鴻巣介護老人保健施設こうのとり

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）

重 要 事 項 説 明 書

（ 令和 5年 2月 1日現在 ）

１　施設の概要

（１）施設の名称等

施 設 の 名 称	鴻巣介護老人保健施設こうのとり
所在地・連絡先	〒365-0073　埼玉県鴻巣市八幡田８６８－１ 電話 ０４８－５９６－２２２２ FAX　０４８－５９６－７３２６
管 理 者 名	蓮江　郁夫
事 業 者 番 号	１１７１７０１６２４

（２）施設の窓口営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日まで （祝日、１２月２９日から１月３日までを除く。）
営業時間	午前８時４５分から午後５時１５分まで （サービス提供時間は午前１０時から午後４時まで）

（３）施設の従業員体制　（令和　年　月　日現在）

職　種	総 数	常 勤	非常勤	
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				入所・通所リハビリと兼務
作業療法士				入所・通所リハビリと兼務

２　サービス内容

医師の診療に基づき、利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、心身の機能回復を図るため、理学療法士、作業療法士が利用者の居宅を訪問し、リハビリテーションの目標及び方針、健康状態、リハビリテーションの実施上の留意点等を記載した訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）に沿って行う。交通事情等により、稀にサービス提供時間が前後する場合がありますが、ご了承ください。

種　類	内　　容
営 業 日	月曜日から金曜日まで （祝日、１２月２９日から１月３日までを除く。）
サービス提供時間	午前１０時 から 午後４時まで
通常の事業の実施地域	鴻巣市

３　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。施設の所定の場所に備えつけられた「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。

当 施 設 窓 口	窓口担当：支援相談員 対応時間：午前９時 ～ 午後４時（月曜日～金曜日） （祝日、１２月２９日から1月３日までを除く。）
その他 行政等の 相談・苦情窓口	①鴻巣市役所　介護保険課 ℡　０４８－５４１－１３２１（代表） ②埼玉県国民健康保険団体連合会　介護福祉課 ℡　０４８‐８２４‐２５６８

４　利用料金

（１）介護保険給付対象サービス

利用料は別紙１のとおりです。利用料に対して介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。鴻巣市は６級地に該当しますので、地域加算（１単位＝１０．３３円）です。

（２）交通費

実施地域（鴻巣市）以外にお住まいの方は、下記の交通費が必要となります。

通常の実施地域を越えて１０ｋｍ未満の場合　　１５０円 ／ 片道（税別）
通常の実施地域を越えて１０ｋｍ以上の場合　　２００円 ／ 片道（税別）

（３）その他の利用料

サービスの提供にあたり必要となる居宅の電気、ガス、水道、電話等の費用は、利用の負担となります。

（４）支払方法

毎月１０日頃に前月の請求書を送付します。サービスご利用月の翌々月１２日（１２日が土日・祝日に重なる場合は、銀行の翌営業日に振替となります）にご指定口座より振替させていただきます。口座振替の手続き完了までは、当施設の窓口にて現金もしくは銀行振り込みでお支払下さい。

５　サービス終了の方法

（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週間前までにお申し出下さい。

（２）施設の都合でサービスを終了する場合

サービスを終了させていただく１ヶ月前までに文章で通知致します。

（３）自動終了

以下の場合は、原則的にサービスを終了します。

・利用者が介護保健施設に入所、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

６　緊急時の連絡

サービス提供中に病状の急変、容体の変化などがなどがあった場合は、緊急連絡表にご記入いただいた連絡先にご連絡します。

７　事故発生時の対応

（１）利用者に対する訪問リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員（介護予防にあたっては地域包括支援センター）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

（２）前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録する。

（３）利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

当施設は、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開始にあたり、重要事項を説明しました。

年　　月　　日

事業者　　所 在 地　埼玉県鴻巣市八幡田868-1
施 設 名　鴻巣介護老人保健施設こうのとり
施 設 長　蓮江　郁夫

説明者　　職　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

　私は、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開始にあたり施設から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者　　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元引受人　　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印