重要事項の説明

（令和 8 年 6 月 1 日現在）

介護老人保健施設パークヒル天久

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）

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

1　訪問リハビリテーションの概要

（1）提供できるサービスの種類

①訪問リハビリテーション

②介護予防訪問リハビリテーション

（2）事業所の名称及び所在地等

施　設　名　称	パークヒル天久訪問リハビリテーション
所　　在　　地	沖縄県那覇市字天久 1123 番地
法　　人　　名	医療法人 天仁会
代　表　者　名	管理者　國 吉 眞 也
電　話　番　号	０９８－８６８－４１０８
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
介護保険事業者番号	4750180053
サービス提供地域	那覇市・浦添市・豊見城市・宜野湾市・西原町

（3）事業所の職員体制

	職　種　・　資　格	常　　勤
管理者	医　師	1
	理学療法士	1

（4）営業日・営業時間

営業日	月曜日～金曜日まで
休業日	土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始（12/30～1/3） 旧盆（ウークイ（旧暦 7/15））
営業時間	午前８時００分から午後５時００分まで
緊急時の対応	連絡先　０９８－８６８－４１０８

２　利用料金

【 要介護 】
（１）基本サービス費

単位（分）	１回あたりの自己負担金		
	（1 割負担）	（2 割負担）	（3 割負担）
２０分	308 円	616 円	924 円

（２）加算費用
・リハマネジメント加算
（ロ）213 円／月（1 割）　426 円／月（2 割）　639 円／月（3 割）
※ 医師がリハビリテーションの詳細な指示を実施し、PT、ST がケアマネを通じ他の事業所に介護の工夫等の情報を伝達します。また、リハビリテーション会議に ICT 等（テレビ電話等）を活用し開催し、進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ見直し行う場合。

・診療未実施減算
－50 円／日（1 割）－100 円／日（2 割）－150 円／日（3 割）
※事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合に減算します。

・短期集中リハビリテーション加算
起算日から３月以内
２００円／日（1 割）　４００円／日（2 割）　600 円／日（3 割）

・認知短期集中リハビリテーション加算
２４０円／日（1 割）　４８０円／日（2 割）　720 円／日（3 割）

・サービス提供体制強化加算
６円／回（1 割）　１２円／回（2 割）　18 円／回（3 割）
※経験豊かなスタッフを配置しております。

・介護職員等処遇改善加算　1.5%
※介護従事者の処遇改善および資質の向上を図るため、訪問リハ費の総単位数に上記の加算率を乗じた額を加算します。

（３）その他の費用
通常の事業の実施地域を超えて行う場合、交通費はいただきません。

【 介護予防（要支援） 】
（１）基本サービス費

単位（分）	１回あたりの自己負担金		
	（1 割負担）	（2 割負担）	（3 割負担）

２０分	298 円	596 円	894 円

（２）加算費用

・短期集中リハビリテーション加算

起算日から３月以内

２００円／日（１割）　４００円／日（２割）　600 円／日（３割）

・診療未実施減算

－50 円／日（１割）－100 円／日（２割）－150 円／日（３割）

※事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合に減算します。

・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

－30 円／日（１割）　－60 円／日（２割）　－90 円／日（３割）

・サービス提供体制強化加算

６円／回（１割）　１２円／回（２割）　18 円／回（３割）

※経験豊かなスタッフを配置しております。

・介護職員等処遇改善加算　1.5%

※介護従事者の処遇改善および資質の向上を図るため、訪問リハ費の総単位数に上記の加算率を乗じた額を加算します。

（３）その他の費用

通常の事業の実施地域を超えて行う場合、交通費はいただきません。

○　支払方法

毎月 10 日頃に、前月分の請求書を発行しますので、その月の 21 日までにお支払いください。（当日が休日の場合は翌営業日のお支払いお願いします。）お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、原則「口座振替」となります。

３　サービスの利用方法

（１）サービスの利用申込み

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設職員がお伺いいたします。

「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」作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。「居宅サービス計画」の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービス利用契約の終了

①　利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合。

サービスの終了を希望する日の３日以上の予告期間をおいて文書でお申し出く

ださい。

② 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- 利用者が他の介護保険施設又は医療機関に長期入所・長期入院した場合。
- 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。
- 利用者がお亡くなりになった場合。

③ その他

- 利用者が、サービス利用料金の支払いを正当な理由なく２ヶ月分以上滞納し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず、１０日以内に支払わない場合、又は利用者やご家族などが、事業者やサービス従業者又は他の入所者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- 利用者が病院又は診療所に入院した場合。
- やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖又は縮小する場合、契約を終了し、利用中止していただく場合。

４　サービス利用にあたっての留意事項等

- 訪問時間の連絡…契約時に訪問の時間を決めさせていただきます。
  変更する場合は、事前にご連絡いたします。
- 体調不良等によるサービスの中止・変更
  …訪問時に発熱等で体調不良である場合や、サービス中に容体が急変された場合は、サービスを中止させていただく場合があります。その場合、緊急連絡先にご連絡いたします。
- 時間変更　…利用時間を変更される場合は、事前にお申し出ください。

５　緊急時の対処方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ速やかに連絡いたします。

６　業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するよう努めます。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

７　感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

（1）事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレ

ビ電話措置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね６月に１回以上開催します。

⑵ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

⑶ 介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

８ 秘密の保持

⑴従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

⑵ 事業者は、従事者であった者に、業務上知り得た利用者及び家族の秘密を保持させるため事業者でなくなった後においてもこれらの保持をするべき旨を、従事者との雇用契約の内容とします。

⑶ 事業所は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合には、当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

９ サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設ご利用者相談・苦情担当

担当：與那城 朝惟　　電話：０９８－８６８－４１０８

② その他

当施設以外に、行政の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

那覇市(ちゃーがんじゅう課) ‥‥‥‥‥‥（098）862－9010
窓口対応時間／午前８時 30 分～午後５時 15 分

浦添市（いきいき高齢支援課） ‥‥‥‥‥（098）876－1234
窓口対応時間／午前８時 30 分～午後５時 15 分

宜野湾市（介護長寿課）‥‥‥‥‥‥‥‥‥（098）893－4411
窓口対応時間／午前８時 30 分～午後５時 15 分

沖縄県国民健康保険団体連合会 ‥‥‥‥‥（098）860－9026
窓口対応時間／午前８時 30 分～午後５時 15 分

沖縄県介護保険広域連合‥‥‥‥‥‥‥‥‥（098）911－7501
窓口対応時間／午前８時 30 分～午後５時 15 分

10 当法人の概要

①名称・法人種別	医療法人 天仁会
②代表者役職・氏名	理事長 平良 直人
③本部所在地・電話番号	沖縄県那覇市字天久 1123 番地 電話：098－868－2101

＜＜重要事項説明の年月日＞＞

令和　　年　　月　　日

＜＜事業者＞＞

所 在 地　　沖縄県那覇市字天久 1123 番地
業 所 名　　医療法人 天仁会
　　パークヒル天久訪問リハビリテーション　　印
管 理 者　　國 吉 眞 也

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜＜重要事項の説明について＞＞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

【利用者】

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【署名代理人】

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

署名代理の理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿