視鏡科、外科、泌尿器科、専門内科、婦人科、歯科 等

6 主治医

医療機関名	
所在地	
担当医	
電話番号	

私は、重要事項説明書について説明を受け、十分に理解いたしました。

令和 年 月 日

本人 _____ 印

ご家族 _____ (続柄) 印

説明年月日 令和 年 月 日

医療法人 生愛会

附属介護老人保健施設 生愛会ナーシングケアセンター

(介護予防)訪問リハビリテーション

説明者署名 _____