

老人保健施設リバティ博愛重要事項説明書

(介護予防)訪問リハビリテーション

1 サービス提供事業者

事業者名	社会福祉法人 博愛会 理事長 小林 隆 弘
電 話	0738 - 29 - 3181

2 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	老人保健施設リバティ博愛	
所 在 地	御坊市名田町野島1番地9	
介護保険指定番号	3052080011	
訪 問 地 域	御坊市、日高町、美浜町、印南町、由良町、日高川町(川辺地区)	

(2) 事業所の職員体制

	資格	計
サービス提供の 担当者	作業療法士	1 (従業者兼務)
サービス 従事者	理学療法士	10
	作業療法士	3 (サービス提供の担当者含む)
	その他職員	
合計		13名

(3) サービス提供の時間帯

営 業 日	営 業 時 間 帯
月曜～土曜日	8:30～17:30
祝 日	8:30～17:30

休 日	1月1日～1月3日・日曜日
-----	---------------

3 サービスの内容

理学療法士や作業療法士がお客様のご自宅を訪問し、お客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・バランスの改善、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。

4 利用料金等

基本料金 (介護)	自己負担割合 1割の方	1回(20分)につき 308円
	自己負担割合 2割の方	1回(20分)につき 616円
	自己負担割合 3割の方	1回(20分)につき 924円

基本料金 (介護予防)	自己負担割合 1割の方	1回(20分)につき 298円
	自己負担割合 2割の方	1回(20分)につき 596円
	自己負担割合 3割の方	1回(20分)につき 894円

(1) 上記料金算定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅介護支援計画に定められた目安の時間を基準とします。

○利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合(要件を満たさない場合)、基本料金から1回につき減算

1割負担:30円減算、2割負担:60円減算、3割負担:90円減算

○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
基本料金から1回につき

1割負担:50円減算、2割負担:100円減算、3割負担:150円減算

○短期集中リハビリテーション実施加算

1割負担:200円、2割負担:400円、3割負担:600円

(リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療の為に入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日又は新たに要介護認定の効力が生じた日から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中して行った場合、1日につき加算(週12回まで算定可能))

○リハビリテーションマネジメント加算

・リハビリテーションマネジメント加算(イ)

1割負担:180円、2割負担:360円、3割負担:540円

・リハビリテーションマネジメント加算(ロ)

1割負担:213円、2割負担:426円、3割負担:639円

・事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合

1割負担:270円、2割負担:540円、3割負担:810円

(当該リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合、1月につき加算)

○認知症短期集中リハビリテーション実施加算

1割負担:240円、2割負担:480円、3割負担:720円 1日につき

(退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に、1週間に2日を限度)

○口腔連携強化加算

1割負担:50円、2割負担:100円、3割負担:150円 (1月に1回を限度)

○退院時共同指導加算

1割負担:600円、2割負担:1,200円、3割負担:1,800円

○移行支援加算

1割負担:17円、2割負担:34円、3割負担:51円 (1日につき加算)

○サービス提供体制強化加算

・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

1割負担:6円、2割負担:12円、3割負担18円

(当法人において7年以上経験のある職員が1名以上配置されている事業所に対し、1回につき加算)

・サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

1割負担:3円、2割負担:6円、3割負担9円

(当法人において3年以上経験のある職員が1名以上配置されている事業所に対し、1回につき加算)

(2) キャンセルの連絡

キャンセルが必要となったときは至急下記までご連絡ください。

連絡先	老人保健施設リバティ博愛(訪問リハビリ) 0738-29-3060
-----	--------------------------------------

(3) 料金のお支払い方法

毎月、月末締で前月分の請求をいたしますので、翌月15日までに現金又は当事業所の指定金融機関への振込・預金口座引き落としによりお支払いいただきますようお願いいたします。お支払いいただきますと領収証を発行します。

(4) その他

ア、サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用者の負担となります。

イ、サービス提供証明書の発行について

お客様からご依頼があれば、提供した訪問リハビリテーションサービスの内容、利用単位、費用等を記入したサービス提供証明書を発行します。

5 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化などがあった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者などへ連絡をします。

主治医	氏名	
	電話	
	住所	

ご家族	氏名	
	電話	
	住所	

6 サービス内容に関する相談・苦情の受付先

お客様サービス相談窓口	電話受付番号 0738-29-3060
	担当者 塩路 裕人
第三者委員	杉浦 守(法人評議員) 池田 尚生、茶畑 公一(法人監事)
苦情解決責任者	小林 隆弘(法人理事長)

※県・市町村の介護保険担当課や下記の公的機関においても、苦情申し込みができます。

機関名	所在地	電話番号
和歌山県国民健康保険団体連合会	和歌山市吹上二丁目1番22-501号 (日赤会館内)	073-427-4662
和歌山県福祉サービス運営適正化委員会	和歌山市手平2丁目1-2 県民交流プラザ和歌山ビッグ愛7階 社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会内	073-435-5527

7 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する当事業所のサービス提供により事故の発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する当事業所のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

8 提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施

令和 年 月 日

(介護予防)訪問リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対し契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、了承を得た上で交付いたしました。

<事業者>

住 所 御坊市名田町野島 1番地9

事業者名 社会福祉法人 博愛会

代表者名 理事長 小林 隆弘 ⑩
(指定番号 第3052080011号)

<説明者>

所 属 老人保健施設リバティ博愛

氏 名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問リハビリテーションについての重要事項説明を受け、了承を得た上で受領いたしました。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<利用者代理人(選任した場合)>

住 所 _____

氏 名 _____ 印