

重要事項説明書

R1.9.19 作成

1 事業者概要

事業者名称	医療法人藤仁会
主たる事業所の所在地	〒362-0035 埼玉県上尾市仲町一丁目 8 番 33 号
代表者名	藤村 作
電話番号	(048) 771-5500 (代表)
F A X 番号	(048) 776-1768

事業所名	医療法人藤仁会 介護老人保健施設ふれあいの郷あげお
所在地	〒362-0059 埼玉県上尾市平方 1915
電話番号	(048) 780-6600 (代表)
F A X 番号	(048) 725-1300
事業所番号	1 1 5 1 6 8 0 0 4 0
管理者名	磯貝 直史
サービスの種類	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
通常の事業の実施地域	上尾市
営業日	月曜～土曜（12月30日～翌1月3日までを除く）
営業時間	8：30～17：30

2 事業の目的と運営方針等について

事業の目的

- ・介護保険法令に従って、利用者及びその家族が、可能な限り快適な日常生活を営むことができるよう、利用者に応じた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を提供します。

運営方針

- ・事業の実施にあたっては、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ます。
- ・事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成し、計画に沿って、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、居宅において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ます。
- ・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なら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密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- ①サービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防となるよう、適切にサービスを提供します。
- ②サービスの提供は、懇切丁寧に行い、わかりやすいように説明します。不明な点があれば担当職員にご相談ください。
- ③当事業者は、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

3 事業所の職員体制

- ・医師 1 名（兼務）
- ・理学療法士 1 名

- ①当事業者は、訪問リハビリテーションサービスの目的に反する行為があった場合、担当職員変更を拒む正当な理由が当事業所側でない限り、変更の申し出に応じます。
- ②当事業者は、担当者が退職する等正当な事由がある場合に限り、担当者を変更することがあります。その場合には、事前に了解を得ることとします。

4 利用料

※令和 6 年 6 月 1 日更新

(1) 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) 6 級地 単価: 10.33

区分	単位	利用料 (介護報酬総額)	利用者 負担額 【1 割】	利用者 負担額 【2 割】	利用者 負担額 【3 割】
・訪問リハビリテーション費	308/回	3,181	319	637	955
・介護予防訪問リハビリテーション費	298/回	3,078	308	616	924
・(予防)訪問リハ計画診療未実施減算	-50/回	-516	-52	-104	-155
・介護予防訪問リハ 12 月超減算	-30/回	-309	-31	-62	-93

注 同一建物減算に該当する場合 上記単位数の 10%又は 15%減

・加算

加算名所	単位	利用料 (介護報酬総額)	利用者 負担額 【1 割】	利用者 負担額 【2 割】	利用者 負担額 【3 割】
(予防)短期集中リハビリテーション実施加算	200/日	2,066	207	414	620
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240/日	2,479	248	496	744
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	180/月	1,859	186	372	558
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	213/月	2,200	220	440	660
事業所の医師が利用者に説明し、利用者の同意を得た場合	270/月	2,789	279	558	837
(予防)退院時共同指導加算	600/回	6,198	620	1,240	1,860
(予防)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6/回	61	7	13	19
移行支援加算	17/日	175	18	35	53

- ①訪問リハビリテーションサービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として介護保険負担割合証に記載された割合のご負担となります。
- ②提供を受ける訪問リハビリテーションサービスが介護保険の適用を受けない部分については、ご利用料全額をお支払いいただきます。
- ③当事業者は、利用次月までに、前月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付してお渡しします。
- ④毎月の利用料は、請求書受領後に銀行振込もしくは現金払いでお支払いください。
- ⑤3ヶ月に1度主治医より診療情報提供書を頂いている関係で、当院以外の医師が主治医の場合、該当医療機関より診療情報提供料が請求されます。

(2) 交通費

通常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、従業者が訪問するための交通費の実費をご負担していただきます。

自動車を使用した場合は通常の実施地域を越えた地点から計算し、以下の通りとします。

- ①片道 10キロ未満 400円
- ②片道 10キロ以上 600円
- ③片道 20キロ以上 800円

(3) キャンセル料

訪問リハビリテーションサービスをキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料が発生いたします。

前々日までのキャンセル：無料

前日のキャンセル：利用自己負担部分の50%

当日のキャンセル：利用自己負担部分の100%

※ただし、やむを得ない事情がある場合は除きます。

5 要望及び苦情窓口

- (1) 介護老人保健施設ふれあいの郷あげお リハビリテーション部

担当 小野 慎也 (048) 780-6600

- (2) 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 (048) 824-2568

- (3) 埼玉県上尾市役所 高齢介護課 (048) 775-6473

- (4) 市役所 課 () -

6 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名： 医療機関の名称： 所在地： 電話番号：
協力医療機関	名称：藤村病院 所在地：上尾市仲町 1－8－33 電話番号：048－776－1111

令和 年 月 日

重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

事業者

名称 医療法人藤仁会
代表者 理事長 藤村 作

説明者

氏名 印

重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印