

電話番号	086-474-0111 (代表)
FAX 番号	086-474-0560
管理者	胡谷 直
指定年月日	平成25年5月1日
介護保険指定事業所番号	3370206736
サービスを提供する地域	倉敷市

(二) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	午前8時30分～午後17時30分
休業日	日曜・祝日、お盆(8/13～8/15)、 年末年始(12/31～1/3)

(三) 事業所の職員体制

医師 (管理者)	1名 (常勤、兼務)
理学療法士	1名 (非常勤、専従)
作業療法士	1名 (非常勤、専従)

3. 訪問リハビリテーション利用料

(一) 基本単位〔介護保険給付対象〕 / 1単位 20分 (※負担割合1割の場合)

訪問リハビリテーション費	307 単位/日
--------------	----------

* 1回20分以上、週6回限度

(二) 加算単位/加算基準を満たした場合にそれぞれの料金を加算する

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	180 円/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	213 円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	450 円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	483 円/月

事業所と同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 10%減算/月
事業所と同一敷地内建物等の利用者 50 人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 15%減算/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算 ・退院(所)日又は通院開始日から起算して 3 月以内	200 円/日
サービス提供体制加算 (I)	6 円/回

* 負担割合が 1 割でない場合は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

4. 介護予防訪問リハビリテーション利用料

(一) 基本単位〔介護予防給付対象〕/1 単位 20 分 (※負担割合 1 割の場合)

介護予防訪問リハビリテーション費	307 単位/日
------------------	----------

* 1 回 20 分以上、週 6 回限度

(二) 加算単位/加算基準を満たした場合にそれぞれの料金を加算する

事業所と同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 10%減算/月
事業所と同一敷地内建物等の利用者 50 人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 15%減算/月
短期集中リハビリテーション実施加算 ・退院(所)日又は介護日から起算して 3 月以内	200 単位/日
事業所評価加算	120 単位/日
サービス提供体制加算 (1)	6 単位/日
利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に予防訪問リハビリテーションを行った場合	5 単位減算/回

* 負担割合が 1 割でない場合は、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。

5. 介護保険・介護予防給付対象外サービス

(一) 契約書第5条第1項の支給限度額を超えた（介護予防）訪問リハビリテーションサービスを提供した場合、要介護度ごとの単位数の10割を利用者は支払うものとする。

(二) 交通費

前期の2（一）サービスを提供する地域にお住まいの方は無料。

その他の地域の場合は、事前に利用者又はその家族の同意を得た上で次の料金をいただくものとする。

サービス実施地域を越えた地点から10km未満	230円
サービス実施地域を越えた地点から10km以上	350円
有料道路の利用	実費

6. その他

(一) 請求方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月15日までに前月分の請求をする。

(二) お支払い方法

請求月の月末までに現金払い、もしくは口座振替の場合は(中国銀行のみ)指定する日に口座引き落としとする。

7. サービス内容に関する苦情

(一) 当事業所のお客さま相談・苦情担当

本事業所の提供したサービスに関する相談・苦情及び要望についての受付窓口を設置する。

王子脳神経外科医院 (介護予防)訪問リハビリテーション	電話番号：086-474-0111 FAX番号：086-474-0560 受付時間：8:30～17:30 責任者：壇 亮太郎
--------------------------------	---