

訪問サービス重要事項説明書（訪問リハビリテーション）

（令和 年 月 日 現在）

1. 事業所の概要

1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	甘木中央病院	
所在地	福岡県朝倉市甘木 667 番地 〒838-0068	
管理者の氏名	院長 堀田 謙介	
電話番号	0946-22-5550	
FAX 番号	0946-22-9811	
サービス（介護保険指定番号）		サービスを提供する地域
訪問リハビリテーション	(4012419075)	朝倉市、筑前町、三井郡大刀洗町、久留米市 うきは市 ※一部の地区への訪問リハビリテーションは「中山間地域等加算」対象となります。

※上記以外でもご希望の方はご相談ください。

※中山間地域

朝倉市：旧秋月村、旧高木村、旧松末村

旧秋月町、旧杷木町（旧松末村を除く）、旧朝倉町

稗田、佐田、黒川

筑前町：三箇山、勝山、坂根

東峰村：東峰村全域

2) 訪問サービス担当従業員の資格構成

サービスの種類	担当従業員の資格
・訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士

3) サービス提供の時間帯・サービス提供の営業日

営業日	営業時間帯
平日	8:30 ～ 17:00
土曜日	8:30 ～ 12:30
休業日	日曜日、祝祭日、8月15日、12月30日～1月3日

2. 事業の目的・運営方針

1) 事業目的

介護保険法令の趣旨に従って、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サービスを提供することを目的とする。

2) 運営方針

- ・常に利用者の病状、心身の状況等に的確な把握に務めます。
- ・サービスに当たっては、懇切丁寧に行います。
- ・利用者、又はその家族に対し、理解しやすい指導と説明を行います。
- ・医学の進歩に対応し、常に質の向上に務めます。

3. サービスの内容

種 類	内 容
訪問リハビリテーション	利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、医師の指示に基づき、リハビリテーションの目標を設定し、計画的なリハビリテーションを行う。

4. 利用者負担金

1) 利用者負担金

介護保険の適用がある場合は、料金表のサービス費の1割が利用者負担金となります。
但し、介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を超えたサービス費は、事業者が別に設定し、全額が利用者の負担となります。

[サービス費]

種 類	料 金	
訪問 リハビリ テーション	基本料金（20分）	介護 3080 円 支援 2980 円
		予防の場合：12ヶ月を超えて利用した場合減算あり
	短期集中リハビリ加算 （週2回以上、1回40分以上） ※退院・退所後3か月間は在宅生活に 密着し、集中してリハビリを実施す るため加算が付きます。	介護・予防給付 3ヶ月以内 2,000 円 加算

訪問 リハビリ テーション	リハビリテーションマネジメント加算 ※リハビリ計画書を元にリハビリ会議 を実施し、医師やケアマネージャー、 他サービス事業者と情報の共有化を 図ります。	(イ) 1,800 円 (ロ) 2,130 円 * リハビリテーション計画書を医師が 利用者及び家族に説明した場合は 2700 円加算がつきます
	サービス提供体制強化加算 ※7年以上の経験のある スタッフを配置	20 分 1 回につき 60 円
	移行支援加算（介護給付のみ）	1 日 170 円
	認知症短期集中リハビリテーション 実施加算	1 日 2400 円 * 認知症と医師が診断した者であって、生活機 能の改善が見込まれると判断された者に対して 集中的にリハビリテーションを実施した場合に 加算がつきます。
	退院共同指導	1 回 6000 円 * 退院後早期リハビリテーション実施に向けて退院 時に医療機関のリハビリ専門職やその他の従業者と 情報共有した上で在宅でのリハビリテーションの内 容などを話し合うことで加算がつきます。

※サービスは原則として営業時間内です。

※上記料金表の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様居宅
サービス計画に定められた目安の時間を基準とします。

※訪問看護又は訪問リハビリテーションを利用の方で、「中山間地域等」にお住いの方
は、利用料金に 5%加算されます。

2) 交通費

2 の 1) 項のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方で
事業者から請求があった時は、交通費の実費をお支払いいただくことがあります。

3) 利用者負担金のお支払い方法

当月の利用者負担金は月末締めとし、翌月 15 日前後に一ヶ月のサービス利用の請求書を
ご自宅へ送付いたしますので、利用翌月末までに会計窓口でのお支払をお願い致します。

4) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けた時は、領収書を発行します。

5) その他

サービスの実施に必要な利用者宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様の負担となります。

5. キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料を頂くことがあります。但し、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の 2 営業日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の 1 営業日前までに連絡があった場合	利用料負担金の 50%
利用日の 1 営業日前までに連絡がなかった場合	利用料負担金の 100%

※キャンセルが必要となった時は、下記に至急ご連絡ください。

連絡先：甘木中央病院リハビリテーション室訪問リハビリ TEL 090-7538-1199 (安)

..

6. 緊急時対応

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者などへ連絡いたします。

7. 相談窓口・苦情対応 サービスに関する苦情や相談については、次の窓口で対応いたします。

当 事 業 所 ご利用相談室	窓口担当部門：医療介護連携室
	ご利用時間：平日 8:30～17:00 土曜日 8:30～12:30
	ご利用方法：電話又は面接にて対応いたします。

公 的 苦情相談窓口	福岡県国民健康保険団体連合会 TEL 092-642-7813
	朝倉市介護サービス課給付育成係 TEL 0946-22-1111

※ 悪天候時のお願い

台風や雪などにより、訪問サービスができない場合、可能な限り他の日への変更を行います。状況により訪問できない場合がありますのでご了承ください。

令和 年 月 日

訪問サービス開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づき重要な説明をいたしました。

[事業者]

所 在 地 福岡県朝倉市甘木 667 番地

事業者名 甘木中央病院（介護保険指定番号 4012419075）

代表者名 医療法人社団 俊聖会 甘木中央病院 理事長 堀田 謙介

[説明書]

所 属 リハビリテーション科

氏 名 (自署)

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問サービスについて重要事項の説明を受けました。

[利用者]

住 所

氏 名 (自署)

[利用者代理人（選任した場合）]

住 所

氏 名 (自署)