

訪問リハビリテーション重要事項説明書

＜令和 5年 6月 22日現在＞

1. 訪問リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 黎明会
代表者名	理事長 服部 亮市
所在地・連絡先	〒 187 - 0032 東京都小平市小川町1丁目485番地 (電話) 042 - 346 - 6611 (FAX) 042 - 345 - 5975

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	社会福祉法人 黎明会 介護老人保健施設 けやきの郷
所在地・連絡先	〒 187 - 0032 東京都小平市小川町1丁目485番地 (電話) 042 - 345 - 5321 (FAX) 042 - 345 - 5344
事業所番号	1374303541
管理者氏名	施設長 阿部 和也

(2) 従業者の種類

従業者の種類	人数 (人)	区 分		職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)	
管理者 (医師)	1		1	介護老人保健施設管理者兼務
理学療法士	2以上	2以上		入所・通所兼務
作業療法士	1以上	1以上		入所・通所兼務

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	備 考
管理者 (医師)	8時45分～17時15分	
理学療法士	8時45分～17時15分	
作業療法士	8時45分～17時15分	

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	事業所所在地より半径3 km圏内
小平市：小川町、小川西町、小川東町、栄町、上水新町、たかの台、津田町、中島町 東大和市：上北台、清原、桜が丘、狭山、清水、新堀、高木、立野、中央、 仲原、奈良橋、南街、向原 東村山市：富士見町 国分寺市：北町、新町、高木町、戸倉、並木町、西町、光町、東戸倉、富士本 立川市：柏町、幸町、栄町、若葉町	

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(5) 営業日等

営業日	月曜日～金曜日 但し、国民の祝日及び年末年始（12月29日から1月3日）を除く
営業時間	9時00分～17時00分

3. サービスの内容

- ・機能訓練（基本動作）
- ・I ADL訓練（家事、公共施設の利用等）
- ・日常生活用具に関する相談、助言、使用訓練
- ・ADL訓練（トイレ、入浴動作等）
- ・住宅改修に関する相談、助言等
- ・介助者への介護指導等

4. 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険制度では、要介護認定による要介護・要支援によって利用料が異なります。以下は、介護報酬額になります。ご利用者様（以下、利用者という）の負担額は、報酬額の介護保険負担割合証記載割合となります。

① リハビリテーション費	3,324 円／回
② 短期集中リハビリテーション実施加算 (医療機関又は介護保健施設からの退院、退所の日又は認定の日から起算して3月以内)	2,166 円／日
② リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ	1,949 円／月
リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ	2,306 円／月
リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ	4,873 円／月
リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ	5,230 円／月
④ サービス提供体制強化加算 (I)	64 円／回
サービス提供体制強化加算 (II)	32 円／回
⑤ 事業所医師がリハ計画書の作成に係る診療を行わなかった場合	△541 円／回

(2) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。通常の実施地域を越えてお住まいの方は実施地域を越え1kmにつき100円の交通費が別途必要となります。

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な各種材料代は、利用者の負担となります。

(4) 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原則として、利用日の前日までにご連絡下さい。当日キャンセルの場合、利用者負担額の全額をキャンセル料としてお支払い下さい。

(5) 利用料等のお支払方法

銀行振り込み又は銀行自動振替支払い

毎月、15日までに前月分の請求書をお送りいたしますので、銀行振り込みの場合は請求月の月末までにお振込みください。銀行自動振替の場合は請求月の27日までに自動振替口座にご入金ください。(自動振替日 毎月28日) 入金確認後、翌月の請求書と一緒に領収書をお送りします。銀行振り込みをご希望の場合は、請求書に振込先口座等を記載します。

5. 事業者の運営方針

- (1) 思いやりとやさしさを基本としたサービスの提供に努めます。
- (2) 地域の皆さまに便利で信頼されるリハビリテーションの提供を目指します。

6. サービス内容に関する苦情等相談窓口

事業所相談窓口	管理者 施設長 阿部 和也 責任者 リハビリテーション課 課長 持溝 洋介 ご利用方法 電話 042 — 345 — 5321 相談（当事業所1階相談室）、ご意見箱
東京都国民健康保険団体連合会	受付時間（土曜・日曜・祝日を除く） 苦情相談窓口 午前9時から午後5時 専用窓口 03—6238—0177（直通） 住 所 〒102—0072 東京都千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館10階 http://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/

（注）東京都国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口では、下記のような「介護サービスの質に関する事項」についての相談に応じています。

- ◎事業者、保険者（区市町村）等で取り扱うことが困難な場合
- ◎事業所所在地と利用者の居住地の区市町村が異なり、広域に影響が及ぶ可能性がある場合
- ◎苦情申立人が、国保連合会での苦情申し立てを特に希望される場合

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のあった場合は、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いたします。

主治医	病院名 及び所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 （ご家族等）	氏名（続柄）	
	住所	
	電話番号	

8. ご利用者様へのお願い

サービスご利用の際には、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ご提示ください。

当事業所は、利用者にサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、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致しました。

令和 年 月 日
事業者 住 所 東京都小平市小川町1丁目485番地
事業者名 社会福祉法人黎明会
事業所名 介護老人保健施設 けやきの郷
事業所番号 1374303541
管理者名 施設長 阿部和也 印
説明者 職名 _____
氏名 _____

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、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、十分に理解いたしましたので同意いたします。

令和 年 月 日
利用者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
代筆者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
続 柄 _____