

春陽苑 重要事項説明書

【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】

令和6年6月1日現在

指定訪問リハビリテーション又は指定介護予防訪問リハビリテーション（以下「指定訪問リハビリテーション等」という。）について、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を、説明致します。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をして下さい。

第1 指定訪問リハビリテーション等を提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 むつみ会
代表者氏名	理事長 青山 一雄
本部所在地	広島県尾道市向島町15644
電話・FAX	電話：0848-44-8282 FAX：0848-44-8311
法人設立年月日	平成5年8月19日

第2 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

1. 事業所の名称等

事業所名称	訪問リハビリ 春陽苑
介護保険指定事業所番号	1150380055
事業所所在地	埼玉県さいたま市西区飯田新田91-1
電話・FAX	電話：048-620-3119 FAX：048-620-5588
事業所の通常の事業の実施地域	さいたま市（うち西区、大宮区、中央区、北区、桜区、浦和区に限る）、川越市、ふじみ野市、富士見市

2. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	事業所の従業者が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある利用者に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的とします。
運営の方針	1. 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。 2. 指定訪問リハビリテーションの事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した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、利用者の居宅において、理学

	<p>療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るものとします。</p> <p>3. 指定介護予防訪問リハビリテーションの事業は、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。</p> <p>4. 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及びその他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p>
--	---

3. 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（※12月30日～1月3日は休業）
営業時間	午前8時45分～午後5時30分

4. サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～金曜日（※12月30日～1月3日は休業）
サービス提供時間	午前9時15分～午後5時00分

5. 事業所の職員体制

職種	員数	職務内容
管理者	1(兼務)	サービス管理全般
医師	1(兼務)	計画的な医学的管理
理学療法士	1(兼務)	指定訪問リハビリテーション等に関する計画の作成及びサービスの提供
作業療法士	2(兼務)	
言語聴覚士	1(兼務)	
支援相談員	1(兼務)	利用者、家族等及び関係機関との連絡調整等

第3 提供するサービスの内容及び費用について

1. 提供するサービスの内容について

指定訪問リハビリテーション等は、医師の診療に基づき、利用者の心身の機能の回復を図るため、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、リハビリテーション終了の目安・時期等を記載した訪問リハビリテーション計画（介護予防にあつては介護予防訪問リハビリテーション計画、以下「訪問リハビリテーション計画等」という。）に沿って行います。

2. 指定訪問リハビリテーション等の禁止行為

事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- (1) 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- (2) 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (3) 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- (4) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- (5) その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

3. 提供するサービスの利用料金、自己負担額（介護保険を適用する場合）について

自己負担額は、「介護保険負担割合証」に記載されております利用者負担の割合に応じた金額となります。（*）印の料金につきましては、保険単位数を基に少数を含む算定を行う為、実際の料金とは多少誤差が出る場合がございますのでご承知おき下さい。

※償還払いとなる場合は、下記の利用料金の全額をいったんお支払頂きます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行って下さい。

(1) 指定訪問リハビリテーション

《訪問リハビリテーション費》

	1回あたりの利用料金	1回あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
訪問リハビリテーション費	3,335円（*）	334円（*）	667円（*）	1,001円（*）

加算料金

項 目	1月あたりの利用料金	1月あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	1,949円（*）	195円（*）	390円（*）	585円（*）
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	2,306円（*）	231円（*）	462円（*）	692円（*）
事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	2,924円（*）	293円（*）	585円（*）	878円（*）
項 目	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
認知症短期集中リハビリテーション加算（1週に2日を限度とする）	2,599円（*）	260円（*）	520円（*）	780円（*）
短期集中リハビリテーション実施加算	2,166円（*）	217円（*）	434円（*）	650円（*）
項 目	1回あたりの利用料金	1回あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
退院時共同指導加算（該当する退院につき1回を限度とする）	6,498円（*）	650円（*）	1,300円（*）	1,950円（*）
サービス提供体制強化加算（I）	64円（*）	7円（*）	13円（*）	20円（*）

※ ・（*）印の料金につきましては、保険単位数を基に少数を含む算定を行う為、実際の料金とは多少誤差が出る場合がございますのでご承知おきください。

※リハビリテーションマネジメント加算（イ）（ロ）は、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質

を管理した場合は、その区分に応じて算定します。さらに訪問リハビリテーション計画について、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し利用者の同意を得た場合に追加算定をします。

※認知症短期集中リハビリテーション加算は、認知症と医師が判断した利用者であって、リハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院(所)日又は訪問開始日から起算して3か月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に、1週に2回を限度として算定します。

※短期集中リハビリテーション実施加算は、利用者に対して集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。退院(退所)日又は介護認定の効力発生日から起算して3月以内の期間に、1週間につき概ね2日以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

※退院時共同指導加算は、病院又は診療所に入院中の利用者が退院するに当たり、事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、利用者に対する初回の指定訪問リハビリテーションを行った場合に当該退院につき1回に限り算定します。

※サービス提供体制強化加算Ⅰは、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

(2) 指定介護予防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費】

	1回あたりの利用料金	1回あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
介護予防訪問リハビリテーション費	3,227円(*)	323円(*)	646円(*)	969円(*)

加算料金

項目	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
短期集中リハビリテーション実施加算	2,166円(*)	217円(*)	434円(*)	650円(*)
項目	1回あたりの利用料金	1回あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
退院時共同指導加算 (該当する退院につき1回を限度とする)	6,498円(*)	650円(*)	1,300円(*)	1,950円(*)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	64円(*)	7円(*)	13円(*)	20円(*)

※・(*)印の料金につきましては、保険単位数を基に少数を含む算定を行う為、実際の料金とは多少誤差が出る場合がございますのでご承知おきください。

※短期集中リハビリテーション加算は、利用者に対して集中的に介護予防訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。

退院(退所)日から起算して1か月以内の期間に行うときは、1週間につき概ね2日以上、1日あたり40分以上の個別リハビリテーションを行います。

退院（退所）日から起算して1か月を超え3か月以内の期間に行うときは、1週間に
つき概ね2日以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

※退院時共同指導加算は、病院又は診療所に入院中の利用者が退院するに当たり、事業
所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンス
に参加し、退院時共同指導を行った後に、利用者に対する初回の指定訪問リハビリテ
ーションを行った場合に当該退院につき1回に限り算定します。

※サービス提供体制強化加算Ⅰは、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものと
して都道府県知事に届け出た指定介護予防訪問リハビリテーション事業所が、利用者
に対し、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

第4 その他の費用について

通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問リハビリテーション等に要した交通費を請
求することがあります。

第5 利用料金、自己負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の請求及び支払 い方法について

1. 請求方法等

- (1) 利用料金、自己負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス
提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。
- (2) 上記に係る請求書は、利用明細を添えて原則、利用月の翌月10日に発行致します。

2. 支払い方法等

- (1) お支払い方法はご契約の際に決めさせていただきます。請求書がお手元に届きましたら、
発行日が属する月の末日までにお支払い下さい。
- (2) お支払いが確認出来ましたら、支払い方法の如何によらず領収書をお渡ししますの
で、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要な
ことがあります。）

※利用料金、自己負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについ
て、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3月以上遅延し、さらに支払
いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した
上で、未払い分をお支払い頂くことがあります。

第6 感染症、食中毒の予防及びまん延の防止のための措置

1. 感染症、食中毒の予防及びまん延の防止のために次のように対応します。

- (1) 感染防止委員会を設置しおおむね6か月に1回以上開催し、その結果を従業者に周

知徹底します。

- (2) 指針の整備を行い、研修、訓練（シミュレーション）を実施します。
- (3) 前2号にあげるもののほか、厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

2. 業務継続計画（BCP）の策定等を行います。

感染症が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画等の策定、研修、訓練（シミュレーション）の実施を行います。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

第7 非常災害対策

1. 当施設は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため地域住民との連携に努め、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

2. 業務継続計画（BCP）の策定等を行います。

災害が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため業務継続に向けた計画等の策定、研修、訓練（シミュレーション）の実施を行います。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

第8 要望及び苦情等の処理体制及び手順

当事業所には相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談下さい。

要望やサービスの提供及び個人情報の取り扱いに関する苦情などは、支援相談担当者、苦情受付担当者にお寄せ頂ければ、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の皆様の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。把握した状況について管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて連絡調整を行い対応方法等について利用者の皆様へ報告を行います。

また、要望や苦情への適切な対応により、福祉サービスに対する利用者の満足感を高めること等を考慮して、第三者委員を活用できる体制も整備しておりますので、ご相談下さい。

第三者委員 杉山 幸芳 さいたま市西区中野林字中郷650-1
048-620-5700

皆川 慎一郎 さいたま市西区中釘 2 2 1 9 - 1
0 4 8 - 6 2 4 - 3 9 4 0
市区町村窓口 西区役所 高齢介護課
0 4 8 - 6 2 0 - 2 6 6 7
さいたま市役所 介護保険課
0 4 8 - 8 2 9 - 1 2 6 4
0 4 8 - 8 2 9 - 1 2 6 5
及び各区役所 高齢介護課
埼玉県国民健康保険団体連合会
0 4 8 - 8 2 4 - 2 5 3 7

第9 事故発生時の対応

利用者に対する指定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（介護予防にあつては地域包括支援センター）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者には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います。

第10 虐待の防止のための措置に関する事項

利用者に対する虐待等を防止し、早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るために、必要な体制の整備を行い、次の措置を講じるものとする。

1. 虐待の防止に関する責任者の選定をする
2. 成年後見制度の利用支援をする
3. 苦情解決体制の整備をする
4. 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための定期的な研修（新規採用時及び年1回以上）の実施をする
5. 虐待防止委員会を設置し、定期的の実施するとともに、その結果を従業者に周知徹底をする
6. 虐待防止のための指針の整備をする
7. 前の4、5、6措置を適切に実施するための担当者の選定をする

・虐待等の早期発見の為、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談につきましては、苦情解決体制、又は以下をご利用ください。

◇要介護者施設従事者等による虐待のご相談窓口

保健福祉局長寿応援部介護保険課 TEL 048-829-1265

◇地域で暮らす高齢のみなさんの介護、福祉、医療等に関するさまざまな相談窓口
生活区域のシニアサポートセンター又は地域包括支援センターにお問い合わせください。

第 11 秘密の保持と個人情報の保護について

1. 事業者、及び事業者の使用する者は、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、事業者が定める個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は代理人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を「個人情報の取扱いについて」に記載のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。
 - (1) サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - (2) 居宅介護支援事業者等との連携
 - (3) 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
 - (4) 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
 - (5) 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合、高齢者虐待を発見し区市町村に通報等を行う場合等）
2. 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

第 12 第三者評価の実施状況

- ・実施の有無：無し

第 13 身分証携行義務

指定訪問リハビリテーション等を行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

第 14 その他運営に関する重要事項

- ・感染防止や多職種連携の促進のため ICT（情報通信技術）を活用することがあります。利用者等が参加するものについては、利用者等の同意を得た上で実施します。
- ・本説明書の概要については、施設内に掲示又は閲覧可能な形（ファイル等）で備え置きします。
- ・重要事項説明書等に係る利用者等への説明・同意等のうち、書面で行うものについて、電磁的記録（コンピュータで処理可能なデジタルデータ）にて行うこともあります。
- ・当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

令和 年 月 日

指定訪問リハビリテーション等の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

<事業者>

所在地 埼玉県さいたま市西区飯田新田9-1-1

名称 社会福祉法人 むつみ会 印

説明者 所属 訪問リハビリ 春陽苑

氏名 印

私は、本書面により事業者から指定訪問リハビリテーション等についての重要事項の説明を受け、同意しました。

<利用者>

住所 (〒)

氏名 印

<代理人>

住所 (〒)

氏名 印