

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

重要事項説明書

様



社会福祉法人 一燈会
介護老人保健施設 グレースヒル・湘南
〒259-0155 神奈川県足柄上郡中井町松本 1135-1

I. 重要事項説明書

(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)

利用者に対する訪問リハビリテーションサービスもしくは介護予防訪問リハビリテーションサービス（以下「訪問リハビリテーションサービス等」という）の提供開始にあたり、厚生省令第 37 号第 8 条及び神奈川県条例に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業所の概要

事業所名	グレースヒル・湘南
事業主体	社会福祉法人 一燈会
主たる事務所の所在地	神奈川県足柄上郡中井町松本 1 1 3 5 - 1
介護保険事業所番号	1 4 5 1 4 8 0 0 1 1
電話番号	0 4 6 5 - 8 0 - 3 0 0 0

2 事業所の職員体制

事業所の主な従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者	1 名	常勤兼務 1 名
理学療法士	4 名	常勤兼務 4 名
作業療法士	4 名	常勤兼務 3 名 非常勤 1 名
言語聴覚士	1 名	常勤兼務 1 名

3 営業時間と実施地域

営業日	月曜日～金曜日 ※但し、12/31～1/2は除く
営業時間	午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分
サービス提供時間	午後 1 時 0 0 分～午後 5 時 0 0 分
実施地域	中井町、二宮町、開成町、大井町の全域 松田町（寄除く）、小田原市（小竹、小船） ※実施地域以外の方は相談に応じます。

4 利用者負担金

料金（円）計算方法（小数点切り捨て）

- 1 割負担： 合計単位数×地域加算（10.33）－合計単位数×地域加算（10.33）×0.9
 2 割負担： 合計単位数×地域加算（10.33）－合計単位数×地域加算（10.33）×0.8
 3 割負担： 合計単位数×地域加算（10.33）－合計単位数×地域加算（10.33）×0.7

●介護保険給付サービスによる利用者の負担

		単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
①訪問リハビリテーション費（20分）	単位/回	308 円	318 円	636 円	954 円
②高齢者虐待防止措置未実施加算（20分）	単位/回	-3 円	-3 円	-6 円	-9 円
③訪問リハ同一建物減算 1 ※同一敷地内建物等の利用者又は同一建物の20人以上に実施	単位/月	所定単位数の10%減算			
④短期集中リハビリテーション実施加算 ※退院（所）日、又は認定日から3月以内、週2回以上	単位/日	200 円	206 円	413 円	619 円
⑤リハビリテーションマネジメント加算イ	単位/月	180 円	185 円	371 円	557 円
⑥リハビリテーションマネジメント加算ロ	単位/月	213 円	220 円	440 円	660 円
⑦リハビリテーションマネジメント加算 ※事業所医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	単位/月	270 円	278 円	557 円	836 円
⑧認知症短期集中リハビリテーション実施加算	単位/日	240 円	247 円	495 円	743 円
⑨口腔連携強化加算	単位/月	50 円	51 円	103 円	154 円
⑩訪問リハ計画診療未実施減算（20分） ※事業所医師がリハビリ計画の作成に係る診療をしない	単位/回	-50 円	-51 円	-103 円	-154 円
⑪退院時共同指導加算 ※退院時1回を限度	単位/回	600 円	619 円	1239 円	1859 円
⑫訪問リハ移行支援加算	単位/日	17 円	17 円	35 円	52 円
⑬サービス提供体制強化加算 I（20分）	単位/回	6 円	6 円	12 円	18 円

●介護予防給付サービスによる利用者の負担

		単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
①予防訪問リハビリテーション費（20分）	単位/回	298	307 円	615 円	923 円
②予防高齢者虐待防止措置未実施加算（20分）	単位/回	-3	-3 円	-6 円	-9 円
③予防訪問リハ同一建物減算 1 ※同一敷地内建物等の利用者又は同一建物の20人以上に実施	単位/月	所定単位数の10%減算			
④予防短期集中リハビリテーション実施加算 ※退院（所）日、又は認定日から3月以内、週2回以上	単位/日	200	206 円	413 円	619 円
⑨予防口腔連携強化加算	単位/月	50	51 円	103 円	154 円
⑩予防訪問リハ計画診療未実施減算（20分） ※事業所医師がリハビリ計画の作成に係る診療をしない	単位/回	-50	-51 円	-103 円	-154 円
予防訪問リハ12月超減算（20分）	単位/回	-30	-30 円	-61 円	-92 円
⑪予防退院時共同指導加算 ※退院時1回を限度	単位/回	600	619 円	1239 円	1859 円
⑫予防訪問リハ移行支援加算	単位/日	17	17 円	35 円	52 円
⑬予防サービス提供体制強化加算 I（20分）	単位/回	6	6 円	12 円	18 円

5 介護保険給付外サービス及び介護予防給付サービス

交通費	<p>サービス提供地域：中井町、二宮町にお住まいの方の負担金はありません。</p> <p>その他地域：通常の実施地域を越えた地点から1キロメートル当たり、10円となります。</p>
-----	--

※交通費は課税対象となっています。

6 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかにご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受ける事になりますので、ご了承ください。但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。
- (3) キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

期 間	キャンセル料
利用日の前日まで	無 料
利用日の当日	利用者負担金の 100%

7 苦情・相談窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用方法	電話 0465-80-3000 面接 場所 グレースヒル・湘南 苦情・相談受付担当者：支援相談員
中井町	ご利用方法	電話 0465-81-5546 受付担当： 中井町健康課
大井町	ご利用方法	電話 0465-83-8024 受付担当： 大井町福祉課
松田町	ご利用方法	電話 0465-83-1226 受付担当： 松田町福祉課
開成町	ご利用方法	電話 0465-84-0316 受付担当： 開成町福祉介護課
山北町	ご利用方法	電話 0465-75-3642 受付担当： 山北町保険健康課
南足柄市	ご利用方法	電話 0465-73-8057 受付担当： 南足柄市高齢介護課
二宮町	ご利用方法	電話 0463-71-5348 受付担当： 二宮町高齢介護課
大磯町	ご利用方法	電話 0463-61-4100 受付担当： 大磯町福祉課
秦野市	ご利用方法	電話 0463-82-9616 受付担当： 秦野市高齢介護課
小田原市	ご利用方法	電話 0465-33-1827 受付担当： 小田原市高齢介護課
平塚市	ご利用方法	電話 0463-21-8790 受付担当： 平塚市介護保険課
第3者委員	ご利用方法	電話 0463-21-1231 受付担当： いわしや西方医科器械会長
	ご利用方法	電話 0463-72-1712 受付担当： 二宮寿考園施設長
国民健康保険団体	ご利用方法	電話 045-329-3447 0570-022110(ナビダイヤル) 受付担当： 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係

8 事故発生時の対応

利用者に対する訪問リハビリテーションサービスもしくは介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡をし、必要な処置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、利用者に対する訪問リハビリテーションサービス又は介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、生じた損害について賠償する責任を負います。但し、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。

9 身体拘束について

事業者及びサービス従事者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。

10 虐待防止について

事業者及びサービス従業者は通所者の人権擁護、虐待防止等のため、事故防止委員会内に虐待防止委員会を設置し、必要な体制と指針を整備します。また、その結果について従業者に周知徹底しながら虐待の防止等のため研修を定期的実施します。

令和 年 月 日

(事業者) 住 所 神奈川県中郡二宮町一色 1435-1
事業者名 社会福祉法人 一燈会
代表者名 理事長 山室 淳 印
(事業所名 グレースヒル・湘南)

本書面に基づき重要事項説明書の説明を行いました。

説明者 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の説明を受け、同意し、交付を受けました。

交付日 令和 年 月 日

住所

利用申込者又は家族

氏 名 印