

訪問リハビリテーション重要事項説明書

< 令和 7 年 12 月 1 日 現在 >

1、概要

(1)事業の指定内容とサービス提供できる地域

事業所名	草加グリーンクリニック 訪問リハビリグリーン
所在地	埼玉県草加市金明町 604-1・1 階
介護保険事業所番号	1111803535
訪問サービス可能な地域	草加市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2)同事業の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
	医師	1 名	4 名	5 名
サービス担当職員	理学療法士	1 名	1 名	2 名
	作業療法士	名	1 名	1 名
	言語聴覚士	名	名	名
事務職員		3 名	1 名	4 名

(3) 営業時間

訪問リハビリ提供時間帯:月～金曜日(祝日は休み) 9:00～ 18:00

電話相談等の連絡時間帯:月～金曜日(祝日は休み) 9:00～ 18:00

2、内容

①訪問リハビリテーション実施の際は、主治医等の文書による指示に従います。

また、利用中に入院などされて明らかに状態が変化すると判断された場合には、再度主治医の指示を仰ぎ継続の検討をいたします。

②介護が必要な方々が住み慣れた我が家で、安心して療養生活が送れるように、日常の動作能力の維持・向上を支援していくことを目標とします。

③訓練時間は計画した内容によりますが、おおよそ 20 分～1 時間程度になります。

④リハビリテーション実施報告書を毎月、主治医等と担当介護支援専門員に提供します。

⑤主治医・リハビリテーション職員等のサービス関係職員の協働により、リハビリテーション実施計画書を 3 ヶ月ごとに作成します。さらに、リハビリテーション実施計画書の内容を利用者または家族に説明します。

3、利用料金

<介護保険>

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の 10%～30%をご負担いただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は全額自己負担となります。

①訪問リハビリテーション費

提供時間	単位数	料金/回	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
20分	308	3249円	325円	650円	975円
40分	616	6498円	650円	1300円	1950円
60分	924	9748円	975円	1950円	2925円

②短期集中リハビリテーション加算(要介護・要支援)

退院・退所又は認定日から3カ月以内の場合

料金/日	単位数	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
2110円	200	211円	422円	633円

③認知症短期集中リハビリテーション加算

医師が認知症であると判断し、生活機能の改善が見込まれると判断され、退院・退所又は訪問開始日から3か月以内の場合 1週に2日が限度

料金/日	単位数	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
2532円	240	253円	506円	759円

④サービス提供体制強化加算Ⅰ

提供時間	単位数	料金/回	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
20分	6	63円	7円	13円	19円
40分	12	126円	13円	26円	38円
60分	18	189円	19円	38円	57円

サービス提供体制強化加算Ⅱ

提供時間	単位数	料金/回	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
20分	3	31円	4円	7円	10円
40分	6	63円	7円	13円	19円
60分	9	94円	10円	19円	29円

⑤リハビリテーションマネジメント加算(要介護のみ)

基準	単位数	料金/月	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
(A) ロ	213	2,223円	222円	444円	666円

リハビリテーションマネジメントに係る医師による説明

基準	単位数	料金/月	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
	270	2,818円	281円	563円	845円

⑥移行支援加算(要介護のみ)

料金/日	単位数	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
179円	17	18円	36円	54円

⑦退院時共同指導加算

料金/日	単位数	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）	自己負担額（3割）
6330 円	600	633 円	1266 円	1899 円

交通費：草加市内の利用者の交通費に関しては、交通費は発生いたしません。

<キャンセル料>

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。（連絡先 048-954-7677）

① 前日までにご連絡いただいた場合	無料
② 当日、サービス開始の3時間前までにご連絡いただいた場合	自己負担額
③ それ以降（ご連絡がなく、職員が到着してしまった場合も含む）	

<その他>

利用者様の住居で、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話の費用は利用者のご負担になります。

4、当院訪問リハビリテーション事業の特徴

草加グリーンクリニック・訪問リハビリグリーンでは、疾病等により日常生活に支障を来した利用者が、住み慣れた地域社会で家族とともに生活ができるよう、主治医等の指示に基づき、運動機能訓練等の個別リハビリテーションを提供いたします。また、利用者の家庭内生活のみでなく、地域生活において必要な幅広いニーズにお応えし、利用者の立場にたって自立を支援するとともに、利用者が安らかな日常生活を送ることができるよう心がけております。

5、緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、下記の連絡先に至急連絡を取り、主治医、ご家族の指示を仰ぎ適切な対応を致します。

	主治医	
	連絡先	
ご家族	① 氏名	
	連絡先	
	② 氏名	
	連絡先	
	③ 氏名	
	連絡先	

6、サービス内容に関する相談・苦情

①当院お客様相談・苦情担当対応窓口

電話番号 048-954-7677 FAX 048-959-9799

相談責任者 院長 加澤 昌洋 対応時間 平日 8:30～ 18:00

②その他

○草加市地域介護課 給付係

電話番号：048-922-1421 FAX：048-922-3279

○埼玉県国民健康保険団体連合会

電話番号：048-824-2568 FAX：048-924-2561

7、当院の概要

- ・施設名：草加グリーンクリニック
- ・代表者：院長 加澤 昌洋
- ・所在地：埼玉県草加市金明町 604-1・1 階
- ・電話：048-954-7677 FAX：048-959-9799
- ・診療科目：内科・外科

8、虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 院長 加澤 昌洋
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待等に対する苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9、 非常災害対策

事業者は天変地異による自然災害、戦争（地域紛争）、テロ行為、暴動等及び火災並びに感染症等などの非常災害時においても出来る限り必要な介護サービスが提供継続できるよう、事業継続に向けた計画等を策定するとともに研修の実施、訓練を定期的の実施します。

10、サービス利用にあたっての禁止行為について

当事業所は、利用者又はご家族から従業員に対する以下の行為が明らかとなった場合には、利用契約を終了することがあります。

- (1) 従業員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- (3) 従業員の身体及び財物の損傷、または破壊する行為。
- (4) 従業者等に承諾なく無断に写真・動画などの画像データ及び音声データ等を撮影録音する行為及び SNS などに掲載すること。

令和 年 月 日

次の居宅介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 〒340-0052 埼玉県草加市金明町 604-1 1 階

名 称 医療法人社団 志優会 草加グリーンクリニック・訪問リハビリグリーン

介護保険事業所番号 1111803535 (埼玉県)

管理者 理事長 田中一成

説明者

印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護サービスについての重要事項の説明をうけ合意しました。

利用者 住 所

氏 名

印

代理人 住 所

氏_名

印

医療法人社団 志優会
草加グリーンクリニック
理事長 田中 一成 殿

個人情報に関する同意書

私、並びに私の家族等の個人情報に対して医療法人社団 志優会 草加グリーンクリニック並びにそのサービス従事者が、業務上知り得た個人情報について、サービス担当者会議又は関係居宅介護支援事業者との連携を図る場合緊急時における医療機関受診等、正当な理由がある時は情報を収集し、用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族代表 住 所 _____
(続柄：)

氏 名 _____ 印

署名代行人 住 所 _____

氏 名 _____ 印