

社会医療法人社団順心会
介護老人保健施設 夢前白寿苑

重要事項説明書 2024年6月1日現在

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)

(介護予防) 訪問リハビリテーションについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。分からないこと、分かりにくい事があれば、遠慮なく質問をしてください。

1. 当事業所の概要

(1) 法人概要

事業所名	社会医療法人社団 順心会
所在地	兵庫県加古川市別府町別府 865-1
連絡先	TEL 079-430-0270 FAX 079-430-0271
代表者	理事長 栗原 英治

(2) 事業所の概要

事業所名	社会医療法人社団順心会 介護老人保健施設夢前白寿苑
所在地	兵庫県姫路市夢前町塚本 77-9
連絡先	TEL 079-335-3320 FAX 079-335-1060
管理者名	堀 義康
サービス種類	(介護予防) 訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	2853580013 号
サービス提供地域	姫路市夢前町

※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

営業日	月曜日から土曜日 午前 9:00～ 午後 5:00
定休日	日曜日、年末・年始(12月30日～1月3日)

(4) 職員体制

	勤務体制	常勤	非常勤	計
管理者(医師)	月～土	1名	0名	1名
理学療法士	月～土	5名	0名	5名
作業療法士	月～土	4名	0名	4名
言語聴覚士	月～土	1名	0名	1名

2. サービス内容

- (1) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、利用者様がより自立した日常生活や社会参加ができるように、関節拘縮の予防、筋力・体力の改善、知的能力の維持・改善、生活動作の練習、生活指導、住宅改修、福祉用具の導入などをおこないます。
- (2) 交通事情などにより、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。

3. 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1割から3割が利用者負担額になります。尚、負担割合は「介護保険負担割合証」によります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月当月分の料金を請求いたしますので、お支払い下さい。利用明細書を発行致します。

(3) 介護予防 訪問リハビリテーション費 料金表

姫路市は1単位が10.17円のため、基本料金・加算の総合計単位×日数×1.017の計算になりますのでご注意ください。

※自己負担額は1単位につき1割～3割負担となります。

①基本料金

項目	単位	
介護予防訪問リハビリテーション費 (利用開始日の属する月から12月迄)	298 単位/回	
介護予防訪問リハビリテーション費 (利用開始日の属する月から12月超)	3月に1回以上のリハビリテーション会議を開催し、専門的な見地から利用者等の状況等に関する情報を構成員と共有し、変化に応じ計画を見直している場合	298 単位/回
	上記の要件を満たしていない場合	268 単位/回

②加算

項目	単位
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6 単位/回
短期集中リハビリテーション実施加算 〔退院（所）日または認定日から3月以内〕	200 単位/日
退所時共同指導加算	600 単位

③内容

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	指定訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者がいる事業所が利用者に対して指定訪問リハビリテーションを行う
短期集中リハビリテーション実施加算	医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が退院・退所日または認定日から3月以内の期間におおむね週2日以上リハビリテーションを行う ※1月以内は1日40分以上、1月超え3月以内は1日20分以上
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の医師又は理学療法士等が退所前カンファレンスに参加し、病院等担当者と共にその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を行う） ※当該退院につき1回に限り、初回サービスを利用した場合

(4) 訪問リハビリテーション費 料金表

姫路市は1単位が10.17円のため、基本料金・加算の総合計単位×日数×1.017の計算になりますのでご注意ください。

※自己負担額は1単位につき1割～3割負担となります。

①基本料金

項目	単位
訪問リハビリテーション費	308 単位/回

②加算

項目	単位
短期集中リハビリテーション実施加算 〔退院（所）日または認定日から3月以内〕	200 単位/日
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	180 単位/月
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213 単位/月
サービス提供体制強化加算（I）	6 単位/回
退所時共同指導加算	600 単位
移行支援加算	17 単位/日

③内容

項目	内容
短期集中リハビリテーション実施加算	<p>医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が退院・退所日または認定日から3月以内の期間におおむね週2日以上リハビリテーションを行う ※1月以内は1日40分以上、1月超え3月以内は1日20分以上</p>
リハビリテーションマネジメント加算 （イ）	<p>①リハビリテーション会議を開催し、専門的な見地から利用者等の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録する。 ②訪問リハビリテーション計画書の作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者又は家族に対し説明を行い、同意を得ること。説明者が医師以外の場合は、医師に説明内容等を報告する。 ③3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態変化に応じ、計画の見直しを行う。 ④リハビリテーションに関する専門的な観点から、能力・自立支援方法・日常生活の留意点等の情報提供を担当支援専門員へ行う。 ⑤理学療法士等が利用者宅へ訪問し、家族や介護スタッフに対し専門的な観点から日常生活のアドバイスを行う。 ⑥これらについては記録を残す。</p>
リハビリテーションマネジメント加算 （ロ）	<p>加算（イ）に加え ①利用者毎のリハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出するとともに、リハビリ提供にあたり当該情報その他リハビリの適切かつ有効な情報を活用する。 （LIFE への情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCAサイクルの実施）</p>

サービス提供体制強化加算（I）	指定訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者がいる事業所が利用者に対して指定訪問リハビリテーションを行う
退所時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の医師又は理学療法士等が退所前カンファレンスに参加し、病院等担当者と共にその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を行う） ※当該退院につき1回に限り、初回サービスを利用した場合

※科学的介護情報システム（LIFE）とは

エビデンス（根拠）に基づくデータ収集や分析を行い、それらをLIFEへ提出し、蓄積されたデータからフィードバックを受け、利用者ごとの計画に基づくケアの改善・評価を行う事。

(5) その他費用

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、利用者様の負担になります。

(6) 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。

(7) キャンセル料

基本的にキャンセル料は頂きませんが、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。

4. 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 079-335-3320

担 当 者 : 事務長補佐：山田 直英 看護師長：中田 絵里

リハビリテーション課 課長補佐：勝間 至郎

受 付 時 間 : 午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

国保連、苦情相談窓口：078-332-5617

姫路市介護保険課、苦情相談窓口：079-221-2923

5 個人情報の利用目的

私たちは、以下の場合を除き、利用者様の情報を、本来の利用目的の範囲を超えて使用しません。

◎利用者様の了解を得た場合

◎個人を認識あるいは特定できない状態に加工して利用する場合

◎法令等により要求された場合

私たちは、法令の定める場合を除き、利用者様の許可なく、その情報を第三者に提供しません。

介護老人保健施設 夢前白寿苑
(介護予防) 訪問ハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設 夢前白寿苑の(介護予防) 訪問リハビリテーションを利用するにあたり、本書面に基づいて、担当者から重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

(重要事項説明者：)

令和 年 月 日

事業者 住所 兵庫県姫路市夢前町塚本 77-9
事業者名 社会医療法人社団 順心会
事業所名 介護老人保健施設 夢前白寿苑
理事長名 栗原 英治 印

契約者 住所 _____
氏名 _____ 印 (続柄 _____)
連絡先 _____

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

署名代行者 住所 _____
氏名 _____ 印 (続柄 _____)

※ 契約者と同一人である場合には、利用者欄記載の必要はございません

連帯保証人 住所 _____
氏名 _____ 印 (続柄 _____)
連絡先 _____

親 族 住所 _____
氏名 _____ 印 (続柄 _____)

※ 連帯保証人と同一人である場合には、家族欄記載の必要はございません

「連帯保証人は、事業所に対し、利用者が本契約上負担する一切の債務を連帯して保証する。」

【本重要事項に定める緊急連絡先①②】

① 住所 _____
氏名 _____ (続柄 _____)
連絡先 携帯： _____ 自宅： _____

② 住所 _____
氏名 _____ (続柄 _____)
連絡先 携帯： _____ 自宅： _____