

介護老人保健施設 創春館
(訪問リハビリテーション)
重要事項説明書

利用者：_____様

1 当法人・事業所の概要

(1) 法人の概要

法 人 名	医療法人富士たちばなクリニック
法 人 所 在 地	〒371-0042 群馬県前橋市日輪寺町 342-2
連 絡 先	027-230-1155
代 表 者 名	名倉 隆夫

(2) 事業所の概要

事 業 所 名	介護老人保健施設 創春館
所 在 地	〒371-0042 群馬県前橋市日輪寺町 342-1
連 絡 先	027-230-8282
管 理 者 名	名倉 隆夫
サ ー ビ ス 種 類	訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	1050180106 号
サービス提供地域	前橋市、吉岡町

※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

平 日	午前 8 : 30 ～ 午後 17 : 30
休 業 日	土・日、12 月 31 日～1 月 3 日

(4) 職員体制

	資 格	常 勤	非 常 勤	計
医 師		2 名	1 名	3 名
看 護 職 員		6 名	3 名	9 名
薬 剤 師		0 名	1 名	1 名
介 護 職 員		28 名	8 名	36 名
支 援 相 談 員		2 名	0 名	2 名
理 学 療 法 士		4 名	2 名	6 名
作 業 療 法 士		4 名	1 名	5 名
言 語 聴 覚 士		2 名	0 名	2 名
歯 科 衛 生 士		0 名	0 名	0 名
管 理 栄 養 士		1 名	0 名	1 名
介護支援専門員		3 名	0 名	3 名
事 務 職 員		1 名	0 名	1 名
送 迎 職 員		2 名	4 名	6 名

(5) サービス提供の担当者

	資 格	常 勤	非 常 勤	計
管 理 者		1 名	名	1 名
理 学 療 法 士		2 名	名	2 名
作 業 療 法 士		1 名	名	1 名

(6) 事業の目的及び運営方法

- (1) 訪問リハビリテーションの必要性を主治医に認められた要介護者に対し、適正なリハビリテーションを提供することを目的とし、理学療法士等は、要介護者が可能な限り居宅において、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、その療養生活を支援し、心身の機能回復を目指すものとします。
- (2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）創春館

TEL : 027-230-8282

担 当 部 署 : 創春館 事務局

担 当 者 : 鎌塚 賢二

受 付 時 間 : 午前 8 : 30～午後 : 17:30

また、下記機関にお申し出いただくこともできます。

- ・前橋市役所 介護保険課 所在：前橋市大手町二丁目 12 番 1 号 連絡先：027-224-1111（代表）
- ・群馬県国民健康保険団体連合会 所在：前橋市元総社町 335 番地の 8 連絡先：027-290-1363（代表）
- ・群馬県社会福祉協議会 所在：前橋市新前橋町 13-12 連絡先：027-255-6033（代表）

3 サービス内容

- (1) 理学療法士や作業療法士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 交通事情などにより、稀に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。

4 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	富士たちばなクリニック
	主治医氏名	名倉 隆夫
	連 絡 先	027-230-1155
ご 家 族	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	同上 (続柄：)
	連 絡 先	
主治医・ご家族などへの 連 絡 基 準		

5 事故発生時の対応

当事業所は、万全の体制で訪問リハビリテーションサービスの提供に当たりますが、万一事故が発生した場合は、速やかに利用者様のご家族、関係市町村等に連絡をするとともに事故に遭われた方の救済、事故拡大の防止など必要な措置を講じます。利用者様に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。

6 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 割が利用者負担額になります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月 15 日頃に、前月分の請求書を発行しますので、所定のお支払方法によりお支払いください(お支払方法は、群馬銀行、ゆうちょ銀行金融口座自動引き落とし。または銀行振り込みとなっております)。

(3) 料金表

【要介護の場合】

基本料金	報酬単価	利用者負担		内容説明
訪問リハビリテーション費 1回(20分につき)	308 単位	1 割負担	314 円	訪問リハビリテーション基本額
		2 割負担	627 円	
		3 割負担	940 円	

加算	報酬単価	利用者負担		内容説明
サービス提供体制加算Ⅱ	3 単位	1 割負担	3 円	勤続 3 年以上のスタッフがいる
		2 割負担	6 円	
		3 割負担	9 円	
短期集中リハビリテーション実施加算/日	200 単位	1 割負担	204 円	退院(退所)日または認定日から 3 カ月以内の期間に概ね週 2 回のサービスを受けた場合
		2 割負担	407 円	
		3 割負担	611 円	
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算/日	240 単位	1 割負担	244 円	退院(退所)日または認定日から 3 カ月以内の期間に概ね週 2 回のサービスを受けた場合
		2 割負担	488 円	
		3 割負担	732 円	
リハビリテーションマネジメント加算/月	180 単位	1 割負担	183 円	リハビリ会議を定期的に行い、 リハビリ計画の見直しを行う。
		2 割負担	366 円	
		3 割負担	549 円	
※医師が行った場合	270 単位	1 割負担	275 円	上記、リハビリ計画の見直し等 の説明を医師が行う。
		2 割負担	549 円	
		3 割負担	824 円	

【要支援の場合】

基本料金	報酬単価	利用者負担		内容説明
訪問リハビリテーション費 1回(20分につき)	298 円	1 割負担	303 円	訪問リハビリテーション基本額
		2 割負担	606 円	
		3 割負担	909 円	

加算	報酬単価	利用者負担		内容説明
サービス提供体制加算Ⅱ	3 単位	1 割負担	3 円	勤続 3 年以上のスタッフがいる
		2 割負担	6 円	
		3 割負担	9 円	
短期集中リハビリテーション 実施加算/日	200 単位	1 割負担	204 円	退院(退所)日または認定日から 3 カ月以内 の期間に概ね週 2 回のサービスを受けた 場合
		2 割負担	407 円	
		3 割負担	611 円	

基本利用単位 _____ × 利用回数 _____ = ① _____ 単位

① + 加算 _____ = _____ ② _____ 単位 ②が利用金額になります。

(4) その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、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、ご利用者の負担になります。

【事業内容】

訪問リハビリテーション

【事業所】

事業所名： 介護老人保健施設 創春館

印

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】住 所_____

氏 名_____印

【代理人】住 所_____

氏 名_____印（続柄

署名代行理由：