

# 訪問リハビリテーション重要事項説明書

<令和 年 月 日 現在>

## 1、概要

### (1) 事業の指定内容とサービス提供できる地域

事業所名	公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院 訪問リハビリテーション事業
所在地	茨城県石岡市東府中1-7
介護保険指定番号	茨城県 第0810510875号
訪問サービス可能な地域	石岡市、小美玉市、かすみがうら市（旧千代田町）

### (2) 同事業の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
	医師	1名以上		1名以上
サービス担当職員	理学療法士	1名以上		1名以上
サービス担当職員	作業療法士	1名以上		1名以上
事務職員		1名		1名

### (3) 営業時間

訪問リハビリテーション提供時間帯：月～金曜日 9：00～16：30

電話相談等の連絡時間帯： 月～金曜日 8：30～16：30

ただし、国民の祝日、12月29日から翌年の1月3日を除く。

## 2、内容

- ①訪問リハビリテーション実施の際は、主治医等の文書による指示に従います。  
また、利用中に入院などされて明らかに状態が変化すると判断された場合には、再度主治医の指示を仰ぎ継続の検討をいたします。
- ②介護が必要な方々が住み慣れた我が家で、安心して療養生活が送れるように、日常の動作能力の維持・向上を支援していくことを目標とします。
- ③訓練時間は計画した内容によりますが、おおよそ20分～1時間程度になります。
- ④リハビリテーション実施報告書を毎月、主治医等と担当介護支援専門員に提供します。
- ⑤主治医・リハビリテーション職員等のサービス関係職員の協働により、リハビリテーション実施計画書を3ヶ月ごとに作成します。さらに、リハビリテーション実施計画書の内容を利用者及び家族に説明します。

## 3、利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、負担割合に応じてご負担いただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額自己負担となります。

### ① 訪問リハビリテーション費

(要介護)

訓練時間によって変わります。 ⇒ 20分 308単位  
40分 616単位

(要支援)

訓練時間によって変わります。 ⇒ 20分 298単位  
40分 596単位

② 短期集中リハビリテーション加算 (要介護・要支援同額)

要介護・要支援認定の方で、退院・退所又は認定日から3か月以内の場合  
200単位/日

③ サービス提供体制強化加算 (要介護・要支援同額)

訓練時間・基準適合によって変わります。 ⇒ (I) 20分 6単位  
40分 12単位  
(II) 20分 3単位  
40分 6単位

④ リハビリテーションマネジメント加算 (要介護のみ)

基準適合によって変わります。 ⇒イ 180単位/月 ロ 213単位/月

※医師が利用者又はその家族に説明した場合 270単位/月

⑤ 移行支援加算 (要介護のみ) 17単位/日

⑥ 退院時共同指導加算 600単位 (初回のみ)

⑦ 交通費

介護保険法では、交通費の徴収は基本点数に含むものとして、別に請求できないこと  
になっています。

⑧ キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場  
合は、至急ご連絡ください。

平日 8:30~16:30

連絡先 代表: 0299-22-5151

直通: 0299-57-3725

① 前日までにご連絡いただいた場合	無料
②当日、サービス開始の3時間前までにご連絡いただいた場合	基本料金の15%
③それ以降(ご連絡がなく、職員が到着してしまった場合も含む)	基本料金の50%

⑨ その他

利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気及び電  
話等の費用は利用者のご負担になります。

#### 4、当院の訪問リハビリテーション事業の特徴

##### (1) 運営方針

石岡第一病院訪問リハビリテーション事業では、疾病等により日常生活に支障を来  
した利用者が、住み慣れた地域社会で家族とともに生活ができるよう、主治医等の  
指示に基づき、運動機能訓練等の個別リハビリテーションを提供いたします。また、  
利用者の家庭内生活のみでなく、地域生活において必要な幅広いニーズにお応えし、  
利用者の立場にたって自立を支援するとともに、利用者が安らかな日常生活を送るこ  
とができるよう心がけております。



令和 年 月 日

次の居宅介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 石岡市東府中 1 - 7

名称 公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院

介護保険事業所番号 0810510875 (茨城県)

管理者 病院長 吉野 淨 印

説明者

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護サービスについての重要事項の説明を受け合意しました。

利用者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_