

# 訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書

令和6年6月1日より

## 1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 鴻愛会
代表者名	理事長 神成 文裕
所在地・連絡先	(住 所) 埼玉県鴻巣市上谷2073番地1 (電 話) 048-541-1131 (FAX) 048-541-2730

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	このすなーシングホーム共生園
所在地・連絡先	(住 所) 埼玉県鴻巣市下谷409-1 (電 話) 048-540-6171 (FAX) 048-540-6175
事業所番号	1151780030号
管理者の氏名	近藤 福雄

### (2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管 理 者	1	1		医師：介護老人保健施設管理者を兼ねる
理学療法士	11	7	4	介護老人保健施設を兼ねる
作業療法士	5	1	4	同上

### (3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制
管 理 者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
理学療法士	同上
作業療法士	同上

### (4) 事業の実施地域

事業の実施地域	鴻巣市、北本市、久喜市（旧菖蒲町地域）、加須市（旧騎西町地域）
---------	---------------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

### (5) 営業日

営 業 日	営 業 時 間
平 日	8：30～17：30
土 曜 日	同 上
営業しない日	日曜日・祝日・12月30日～1月3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策を医師の指示に基づき行います。

#### 4 費用

##### (1) 介護保険対象サービス

利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額が負担額となります。

##### 【料金表】令和3年4月1日厚生労働省告示

Ⓛ ㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿

##### ■訪問リハビリテーション費

地域区分別1単位単価(6級地)10,33円

基本料金	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
1回(20分につき)	3,182円	319円	637円	955円

##### ○加算

項目	単位	利用料	1割負担	2割負担	※3割負担
短期集中リハビリテーション実施加算	日	2,066円	207円	414円	620円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	日	2,480円	248円	496円	744円
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	月	1,860円	186円	372円	558円
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	月	2,200円	220円	440円	660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	火	2,790円	279円	558円	837円
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	回	▲517円	▲52円	▲104円	▲155円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	回	62円	7円	13円	19円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	回	31円	4円	7円	10円

##### ■介護予防訪問リハビリテーション費

基本料金	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
1回(20分につき)	3,079円	308円	616円	924円

##### ○加算

項目	単位	利用料	1割負担	2割負担	※3割負担
短期集中リハビリテーション実施加算	日	2,066円	207円	414円	620円
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	回	▲517円	▲52円	▲104円	▲155円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	回	62円	7円	13円	19円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	回	31円	4円	7円	10円
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 ※要件を満たす場合対象外	回	▲310円	▲31円	▲62円	▲93円

Ⓛ ㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿

㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿

Ⓛ ㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿

㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合であっても保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

##### (2) 交通費

2の(4)の地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、事業の実施地域を超えた部分において、1kmにつき30円をご負担いただきます。

##### (3) その他の費用

サービスの提供に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担となります。

(4) 利用料等のお支払方法

毎月15日までに「4 費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求し、20日を期日として引落いたします。

口座振替を希望されない場合は、毎月末までに前月分の利用料を指定口座に振り込み送金してお支払ください。

5 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

本社は、病院クリニック及び介護老人保健施設を経営し、要介護状態（介護予防訪問リハビリテーションにあっては要支援状態）と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が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にするとともに、利用者の居宅における生活の継続を目指して、科学的でかつ適正な医療及び疾病・負傷等により要介護状態にある利用者に対し、看護、医学的管理下の介護及び必要な医療等を普及することを目的としています。

(2) 運営方針

事業の実施に当たっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

2. 指定訪問リハビリテーションの事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、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、生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るものとする。

3. 指定介護予防訪問リハビリテーションの事業は、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

4. 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者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する。

(3) その他

事項	内容
訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師及び理学療法士又は作業療法士が、お客様の直面している課題等を評価し、医師の診療及びお客様の希望を踏まえて、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業者研修	年12回、介護及び看護の研修・事例検討会を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 河井 剛 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電話（540-6171） 面接（当施設1階相談室） 意見箱（事務室前に設置）
-------------	--

上記のほかに、市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会等でも受付けています。

鴻巣市長寿いきがい課	電話048-541-1321
北本市高齢介護課	電話048-591-1111
久喜市菖蒲総合支所福祉課	電話0480-85-1111
加須市騎西総合支所福祉課	電話0480-73-1111

7 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	所在地 及び 病院名	
	氏名	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	
	住所	
	電話番号	

8 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住所 : 埼玉県鴻巣市下谷409-1  
 事業者(法人)名 : 医療法人社団 鴻愛会  
 事業所名 : こうのすナーシングホーム共生園  
 (事業所番号) : (1151780030)  
 代表者名 : 理事長 神成 文裕 印

説明者 職名 : 理学療法士  
 氏名 : 河井 剛 印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所  
 氏名 印

身元引受人  
 住所  
 氏名 印