



### 3 サービス内容

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がご利用様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者がより自立した日常生活と社会参加ができるように、身体機能の改善、日常生活動作の改善、言語・嚥下機能の改善などを目的にサービスを提供します。

※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 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に対して負担割合に応じた額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

毎月月末締めとし、翌月に請求書をお渡しいたします。

下記指定口座へお振込みいただくか、当院 5 階受付窓口にて直接お支払いください。いずれも請求書お受け取りから一週間以内にお支払いください。

なお、振り込み手数料はご利用者負担となります。あらかじめご了承ください。

振込先金融機関名： 巢鴨信用金庫 練馬支店（店番 009）  
預金種別・口座番号： 普通・3184037  
口座名義： 理事長 小出純（コイデ ジュン）  
                  (イ) ジセカイ ねまエキハビリテーションビョウイン  
お振込みの際、コメント欄に「ご利用者名 ○月分」  
とご入力ください。

#### (3) 料金表

##### 要介護の場合

項目	単位	1割負担の場合	3割負担の場合
訪問リハビリテーション費（20分）	308 単位/回	342 円	1,026 円
短期集中リハビリテーション実施加算 ※1 [退院日または認定日から3月以内]	200 単位/日	222 円	666 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ※1 退院日または認定日から3月以内]	240 単位/日	266 円	798 円
リハビリテーションマネジメント加算 ※2	213 単位/月	236 円	708 円
医師が利用者または家族に説明した場合	270 単位/月	300 円	900 円
サービス提供体制強化加算	6 単位 /回	7 円	21 円
退院時共同指導加算	600 単位/回	666 円	1,998 円

##### 要支援の場合

項目	単位	1割負担の場合	3割負担の場合
予防訪問リハビリテーション費（20分）	298 単位/回	331 円/20分	993 円
短期集中リハビリテーション実施加算 ※1 [退院日または認定日から3月以内]	200 単位/日	222 円	666 円
サービス提供体制強化加算	6 単位 /回	7 円	21 円
退院時共同指導加算	600 単位/回	666 円	1,998 円

※1 退院後3ヶ月以内で1回40分以上、週2回の集中的な訪問リハビリ実施した場合のみ加算対象となります

※2 状況により訪問リハビリマネジメント加算は（イ）：180単位もしくは（ロ）：213単位となる場合があります。

(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、ご利用者の負担となります。

(5) キャンセル料

①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

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。

## 5 サービス開始と継続

訪問リハビリテーションの実施に当たっては、かかりつけ医の同意とかかりつけ医からの「診療情報提供書」が必要となります。訪問リハビリ開始時には当院の医師が診察（外来）をさせていただき、身体状況等を確認させていただきます。また、3ヶ月以上の継続となった場合、3ヶ月に1度かかりつけ医より「診療情報提供書」をいただき、当院の医師による診察（外来）が必要となります。

## 6 身分証明書の携行義務

指定訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 7 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	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄： )
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄： )
	連絡先	
主治医・ご家族などへの連絡基準		

**【事業所】**

事業所名：慈誠会 練馬駅リハビリテーション病院（事業所番号： 1312070969 ）

住所：東京都練馬区練馬 1 丁目 17 号 1 番

代表者：病院長 西川 亮

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：