

社会医療法人財団新和会 訪問リハビリテーションさとまち  
(指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーション)  
重要事項説明書

(令和6年6月1日より)

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定(指定介護予防)訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。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ください。

1. 事業者

法人名	社会医療法人財団新和会
所在地	安城市住吉二丁目2番7号
電話番号	0566-97-8111
FAX番号	0566-98-6191
代表者	理事長 空野 泰司

2. 事業所

事業所名	訪問リハビリテーションさとまち
所在地	安城市里町畑下62番地
電話番号	0566-96-3511
FAX番号	0566-96-3522
管理者	八田 誠
開設年月日	平成30年4月1日
指定事業所番号	2373102116

3. 事業の目的

計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下、「理学療法士等」という。)が、要介護状態(介護予防にあつては要支援状態)にある者の自宅を訪問し、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法のその他必要なりハビリテーションを行うことを目的とする。

#### 4. 運営の方針

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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法又は言語聴覚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、利用者の心身の機能の維持回復を図ることとする。

指定訪問リハビリテーションの提供にあたって、病状が安定期にあり、診察にもとづき実施される計画的な医学的管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要介護者とする。

指定介護予防訪問リハビリテーション事業の提供に当たっては、要支援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、利用者の居宅において、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、生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

関係市町村、居宅介護支援事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する事業者との密接な連携に努めるとともに、総合的なサービスの提供に努めることとする。

#### 5. 事業所の名称及び所在地

名称 訪問リハビリテーションさとまち

所在地 愛知県安城市里町畑下62番地

#### 6. 事業の職員の職種、員数、及び職務内容

職種	資格（又は役職）	常勤	備考
管理者	医師	1名	老健と兼務
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	理学療法士、作業療法士または言語聴覚士	1名以上	老健と兼務

##### (1) 管理者

管理者は、職員および業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、職員に運営に関する基準を遵守するよう指揮命令を行う。

##### (2) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

理学療法士等は、医師の指示・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）に基づき居宅を訪問し、利用者に対し居宅サービス（介護予防サービス）を行う。

## 7. 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から土曜日まで。

ただし、年末年始（12月31日から1月2日）を除く。

営業時間 午前8時45分から午後5時30分

窓口時間 午前8時45分から午後5時30分

## 8. 提供するサービスの内容

要介護者（介護予防にあつては要支援者）の心身の機能の回復を図るため、主治医の指示に基づき、療養上の目標と具体的なサービスの内容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）を作成するとともに、主要な事項について利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得て、当該計画を利用者に交付し、その計画に基づき自立した日常生活を営むことができるようサービスの提供に努める。

## 9. 通常の事業の実施地域

安城市、知立市

岡崎市西部（宇頭町、宇頭北町、宇頭南町、宇頭東町）、豊田市南部（駒場町、生駒町、高丘新町、高岡本町、若林西町、中根町、若林東町、吉原町、和合町、広美町、福受町、花園町）

## 10. 提供するサービスの利用料

この事業を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、指定訪問リハビリテーション（指定介護予防訪問リハビリテーション）が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

※訪問リハビリ処遇改善加算：所定単位数に1.5%を乗じた単位数を加算

※ 地域区分6等級(介護報酬1単位あたり10.33円)にて計算

基本報酬 訪問リハビリテーション費	1割	2割	3割
指定訪問リハビリテーション	308 単位/1 回 20分	616 単位/1 回 20分	924 単位/1 回 20分
指定介護予防訪問リハビリテーション	298 単位/1 回 20分	596 単位/1 回 20分	894 単位/1 回 20分

加算の種類	1割	2割	3割
(要介護) リハビリテーションマネジメント加算イ 医師の指示を受けた理学療法士等がリハビリを実施し、定期的に評価、計画の見直しを行うことを基本とする。また、3か月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、会議の内容を記録する。計画内容について理学療法士等より利用者またはご家族に説明し同意を得た上で、そのことについて医師に報告する。加えて、介護支援専門員・関係するサービス事業者・ご家族に対して、介護の助言・指導等を行う場合。	180 単位/月	360 単位/月	540 単位/月
(要介護) リハビリテーションマネジメント加算ロ イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画等の情報を厚生労働省に提出し、且つ必要な情報を有効に活用している場合。	213 単位/月	426 単位/月	639 単位/月
(要介護) 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	270 単位/月	540 単位/月	810 単位/月
(要介護・介護予防) 短期集中リハビリテーション実施加算 退院(所)日または認定日から起算して3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	200 単位/日	400 単位/日	600 単位/日

<p>(要介護)</p> <p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算</p> <p>認知症の診断を受け、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、医師または医師の指示を受けた理学療法士等が、集中的なりハビリテーションを行った場合</p>	240 単位/日	480 単位/日	720 単位/日
<p>(要介護・介護予防)</p> <p>口腔連携強化加算</p> <p>口腔の健康状態の評価を実施した場合において、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し評価結果を提供した場合</p>	50 単位/回	100 単位/回	150 単位/回
<p>(要介護・介護予防)</p> <p>退院時共同指導加算</p> <p>病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士等が、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、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合</p>	600 単位/回	1200 単位/回	1800 単位/回
<p>(要介護)</p> <p>移行支援加算</p> <p>評価対象期間中にリハビリテーション提供を終了の上、終了日から起算して14日以降44日以内に、当該終了者に対し電話等により指定通所介護等の実施状況を確認・記録、移行先の事業所へ当該利用者のリハビリテーション計画書を提供した場合。</p>	17 単位/日	34 単位/日	51 単位/日
<p>(要介護・介護予防)</p> <p>サービス提供体制強化加算（Ⅰ）</p> <p>勤続年数7年以上の理学療法士等が居る場合。</p>	6 単位/回	12 単位/回	18 単位/回
<p>(要介護・介護予防)</p> <p>サービス提供体制強化加算（Ⅱ）</p> <p>勤続年数3年以上の理学療法士等が居る場合。</p>	3 単位/回	6 単位/回	12 単位/回

(介護予防) 長期間利用適正化 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し利用者の状態の変化に応じてリハビリテーション計画を見直し、また利用者毎のリハビリテーション計画等の情報を厚生労働省に提出し、且つ必要な情報を有効に活用している場合。	減算なし		
(介護予防) 長期間利用適正化減算 利用開始日の属する月から起算し12月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行う場合。	△30 単位/回	△60 単位/回	△90 単位/回
(要介護・介護予防) 事業所医師が診察しない場合の減算 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。	△50 単位/回	△100 単位/回	△150 単位/回
(要介護・介護予防) 業務継続計画未実施減算 感染症や災害発生時の業務継続計画が未策定の場合	△所定単位数の1.0%		
(要介護・介護予防) 高齢者虐待防止措置未実施減算 虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	△所定単位数の1.0%		

※単位から利用料金を算出する計算方法

【例】 要介護（1割負担）の方で、訪問リハビリを毎週月曜40分、月4回利用、サービス提供体制強化加算、リハビリテーションマネジメント加算イ ありの場合

1. (308 単位+6 単位)×2 回=628 単位/日
2. 628 単位×4 日/月+180 単位 (リハビリテーションマネジメント加算イ) =2,692 単位
3. 2,692 単位×10.33 (地域区分) =27,808.36 円(円未満切捨て)
4. 自己負担1割の場合 27,808 円×0.1=2,780 円 (今回例の利用料)

11. 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交通費については、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、以下の額を徴収する。

区分（片道の距離）	交通費
実施地域を越えた時点から 5km 未満	300 円
実施地域を越えた時点から 5km 以上 10km 未満	500 円
実施地域を越えた時点から 10km 以上	1,000 円

12. 交通費の徴収に際しては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い利用者の同意を得る。

13. 緊急時における対応方法

サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合は、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、指示を求める。

14. 事故発生時の対応

当施設は事故が発生又は再発することを防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備します。
- (2) 事故が発生した時、又はそれに至る危険性がある事態が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。
- (3) 事故発生の防止のための委員会及び介護職員その他従業者に対する研修を定期的に行います。

## 15. その他運営に関する留意事項

- (1) 事業所は、職員の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備する。  
採用時研修 採用後 6 カ月以内  
継続研修 年 1 回
- (2) 職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- (3) 職員であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨を職員との雇用契約の内容とする。
- (4) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、運営委員会で協議し、理事会において定めるものとする。

## 16. 要望及び苦情の受付

### 【苦情申立窓口】

ご相談窓口

電話 0566-96-3511

利用時間 午前8時45分から午後5時30分

(日曜・年末年始を除く)

担当 副施設長 福部敦史

安城市役所高齢福祉課	電話 0566-76-1111
豊田市役所介護保険課	電話 0565-34-6634
岡崎市役所長寿課	電話 0564-23-6149
知立市役所長寿介護課	電話 0566-83-1111
愛知県国民健康保険団体連合会	電話 052-971-4165
愛知県介護保険審査会	電話 052-954-6288

## 17. 個人情報利用について

当事業所は、契約書第7条に基づき守秘義務を守ります。但し、サービス担当者会議等において、知り得た個人情報を提供する場合があります。

## 18. 改定履歴

平成30年4月1日	初版作成
令和元年10月1日	料金表改定（介護報酬改定による）
令和3年4月1日	料金表改定（介護報酬改定による）
令和6年6月1日	料金表改定（介護報酬改定による）

指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの提供開始に際し、利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

社会医療法人財団新和会 理事長 杵野 泰司

説明者 \_\_\_\_\_ (自署)

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定訪問リハビリテーションサービス及び指定介護予防訪問リハビリテーションサービスの開始に同意するとともに、個人情報に関する事項に同意しました。

利用者 住所

氏名 \_\_\_\_\_

(自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び利用者との続柄を記載)

代筆者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

保証人 住所

氏名 \_\_\_\_\_

## ご利用申込書（兼誓約書）

### 《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 年 月 日

社会医療法人財団新和会  
理事長 柰野 泰司 殿

このたび、介護老人保健施設さとまちを利用するにつきまして、下記事項を守りますことを、保証人と連帯で誓約します。

#### 記

1. 事業所利用の注意事項を守ります。
2. 諸費用は、所定の期日までに支払います。
3. 利用上の不慮の事故（転倒等による骨折・創傷、誤嚥、窒息等）、所有物の紛失や破損など、双方話し合いのもと対応し、また必要時に第三者機関へ報告されることを了承いたします。
4. 急な体調不良など緊急を要する際、救急搬送等、家族連絡が後になることを了承いたします。

以上

フリガナ 利用者氏名 女 )	( 男 ・ 年 月 日 歳	明治 ・ 大正 ・ 昭和
フリガナ 現住所 〒	電話 ( ) -	
フリガナ 保証人氏名 女 )	( 男 ・ 年齢 ( 歳)	続柄 ( )
フリガナ 現住所 〒	電話 ( ) -	

別紙 1

個人情報利用同意書および確認書

介護老人保健施設さとまちが、利用者及びご家族様の情報を訪問リハビリテーション利用契約第7条に基づき、その範囲内で利用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者 氏名 \_\_\_\_\_

(自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名および利用者との続柄を記載)

代筆者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

保証人 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

## 個別の確認項目について

訪問リハビリテーションの利用者様の個人情報保護に関し、以下の項目についてご希望をお伺いいたします。

尚、以下項目について、サービス利用中にご希望の変更がございましたら、申し出によりいつでも変更が可能です。

可	否	項目	備 考
		研修や学会等での利用者情報の提供	
		機関紙への氏名・写真の掲載	
		ホームページへの氏名・写真の掲載	

上記を希望いたします。