

# —訪問リハビリテーション 重要事項説明書—

## 1. 施設の概要

### (1) 名称及び事業所番号

施設名	訪問リハビリテーション やまぶきの郷
所在地・連絡先	〒350-0246 埼玉県坂戸市多和目330番地 TEL 049-287-1155 FAX 049-287-9511
事業所番号	1156080022

### (2) 職員体制

職 種	職員数
管理者兼医師 (老健兼任)	1名
理学療法士 (老健兼任)	2名以上
作業療法士 (老健兼任)	2名以上

### (3) 営業時間

- ・営業日・・・月曜日～金曜日
- ・定休日・・・土曜日、日曜日、国民の祝日及び12月29日～1月3日
- ・営業時間・・・午前8時45分～午後5時

## 2. サービスの内容

理学療法士、作業療法士または言語聴覚士がご利用者様の自宅を訪問し、ご利用者様の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力の改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

### 3. 料金

#### (1) 訪問リハビリテーション利用料・基本サービス

介護度	基本サービス費	1割負担		2割負担		3割負担	
		1単位 [20分の 場合] (円)	2単位 [40分の 場合] (円)	1単位 [20分の 場合] (円)	2単位 [40分の 場合] (円)	1単位 [20分の 場合] (円)	2単位 [40分の 場合] (円)
要支援1	298単位	308円	616円	616円	1,232円	924円	1,847円
要支援2	298単位	308円	616円	616円	1,232円	924円	1,847円
要介護度1	308単位	319円	637円	637円	1,273円	955円	1,909円
要介護度2	308単位	319円	637円	637円	1,273円	955円	1,909円
要介護度3	308単位	319円	637円	637円	1,273円	955円	1,909円
要介護度4	308単位	319円	637円	637円	1,273円	955円	1,909円
要介護度5	308単位	319円	637円	637円	1,273円	955円	1,909円

※今後、介護保険法が改定された場合は変更となります。

※上記表中の円換算した数値は、地域区分（10.33円）を含んだ金額です。

※上記表中の1単位・2単位は、理学療法士等が行う作業単位を意味しています。

#### (2) 利用料・加算

(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)

項番	項目	補足説明	算定単位	料金(単位)	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
1	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		1回	(所定単位数の5%)	左記相当額	左記相当額	左記相当額
2	短期集中リハビリテーション実施加算	・退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内に訪問リハビリを行った。	1日	200単位	207円	414円	620円
3	リハビリテーションマネジメント加算(イ)		1月	180単位	186円	372円	558円
4	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)		1月	213単位	220円	440円	660円
5	リハビリテーションマネジメント加算	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	1月	270単位	279円	558円	837円

項番	項目	補足説明	算定単位	料金(単位)	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
6	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	・退院(所)日又は訪問開始日から起算して3ヶ月以内(週2日を限度)	1日	240単位	248円	496円	744円
7	口腔連携強化加算	1ヶ月1回限度	1回	50単位	52円	104円	155円
8	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合		1回	-50単位	-52円	-104円	-155円
9	退院時共同指導加算		1回	600単位	620円	1,240円	1,860円
10	移行支援加算		1日	17単位	18円	35円	53円
11	サービス提供体制強化加算	(1) 勤続7年以上1人以上	1回	6単位	7円	13円	19円
		(2) 勤続3年以上1人以上	1回	3単位	3円	6円	9円

※今後、介護保険法が改定された場合は変更となります。

※上記表中の円換算した数値は、地域区分(10.33円)を含んだ金額です。

※上記表は該当する項目のみ算定致します。

### (3) その他費用

実施地域を超えた場合の交通費	200円/日(実施地域を超えた地点から片道3km以内)
	300円/日(実施地域を超えた地点から片道3km以上)

### (4) お支払い額計算方法について

支払合計額 = [所定単位数 × 地域区分]

－ 【[所定単位数 × 地域区分] × 負担割合】

＋ その他費用等

※小数点以下は切り捨てする。

・ 所定単位数 = 基本サービス費 + その他加算

・ 地域区分 = 10.33

・ 負担割合 = 0.9(1割負担)、0.8(2割負担)、0.7(3割負担)

※「介護保険負担割合証」に記載されている割合

・ その他費用 = 交通費等

#### 4. お支払い方法

利用料は月末締めで計算の上、翌月10日頃にご連絡申し上げます。原則、口座引落とし（利用月の翌月23日・・・銀行休日の場合は翌営業日）にてお支払いいただきます。口座引落としで決済出来ない場合は、その月の末までに窓口もしくは銀行振込み（**武蔵野銀行日高支店 普通預金128676 名義医療法人靖和会**）でお支払い下さい。口座引落手数料、銀行振込み手数料はご負担をお願い致します。

#### 5. サービスの利用方法

##### （1）サービスの利用開始

- ・訪問リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

##### （2）サービスの終了

###### ①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

###### ②当施設の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

###### ③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた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
- ・利用者が死亡した場合

###### ④その他

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、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、利用者が入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当施設や従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

#### 6. サービス利用にあたっての留意事項

- ・時間変更・・・居宅介護支援事業者の担当者に申し出された上、当施設へご相談ください。
- ・利用中止の連絡は前日の午後5時までにお問い合わせください。

#### 7. 緊急時の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡致します。

主治医	病院・医院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名①	
	連絡先①	
	氏名②	
	連絡先②	

8. 通常の事業の実施地域

以下の通り

・坂戸市、日高市、毛呂山町

9. 冊一ビス内容に関する相談・苦情

**施設の相談・苦情担当** : 齋藤 健太

TEL 049-287-1155

FAX 049-287-9511

受付時間: 9:00~17:00 (月~金)

**坂戸市役所 介護保険担当**

TEL 049-283-1429 (直通)

FAX 049-283-1830

**日高市役所 介護保険担当**

TEL 042-989-2111

FAX 042-989-2316

**毛呂山町役場 介護保険担当**

TEL 049-295-2112

FAX 049-295-0771

**埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 相談窓口**

TEL 048-824-2537 (直通)

FAX 048-824-2561