

介護老人保健施設カノープス・羽生
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3年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 事業者

事業者の名称	一般社団法人 羽生市医師会
法人所在地	〒348-0051 埼玉県羽生市大字本川俣1305番地
代表者氏名	会長 太田 万郷
電話番号	048-561-5539

(2) 施設

施設の名称	介護老人保健施設 カノープス☆羽生
開設年月日	平成9年5月20日
所在地	〒348-0051 埼玉県羽生市大字本川俣1305番地
電話番号	048-563-3322
ファックス番号	048-560-1314
管理者氏名	施設長 鈴木 公明
介護保険指定番号	埼玉県1153980018号

(3) 事業の目的と運営方針

事業の目的	当施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行うことにより、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう自立を支援し、家庭復帰を促進すること。また、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、利用者の方が要介護の状態を悪化させずに居宅での生活が継続できるよう支援することを目的としています。
運営方針	1. 利用者の意思及び人格を尊重して、生きがいのある生活が営めるよう、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 2. 地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設並びにその他の保健医療サービスまたは、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ます。

(4) 施設定員等

入所定員	100名
療養室	【従来型個室】 個室Ⅰ 4室、個室Ⅱ 2室
	【多床室】 2人室 1室、4人室 23室
通所定員	45名

(5) 施設の職員体制

従業者の職種	総数	常勤	非常勤	兼務	夜間	保有資格等
医師	1	1				皮膚科
理学療法士	1	1		※1 1		理学療法士 1名

※1 入所と兼務

2. サービス内容

種 類	内 容
提供日	・月曜日から金曜日、祝祭日もご利用いただけます。 (ただし、12月29日～1月3日を除く)
提供時間	・8時30分から17時30分まで
実施区域	・通常の事業の実施区域は、羽生市です。市外の方は要相談とします。
サービス計画	・医師の指示を基に、利用者・ご家族の希望を優先的に取り入れ、さらに理学療法士・作業療法士等のリハビリテーション専門職の視点から総合的に判断し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計画を作成します。
医学的管理・看護	・訪問時にバイタル（血圧、体温等）チェックを行います。
機能活動・運動	・個々の利用者を把握し、生活環境の整備と活動を提供することにより機能の維持の向上・維持や低下の防止に努めます。また状態に合わせ早期に集中的な個別の対応や認知・作業活動の対応も行います。
相談援助	・利用者及びご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。(相談窓口) 支援相談員

※サービスの中には、利用者のご希望により提供するサービスがありますので、「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について」を参照し支援相談員にご相談ください。

3. 緊急時の連絡

「訪問リハビリテーションサービス申込書」にご記入いただいた連絡先にご連絡します。

4. 緊急時及び事故発生時の対応

訪問リハビリテーション等の利用中に利用者の心身の状態が急変した場合や事故が発生した場合は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医への連絡を行い、指示を求めます。また、利用者の家族、介護支援専門員、市町村への連絡を行うなど必要な措置を講じます。

なお、訪問リハビリの提供により事故が発生した場合には、その損害を賠償します。

(ただし、利用者の故意または、当施設に過失がない場合には、この限りではありません。)

5. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

<p>当施設ご利用 相談室</p>	<p>窓口担当：支援相談員 遠藤・高橋 対応時間：毎日8時30分～17時30分 受付電話：048-563-3322 ※談話コーナー（自動販売機設置）側に備え付けられた「ご意見箱」 をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。</p>
<p>その他行政等の 介護保険に関する 相談、苦情窓口</p>	<p>①羽生市市民福祉部 高齢介護課 介護保険係 TEL 048-561-1121（代表） FAX 048-563-4581</p> <p>②埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 TEL 048-824-2568（苦情相談専用） FAX 048-824-2561</p>

6. その他

当施設では、現在、第三者による評価の実施状況はありません。

当施設についての詳細は、パンフレット等を用意してありますので、ご覧ください。

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について
(令和3年4月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. 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についての概要

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は、医師の指示に基づいた訪問リハビリテーションの計画により、理学療法士・作業療法士などのリハビリテーション専門職がご家庭を訪問し、必要なりハビリテーションを行います。また、利用者やご家族にリハビリ上の必要事項について指導や説明を行います。このサービスを提供するに当たり、利用者・ご家族の希望を優先的に取り入れ、さらに専門職の視点から総合的に判断し、訪問リハビリテーション計画及び介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。この計画案の内容についてはご説明し、相談の上同意をいただき、サービス計画を決定します。

3. 利用料金

介護報酬1単位当たりの単価が見直され、当施設の所在地である羽生市は6級地に該当し、1単位=10.33円となります。以下の参考金額は便宜上、地域区分単価を含めての表示となっております。これらの金額は、端数処理により若干異なる場合がございます。

(1) 介護予防訪問リハビリテーション・訪問リハビリテーション

① 基本料金

項目	金額		参考金額	備考
訪問リハビリテーション費	3,171 円/回	1割	318円/回	医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅を訪問し、20分間リハビリテーションを行います
		2割	635円/回	
		3割	952円/回	

② 加算(該当する場合に加算されます)

項目		金額		参考金額	備考
予 防	12か月超過減算	-51 円/月	1割	-6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
			2割	-11円/月	
			3割	-16円/月	
予 防	事業所評価加算	1,239 円/月	1割	124円/月	10名以上の利用者があり、リハビリテーションマネジメント加算を3か月以上算定した方の状態の維持や改善率が一定の条件を満たした場合
			2割	248円/月	
			3割	372円/月	
介 護	リハビリテーションマネジメント加算(A)	イ	1割	186円/月	リハビリテーション会議を開催し、個別のリハビリテーション計画書作成、実施及び定期的な評価をした場合
			2割	372円/月	
			3割	558円/月	
	リハビリテーションマネジメント加算(A)	ロ	1割	220円/月	リハビリテーションマネジメント(A)イに加え、計画書等の内容に関するデータを厚労省に提出した場合
			2割	440円/月	
			3割	660円/月	

介護	リハビリテーションマネジメント加算(B)	イ	4,648 円/月	1割	465円/月	リハビリテーションマネジメント加算(A)イに加え、医師が利用者等に説明・同意を得た場合	
				2割	930円/月		
				3割	1,395円/月		
		ロ	4,989 円/月	1割	499円/月		リハビリテーションマネジメント加算(B)イに加え、計画書等の内容に関するデータを厚労省に提出した場合
				2割	998円/月		
				3割	1,497円/月		
共通	短期集中リハビリテーション実施加算	2,066 円/日	1割	207円/日	退院(所)又は初回認定日から3ヶ月以内に集中的なリハビリを実施		
			2割	414円/日			
			3割	620円/日			
	サービス提供体制強化加算(I)	61円/回	1割	7円/回		勤続年数7年以上の者を1名以上配置	
			2割	13円/回			
			3割	19円/回			

※負担割合は、市区町村から交付される介護保険負担割合証に記載してあります。

(2) その他の利用料金

項目	金額・備考
交通費	通常の事業の実施地域(羽生市)以外に居住する方が利用を依頼した場合にお支払いいただきます。 165円/片道 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道10キロ未満 215円/片道 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道10キロ以上
その他	サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道等の費用は、別途利用者様の負担となります。

4. 支払い

請求書	月末締め翌月請求
領収書	毎月10日までに、前月分の請求書を作成します。 その月の月末までにお支払いください。 お支払いの確認後、領収書を交付いたします。
支払い期日	月末
支払い方法	現金支払 銀行振込

介護老人保健施設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についての同意書

本書面の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、身元引受人及び当施設が署名又は記名捺印のうえ各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

当施設サービスの提供にあたり本書面に基づき重要な事項を説明しました。

事業所	所在地	埼玉県羽生市本川俣1305
	施設名	介護老人保健施設カノープス・羽生
	施設長	鈴木 公明

説明者 _____ 印

介護老人保健施設カノープス・羽生を通所利用するにあたり、介護老人保健施設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利用重要事項の内容に関して、担当者による説明を受け十分に理解しましたので同意します。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

