

重要事項説明書

【小平中央リハビリテーション病院（介護予防）訪問リハビリテーション】

訪問リハビリサービスの提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業者の名称	医療法人社団 東光会 小平中央リハビリテーション病院
主たる事務所の所在地	小平市鈴木町 1-146
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 中村 毅
電話番号	042-341-7619(代表)

2. ご利用事業所

事業所の名称	小平中央リハビリテーション病院（介護予防）訪問リハビリテーション
事業所の所在地	小平市鈴木町 1-146
都道府県知事許可番号	1314370045
管理者の氏名	岩田 祐樹
電話番号	042-341-7619
ファクシミリ番号	042-345-5701

3. 事業所の目的と運営の方針

〔目的〕 医療法人社団東光会が開設する小平中央リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション（以下「事業所」という。）が行う指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーション（以下「指定訪問リハビリテーション」という）の事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、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うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を目指すことを目的とする。

〔方針〕 居宅サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、そのものが有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう努めるものとする。

地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、居宅サー

ビス事業所、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

4. 通常の実施地域

実施地域	小平市（中島町、小川西町除く）・東久留米市（滝山、柳窪、前沢）・西東京市（芝久保町）・国分寺市（東恋ヶ窪、本多、本町）
------	---

5. 営業日及び営業時間

営業日	月～金 但し、国民の休日・年末年始(12/30～1/3 日)は除く
営業時間	通常は午前 9 時 00 分から午後 5 時 30 分

6. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかにご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。(但し、利用者の容態の急変など、緊急時や止むを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)
- (3) キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

期 間	キャンセル料
利用日の前日まで	無料
利用日の当日	利用負担金の 100%

7. 職員体制

従業員の職種	人 員
理学療法士	専従 1 名 兼務 3 名
作業療法士	兼務 2 名

※事業者は、担当のスケジュールの兼ね合い、職員の退職、急病等正当な理由がある場合に限り、利用者の了解を得る前に担当職員を変更することがあります。

※台風や積雪などの天候により、担当者がご自宅まで移動するにあたり、心身の安全が確保できないと判断される場合には、やむを得ず当日の訓練を休止、もしくは可能であれば訓練の振り替えのご提案をさせていただきます。

8. サービスの利用料

(1) 介護保険給付によるサービス

保険給付の自己負担額

① 訪問リハビリテーション費

＊通院が困難な利用者に対し、医師の指示に基づき理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士が訪問リハビリテーションを行った場合に発生します。

＜訪問リハビリテーション料金（利用者様負担額）概要＞

※ご利用に掛かる料金（単位）は、以下の通りです。

項 目	単 位	利用者様負担額＊	備 考
訪問リハビリテーション費 (20 分間につき)	308 単位	(1 割負担) 334 円 (2 割負担) 667 円 (3 割負担) 1001 円	利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対し、20 分以上訓練・指導した場合に算定されます。
介護予防訪問リハビリテーション費 (20 分間につき)	298 単位	(1 割負担) 323 円 (2 割負担) 646 円 (3 割負担) 969 円	利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対し、20 分以上訓練・指導した場合に算定されます。
サービス提供 体制強化加算 (20 分間につき)	6 単位	(1 割負担) 7 円 (2 割負担) 13 円 (3 割負担) 20 円	リハビリテーション業務に 7 年以上従事している者が実施した場合に加算されます。
短期集中 リハビリテーション 加算 (1 日につき)	200 単位 (退院から 3 ヶ 月以内)	(1 割負担) 217 円 (2 割負担) 434 円 (3 割負担) 650 円	1 日 20 分以上の訓練を週 2 回以上実施された場合に加算されます。
移行支援加算 (1 日につき)	17 単位	(1 割負担) 19 円 (2 割負担) 37 円 (3 割負担) 56 円	利用終了後に、デイサービス等の社会参加に資する取り組みに移行している利用者の多い事業所に加算されます。
利用開始日の属する月から 12 月超えのてりハビリ	-30 単位	(1 割負担) -33 円 (2 割負担) -65 円 (3 割負担) -98 円	利用開始日の属する月から 12 月超えてリハビリを行う場合、20 分につき 30 単位減算されます。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (1日につき)	240 単位 (退院から 3 ヶ月 以内)	(1 割負担)260 円 (2 割負担)520 円 (3 割負担)780 円	認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、リハビリを実施した際に加算されます。
退院時共同指導加算	600 単位	(1 割負担) 650 円 (2 割負担) 1300 円 (3 割負担)1950 円	事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行うことで加算されます。

＊指定訪問リハビリテーション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は、1 回につき 50 単位減算されます。

＊利用者様負担額は、上表の単位に 10.83 倍した値から、保険者負担を差し引いた額（約 1 割）として個別に算出しており、月毎の合計額は上記の表と異なる場合があります。

＊（地域区分の報酬単価）

地域区分の報酬単価とは、介護保険制度で決められたものです。

小平市・国分寺市・西東京市・小金井市等は 3 級地 として定められ、10.83 倍と決められています。

又、前項以外に交通費・駐車料金が発生する場合がございます。

詳細は、下記にて記載致します。

※交通費一覧

	金 額	備 考
当院より片道 5 キロ以内	無 料	
片道 5 キロ以上	往 復 100 円 + α	1 キロ増す毎に 往復 100 円加算

※駐車料金

利用者様のご自宅に駐車スペースが無い場合は、近隣のパーキング等に駐車するため別途駐車料金（実費）をご負担して頂きます。

以上、ご利用料金・交通費・駐車料金の総計を（２）の支払い方法にて毎月１ヶ月分毎にご負担頂きます。

（２） 支払い方法

- ・毎月 10 日後に、前月分の請求書を発行します。毎月の 27 日に口座振替となります。口座振替後に領収書を発行いたします。

9. 苦情等申立窓口

当訪問リハビリのサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当者までお気軽にご相談ください。また、施設の相談窓口での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

苦情・相談窓口

当事業所	電話番号 042-341-7619 FAX番号 042-345-5701 担当者 伊東 惟 対応時間 9：00～17：00
小平市 福祉健康部高齢者支援課	電話番号 042-346-9510
西東京市 福祉部高齢者支援課相談 受付係	電話番号 042-438-4032（保谷庁舎） 042-460-9837（田無庁舎）
国分寺市 権利擁護センターこくぶんじ	電話番号 042-580-0570
東久留米市 介護福祉課介護サービス係	電話番号 042-470-7750
東京都 国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課	電話番号 03-6238-0177

10. 事故発生時の対応

(1) サービス提供中に転倒・転落事故が発生した場合、骨折の有無に関わらず、かかりつけ医（主治医）へ連絡し、受診先病院を確認した上で受診していただきます。受診先病院までの移動手段は、救急車または当院移動車で移動可能かを担当者が判断させていただきます。

(2) サービス提供により事故が発生した場合には、市町村、利用者様の家族、主治医、指示医、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、訪問リハビリテーションの料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

【 説明確認欄 】

年 月 日

小平中央リハビリテーション病院 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致しました。

事業所	所在地	小平市鈴木町 1-146
事業所名	小平中央リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション	
説明者	印	
職種		

小平中央リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション利用契約の締結にあたり、
上記のとおり重要事項の説明を受けました。

<利用者>	住所	印
	氏名	

<ご家族代表者>	住所	印
	氏名	

【緊急時の対応】

(1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医： 先生

病院名：

住所 〒

電話番号

(2) ご家族代表者の緊急連絡先

住所 〒

電話番号

氏名・続柄