

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)

<令和6年6月1日現在>

1 法人の概要

名称・法人種別	医療法人社団 佑樹会
代表者名	理事長 福地 佑樹
所在地・連絡先	(住所) 東京都昭島市中神町1345番1 (電話) 042-549-0707 (FAX) 042-549-1231

2 事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	医療法人社団佑樹会 介護老人保健施設 めぐみの里
所在地・連絡先	(住所) 神奈川県秦野市渋沢1296-1 (電話) 0463-89-2225 0463-89-2227 (FAX) 0463-89-2226
事業所番号	1452880045
管理者	施設長 岸 達雄
サービスの種類	訪問リハビリテーション (介護予防含む)

3 事業の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

指定訪問リハビリテーション・介護予防リハビリテーション (以下、「指定訪問リハビリテーション」という。) は利用者に対し、介護保険法の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的として指定訪問リハビリテーションを提供します。

(2) 運営方針

介護老人保健施設めぐみの里では、法人の基本理念である「希望と生きがいのある医療福祉の創造」に基づき、利用者と家族のニーズの把握と地域のあらゆる社会資源の連携強化に努め、利用者が明るい雰囲気の中いきいきとした療養生活を送る事ができる施設を目指します。

また、高齢者ケアを担う中核施設として、多職種の連携を図った利用者への総合的ケアを提供し、利用者の生活復帰を目指します。

4 事業の概要

(1) 職員の体制

従業者の職種	人数	区分		業務の内容
	(人)	常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1	0	介護老人保健施設管理者・医師兼務
理学療法士 作業療法士	2	0	2	介護老人保健施設職兼務

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	秦野市、大井町、松田町
---------	-------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

営業日	営業時間
月曜日から土曜日及び祝日	9:00 ~ 17:30

営業しない日	日曜日・年末年始(12月31日～1月3日)
--------	-----------------------

5 指定訪問リハビリテーションのサービス内容

医療法人社団佑樹会 介護老人保健施設めぐみの里 訪問リハビリテーションは、介護保険法令の趣旨に従って、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、リハビリテーション職員が利用者の自宅を訪問し、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等を医師の指示に基づき行います。

- ① 当該サービスの提供にあたり、状態の悪化防止・軽減に努め、適切なサービスを提供します。
- ② サービス内容はわかりやすく説明を行い、サービスを提供します。不明な点については、サービス担当者もしくは問い合わせ窓口までご連絡ください。
- ③ 当該サービス提供は、指示書をもとにリハビリテーション実施計画書を作成し個々にリハビリテーションを提供します。
- ④ 訪問リハビリテーションの実施については、医師による指示に従い、訪問リハビリテーション記録への記載を行います。
- ⑤ 交通事情等により、自宅へ到着する時間が遅れる場合があります。

6 サービスの終了方法

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにサービス終了をお申し出ください。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が介護保険施設に入所、医療機関へ入院した場合。
- ・利用者の介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ・利用者が死亡もしくは被保険者資格を喪失した場合。
- ・サービス提供の必要性が認められなくなったと医師が判断した場合。

④ その他

・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合又は事業者が破産した場合、利用者は事業者へサービス終了の意思を表明することによって即座にサービスを終了することができます。

・利用者がサービス利用料を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合又は利用者が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者の入院もしくは病気等により、1ヶ月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様またはそのご家族様、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合もあります。

9 費用

(1) 訪問リハビリテーション

利用料（自己負担分）

(ア) 介護保険給付対象サービス

基本料金

地域加算 10.33 円

項目	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費	319 円/回	637 円/回	952 円/回

※1回20分のサービスです。40分行った場合2回分になります。

加算額

項目	1割負担	2割負担	3割負担	内容
短期集中リハビリテーション実施加算	207 円/日	414 円/日	620 円/日	退所日又は認定日から3月以内の利用者に早期かつ集中的なリハビリを行なった場合加算されます。
リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ	186 円/月	372 円/月	558 円/月	リハビリテーション会議を開催し、リハ計画書の作成・見直しを行い、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理する。リハ計画について作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はご家族に説明を行った場合に加算されます。
リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ	220 円/月	440 円/月	660 円/月	リハビリテーション会議を開催し、リハ計画書の作成・見直しを行い、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理する。リハ計画について作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はご家族に説明を行う。リハ計画等の内容を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施のために必要な情報を活用している場合に加算されます。
サービス提供体制強化加算 (II)	3 円/回	6 円/回	9 円/回	利用者に直接サービスを提供する理学療法士等のうち、勤続年数3年以上の職員がリハビリテーションを行なった場合加算されます。

(2) 介護予防訪問リハビリテーション

利用料（自己負担分）

(ア) 介護保険給付対象サービス

基本料金

地域加算 10.33 円

項目	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費	308 円/回	637 円/回	952 円/回

※1回20分のサービスです。40分行った場合2回分になります。

加算額

項目	1割負担	2割負担	3割負担	内容
短期集中リハビリテーション実施加算	206 円/日	413 円/日	619 円/日	退所日又は新たに要支援認定を受けた日から3月以内の利用者に早期かつ集中的なリハビリを行なった場合加算されます。
予防訪問リハ12月超減算	-30 円/月	-61 円/月	-92 円/月	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合減算されます。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	3 円/回	6 円/回	9 円/回	利用者に直接サービスを提供する理学療法士等のうち、勤続年数3年以上の職員がリハビリテーションを行なった場合加算されます。

(3) 交通費

4(3)の事業の実施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1日あたり実費500円(消費税別)の交通費が必要となります。

(4) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者の負担となります。

(5) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

サービス実施時刻の1時間前までに連絡があった場合	無料
サービス実施時刻の1時間前までに連絡がなかった場合	利用料自己負担分の全額と交通費

(6) 利用料の支払方法

①口座振替・自動払込法

毎月15日までに、前月分の請求書を発行します。利用料の支払は、ご登録いただいた預貯金口座（登録口座）より、利用月の翌月26日に引き落としとなります（金融機関休業日の場合は、その翌営業日となる場合もあります）。ご入金は、振替・払込の前日迄にお願い致します。入金確認後、領収書を発行します。残高不足等で引き落としができなかった場合は、窓口または、振込みにてお支払いをお願いいたします。

お振替内容のご照会につきましては、直接施設へお願い致します。

なお、登録口座は、利用者名義の年金口座でお願いいたします。

② その他

原則利用料の支払いは、口座振替・自動払込とさせていただきますが、どうしても不都合がある方は、別途ご相談下さい。

9 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、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	病院名 及び 所在地	
	医師名	
	電話番号	
緊急時 連絡先① (家族等)	ふりがな 氏名 (続柄) ()	
	住所	
	電話番号	
	勤務先	
	勤務先電話番号	
緊急時 連絡先②	ふりがな 氏名 (続柄) ()	
	住所	
	電話番号	
	勤務先	
	勤務先電話番号	

重要事項説明書の確認書

医療法人社団 佑樹会

介護保険サービス提供の開始に際し、介護老人保健施設入所サービス利用における重要事項について説明を行い、下記の通り署名押印し相互に確認する。

指定訪問リハビリテーションのサービス利用における重要事項について、別紙説明書のとおり説明をいたしました。

説明日 令和 年 月 日

医療法人社団佑樹会 介護老人保健施設 めぐみの里

説明者 支援相談員

氏名 印

上記説明者から介護老人保健施設めぐみの里が提供するサービスについての別紙説明書の交付・説明を受け、その内容について同意をいたします。

【利用者】

住 所

ふりがな

氏 名

印

【代筆者】

住 所

ふりがな

氏 名

印

理由