

# 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) サービス内容説明書【1】

事業者は、介護保険法令の趣旨にしたがい、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質を確保するためのリハビリテーションを提供します。

## (訪問リハビリテーション計画の決定・変更)

- ① 事業者は、医師の指示に基づき利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問リハビリテーション（指定介護予防訪問リハビリテーション）の目標、及び目標達成のための具体的なサービス内容等を記載した訪問リハビリテーション実施計画書を作成するものとします。
- ② 事業者は、利用者に係る居宅サービス計画（介護予防サービス計画）が作成されている場合には、それに沿って利用者の訪問リハビリテーション実施計画書を作成するものとします。
- ③ 事業者は、訪問リハビリテーション実施計画書について、利用者及びその家族などに対して説明し、同意を得たうえで決定するものとします。
- ④ 事業者は、訪問リハビリテーション実施計画書を作成した際には利用者及びその家族に交付するものとします。
- ⑤ 事業者は、利用者に係る居宅サービス計画（介護予防サービス計画）が変更された場合、もしくは実施状況の把握を行い、必要に応じて訪問リハビリテーション実施計画書の変更をするものとします。

## (サービス利用料金)

地域区分：7 級地      単位数単価：10.17 円

1 か月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理関係上差異が生じる場合があります

### (1) 訪問リハビリテーション利用料金

| サービス項目   | 単位数    | 自己負担 1 割 | 自己負担 2 割 | 自己負担 3 割 |
|--|--------|----------|----------|----------|
| 訪問リハビリテーション（1 単位：20 分）                                   | 308 単位 | 313 円    | 626 円    | 940 円    |
| サービス提供体制強化加算 I（1 単位につき）                                  | 6 単位   | 6 円      | 12 円     | 18 円     |
| リハビリテーションマネジメント加算イ（1ヶ月あたり）                               | 180 単位 | 183 円    | 366 円    | 549 円    |
| 事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合<br>上記に加えて（1ヶ月あたり）       | 270 単位 | 275 円    | 549 円    | 821 円    |
| 短期集中リハビリテーション実施加算（1日あたり）<br>（退院（所）又は、認定日から起算して 3 月以内の期間） | 200 単位 | 203 円    | 407 円    | 610 円    |

|  |        |       |         |         |
|--|--------|-------|---------|---------|
| 退院時共同指導加算（１回あたり）＊算定要件に伴います                   | 600 単位 | 610 円 | 1,220 円 | 1,830 円 |
| 移行支援加算（１日あたり）＊算定要件に伴います                      | 17 単位  | 17 円  | 35 円    | 52 円    |
| 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかる診療を行わなかった場合（１単位につき） | －50 単位 | －51 円 | －102 円  | －153 円  |

（２）介護予防訪問リハビリテーション利用料金

| サービス項目   | 単位数    | 自己負担１割 | 自己負担２割  | 自己負担３割  |
|--|--------|--------|---------|---------|
| 予防訪問リハビリテーション（１単位：20分）                                   | 298 単位 | 303 円  | 606 円   | 909 円   |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ（１単位につき）                                    | 6 単位   | 6 円    | 12 円    | 18 円    |
| 予防短期集中リハビリテーション実施加算（１日あたり）<br>（退院（所）又は、認定日から起算して３月以内の期間） | 200 単位 | 203 円  | 407 円   | 610 円   |
| 退院時共同指導加算（１回あたり）＊算定要件に伴います                               | 600 単位 | 610 円  | 1,220 円 | 1,830 円 |
| 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかる診療を行わなかった場合（１単位につき）             | －50 単位 | －51 円  | －102 円  | －153 円  |
| 利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合     | －30 単位 | －31 円  | －61 円   | －92 円   |

（３）保険給付対象外利用料金（１回あたり）

| 費用項目   | 料 金     |
|--|---------|
| 通常事業実施地域を越えた地点から 10km 未満                       | 300 円   |
| 通常事業実施地域を越えた地点から 10km 以上                       | 500 円   |
| 居宅介護サービス計画（介護予防サービス計画）に基づいた<br>保険給付対象外の訪問リハビリ費 | 5,000 円 |

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがありますが、その場合は事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２ヶ月前までにご説明します。

# 重要事項説明書

訪問リハビリセンター 榊原

## 1. 事業所の概要

|          |   |
|----------|---|
| 事業者法人名   | 医療法人 静知会  |
| 代表者名     | 理事長 廣田省三  |
| 法人所在地    | 愛知県知多郡武豊町向陽5-2  |
| 代表電話番号   | 0569-73-6811  |
| FAX番号    | 0569-73-6812  |
| 設立年月日    | 昭和61年4月1日   |
| 事業所名     | 訪問リハビリセンター 榊原   |
| 事業所所在地   | 愛知県知多郡武豊町富貴西側108-5  |
| 管理者名     | 小寺良尚  |
| 事業所電話番号  | 0569-74-2220  |
| FAX番号    | 0569-74-2224  |
| 介護保険指定番号 | 愛知県 第2375701964号  |
| 指定年月日    | 令和 3年 6月 1日   |
| 運営方針     | 介護保険法令の趣旨にしたがい、利用者に対し、利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の自宅を訪問し心身の機能の維持回復を図るためサービスを提供します。 |

## 2. 事業所の職員体制

| 職 種             | 資 格            | 常 勤 | 非常勤 | 合 計 | 業務内容                             |
|-----------------|----------------|-----|-----|-----|----------------------------------|
| 管理者             | 医 師            | 1 名 | —   | 1 名 | 従業者及び業務全般の管理                     |
| 医 師             | 医 師            | 1 名 | —   | 1 名 | 居宅療養管理指導の提供                      |
| 理学療法士等          | 理学療法士          | 5 名 | 2 名 | 7 名 | 利用申込の調整                          |
|                 | 作業療法士          | 1 名 | 1 名 | 2 名 | サービスの提供、内容の管理、<br>実施状況の把握、計画書の作成 |
|                 | 言語聴覚士          | —   | —   | —   |                                  |
| 兼務の有無           | ① ・ 無          |     |     |     |                                  |
| 従業者の健康診断<br>の有無 | ① ・ 無          |     |     |     |                                  |
| 常勤職員の所定労働時間     | 1 週間あたり 4 0 時間 |     |     |     |                                  |

### 3. サービスの内容等

|                |  |         |  |
|----------------|--|---------|--|
| 営業日            | 月曜日～土曜日  |         |  |
| 営業時間           | 8：30～17：15   |         |  |
| 休業日            | 日曜日、祝祭日、盆休み及び正月休み<br>※1ヶ月前に書面にてお知らせします。  |         |  |
| 通常の事業の実施地域     | 半田市、常滑市、武豊町、美浜町  |         |  |
| 事故発生時の対応       | サービス提供中に事故が発生した場合は、市町村・ご家族・支援事業者等へ連絡いたします。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。  |         |  |
| 苦情・相談対応<br>窓口  | 事業所  | 担 当 者   | 川北 俊雄 ・ 増永 拓也  |
|                |  | 連 絡 先   | 0569-74-2220   |
|                |  | 対 応 時 間 | 8：30～17：15<br>(日、祝日を除く)  |
|                | 各市町村   | 連 絡 先   | <input type="checkbox"/> 福祉課 72-1111 (武豊町)<br><input type="checkbox"/> 介護保険課 84-0649 (半田市)<br><input type="checkbox"/> 福祉課 34-7744 (常滑市)<br><input type="checkbox"/> 保険課介護係 82-1111<br>(内線362) (美浜町) |
|                |  | 対 応 時 間 | 8：30～17：15<br>(土日、祝日を除く)   |
|                | 国民健康保険団体連合会  | 担 当 者   | 介護サービス苦情処理審査会  |
|                |  | 連 絡 先   | 〒461-0014<br>名古屋市東区泉1丁目6番5号<br>(052) 971-4165  |
|                |  | 対 応 時 間 | 8：30～17：15<br>(土日、祝日を除く)   |
| 利用の中止、変更<br>追加 | <p>利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加する場合は、利用予定日の前日までに事業者へ申し出てください。</p> <p>サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者様の希望する期間にサービスの提供ができない場合、ほかの利用可能期間又は日時をご利用者様に提示して協議します。</p> |         |  |
| 秘密の保持          | <p>従業者は業務上知り得た契約者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等でご利用者様の個人情報を用いる場合はご利用者様の同意を、ご利用者様の家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を、<b>個人情報利用及び提供同意書</b>をもって得るものとします。</p>   |         |  |

#### 4. キャンセル料について

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 利用日の前日まで          | 徴収しません。              |
| 当日もしくは<br>連絡のない場合 | 当日の利用料金の１０％（自己負担相当額） |
| 連絡先（電話番号）         | ０５６９－７４－２２２０         |

#### 5. お支払い方法

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 支払い方法  | 口座振替               |
| 取扱金融機関 | どちらの金融機関でも対応可能     |
| 計算期間   | 月毎に算定（月末締め）        |
| 請求書発行日 | 毎月１１日（休業日の場合は翌営業日） |
| お支払い期日 | 毎月２６日（休業日の場合は翌営業日） |
| お支払い場所 | ご指定の口座より自動引落       |

#### 6. 緊急時の対応

|              |   |     |       |
|--------------|---|-----|-------|
| 緊急時の対応<br>方法 | サービス提供中に容体の変化や不可効力的な事故があった場合は、マニュアルに従い主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ連絡をいたします。 |     |       |
| 緊急連絡先        | 主 治 医   | 病院名 |       |
|              |   | 医師名 |       |
|              |   | 連絡先 |       |
|              | 緊急搬送先   | 病院名 |       |
|              |   | 連絡先 |       |
|              | ご 家 族   | 氏 名 | 続柄（ ） |
|              |   | 連絡先 |       |
|              |   | 携 帯 |       |

#### 7. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施なし

以上、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。サービス提供開始の同意については契約書でお願いいたします。

（説明者氏名

印）