

**重 要 事 項 説 明 書**  
**( (介護予防) 訪問リハビリテーション )**

**医療法人三秋会**  
**介護老人保健施設やまゆり**

# 介護老人保健施設（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日現在>

## 1 事業者（法人）の概要

|         |  |
|---------|--|
| 名称・法人種別 | 医療法人 三秋会   |
| 代表者名    | 長澤 茂   |
| 所在地・連絡先 | (住所) 岩手県一関市中央町二丁目4番2号<br>(電話) 0191-21-0613<br>(FAX) 0191-21-0677 |

## 2 事業所（ご利用施設）

|         |   |
|---------|---|
| 施設の名称   | 介護老人保健施設やまゆり  |
| 所在地・連絡先 | (住所) 岩手県一関市千厩町千厩字宮敷45番地1<br>(電話) 0191-51-3303<br>(FAX) 0191-51-3305 |
| 事業所番号   | 0372700658  |
| 施設長の氏名  | 山田 昌彦   |
| 利用定員    | 80名（内、認知症専門棟30名）  |
| 療養室（居室） | 一般棟 個室 26室、2人室 12室<br>認知症専門棟 個室 4室、2人室 1室、4人室 6室                    |

## 3 施設の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

（介護予防）訪問リハビリテーションは、当施設の理学療法士、作業療法士等（以下「療法士等」という。）が、主治医の指示に基づき、要支援状態にある高齢者等（以下「利用者」という。）に適正な指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供することを目的とします。

### (2) 運営方針

- ア 当施設では、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居室において、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、心身の機能の維持回復を図るものとします。
- イ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

## 4 職員体制

### (1) 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

| 従業者の職種            | 人数   | 職務の内容  |
|-------------------|------|--|
| 医師                | 1名以上 | 利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。                          |
| 理学・作業療法士<br>言語聴覚士 | 1名以上 | 医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し、指導を行います。 |

※ 医師、理学・作業療法士・言語聴覚士については、兼務を含みます。

## 5 事業の実施地域

一関市（旧千厩町に限る。但し、他地域の方は相談に応じます。）

## 6 営業日

| 営業日    | 営業時間                               |
|--------|------------------------------------|
| 平日     | 8:30～17:30                         |
| 営業しない日 | 土曜日・日曜日・祝日・8月14日～8月16日・12月31日～1月3日 |

7 (介護予防) 訪問リハビリテーションサービスの内容及び費用

(1) サービス内容

- ・ (介護予防) 訪問リハビリテーション実施計画の立案
- ・ (介護予防) 訪問リハビリテーションの実施
- ・ その他

\*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

(2) 費用

(介護予防) 訪問リハビリテーションをご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる通常1割の自己負担分と保険給付対象外の費用を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は介護保険給付額の全額（下記料金表の利用料金×10）をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

当施設の利用者負担につきましては、下記以降をご参照下さい。

【料金表】

ア 保険給付の自己負担額

(介護予防) 訪問リハビリテーション費 (介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。)

なお、料金表には利用者負担が1割の方の負担金額を掲載しております。このため、2割負担の方は負担金額が2倍、3割負担の方は負担金額が3倍となりますのでご留意願います。

(1) 訪問リハビリテーション (要介護1・2・3・4・5)

|              |        |
|--------------|--------|
| 訪問リハビリテーション費 | 308円/回 |
|--------------|--------|

加算・減算料金

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| 中山間地域等における小規模事業所加算   | 指定訪問リハビリテーション事業所が中山間地域等にあり、1月当たりの延訪問回数が30回以下の事業所である場合  | 訪問リハビリテーション費の100分の10に相当する金額/回               |
| 短期集中リハビリテーション実施加算    | リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療のため、集中的なリハビリテーションを実施した場合   | 退院(所)日・認定日後<br>3月以内<br>200円/日               |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 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認知症患者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士等がリハビリテーションを集中的に行なった場合   | 退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に、1週間に2日を限度<br>240円/日 |
| リハビリテーションマネジメント加算(イ) | 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、医師が詳細なリハビリテーションの指示を行うことに加え、リハビリテーション会議の開催、訪問リハビリテーション計画の説明等を理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行った場合 | 180円/月                                      |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ) | リハビリテーションマネジメント加算(イ)に加え、リハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出し、提出情報及びフィードバックした情報を活用することによってケアの質の向上を図った場合   | 213円/月                                      |

|                 |   |                     |
|-----------------|---|---------------------|
|                 | 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・同意を得た場合                            | 上記の加算に加えて<br>270円/月 |
| 口腔連携強化加算        | 利用者の口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供を行った場合                             | 50円/月               |
| 退院時共同指導加算       | 病院等から退院するに当たり、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、初回の訪問リハビリテーションを行った場合 | 退院時1回を限度<br>600円/回  |
| 診療未実施減算         | 事業所の医師が訪問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円/回              |
| 移行支援加算          | リハビリテーションを行い、利用者が通所介護等へ移行した場合   | 17円/日               |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者がいる場合                      | 6円/回                |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数3年以上の者がいる場合                      | 3円/回                |

(2) 介護予防訪問リハビリテーション (要支援1・2)

|                  |        |
|------------------|--------|
| 介護予防訪問リハビリテーション費 | 298円/回 |
|------------------|--------|

加算・減算料金

|                                     |  |                                   |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 中山間地域等における小規模事業所加算                  | 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所が中山間地域等にあり、1月当たりの延訪問回数が10回以下の事業所である場合  | 介護予防訪問リハビリテーション費の100分の10に相当する金額/回 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算                   | リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療のため、集中的なりハビリテーションを実施した場合   | 退院・退所・認定日後<br>3ヶ月以内<br>200円/日     |
| 口腔連携強化加算                            | 利用者の口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供を行った場合  | 50円/月                             |
| 退院時共同指導加算                           | 病院等から退院するに当たり、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、初回の通所リハビリテーションを行った場合  | 退院時1回を限度<br>600円/回                |
| 診療未実施減算                             | 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円/回                            |
| 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 | 介護予防訪問リハビリテーションを12ヶ月を超えて利用した場合。ただし、3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、医師及び他職種が共同し、継続的にリハビリテーション計画を見直し、その情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けた情報を活用することによってケアの | -30円/回                            |

|                   |  |      |
|-------------------|--|------|
|                   | 質の向上を図った場合、減算されません。                                    |      |
| サービス提供体制強化加算 (I)  | 訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者がいる場合 | 6円/回 |
| サービス提供体制強化加算 (II) | 訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数3年以上の者がいる場合 | 3円/回 |

### (3) サービス内容及び費用の変更

サービス内容及び費用が変更となる場合、変更後の重要事項説明書、または利用サービス内容変更説明書により、その内容をご説明し、同意を得ることとします。

## 8 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに「7 (介護予防) 訪問リハビリテーションサービスの内容及び費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料請求書により、利用者及び代理人 (身元引受人) が指定する送付先に対し請求いたしますので、毎月月末までに現金、口座引落または下記口座に振込送金してお支払いください。入金確認後、領収証を発行、送付いたします。

振込先 一関信用金庫 山目支店

普通預金 口座番号 1137147

口座名義 医療法人三秋会 介護老人保健施設やまゆり 理事長 長澤 茂

## 9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

### (1) 当施設における苦情等相談窓口

|            |  |
|------------|--|
| 当施設お客様相談窓口 | 対応責任者 施設長 山田 昌彦<br>窓口責任者 支援相談員 蜂谷 暁<br>ご利用時間 8:30~17:30<br>ご利用方法 電話 (0191-51-3303)<br>ご意見箱 (会議室前に設置) |
|------------|--|

### (2) 当施設以外の苦情等相談窓口

|                         |   |  |
|-------------------------|---|--|
| 岩手県国民健康保険団体連合会<br>保健介護課 | 所在地 盛岡市大沢川原三丁目7番30号<br>電話 019-604-6700<br>FAX 019-604-6701<br>受付 9:00~17:00<br>(土曜、日曜、祝祭日、12/29~1/3は除く) |  |
| 保<br>険<br>者             | 一関地区広域行政組合<br>介護保険課   | 所在地 一関市竹山町7番2号<br>電話 0191-31-3223<br>受付 8:30~17:15<br>(土曜、日曜、祝祭日、12/29~1/3は除く) |
|                         | 上記以外  | 所在地の各市町村介護保険担当課<br>(介護保険の相談苦情窓口)   |

## 10 事故発生時・緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合または事故が発生した場合は、速やかに協力医療機関または協力歯科医療機関、他の専門的機関、緊急時連絡先 (ご家族等) へ連絡をします。

また、サービスの提供にあたって、賠償すべき事故が発生した場合は、契約書第16条により、その損害を賠償します。

## 11 協力医療機関等

|      |                  |                                  |
|------|------------------|----------------------------------|
| 医療機関 | 病院名<br>及び<br>所在地 | 岩手県立千厩病院<br>岩手県一関市千厩町千厩字草井沢32番地1 |
|------|------------------|----------------------------------|

|    |                  |   |
|----|------------------|---|
|    | 電話番号             | 0191-53-2101  |
|    | 診療科              | 内科（総合診療内科）・消化器内科・循環器内科・小児科・外科（総合診療外科）・整形外科・泌尿器科・脳神経外科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・呼吸器内科・皮膚科・血液内科 |
|    | 入院設備             | 有   |
| 歯科 | 病院名<br>及び<br>所在地 | 一関市国民健康保険千厩歯科診療所<br>岩手県一関市千厩町小梨字大久保1番地1   |
|    | 電話番号             | 0191-53-2535  |
|    | 病院名<br>及び<br>所在地 | 畠山歯科医院<br>岩手県一関市千厩町千厩字構井田64-13  |
|    | 電話番号             | 0191-52-2250  |

## 12 秘密保持・個人情報保護

事業者、従業者は当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者及び代理人（身元引受人）、利用者の家族の秘密・個人情報を保護します。但し、介護サービス上必要ある場合（別紙「個人情報の利用目的」の範囲内）については、利用者及び代理人（身元引受人）、利用者の家族の情報を使用します。

## 13 利用者様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、健康保険証を提出してください。また、介護保険負担限度額認定証を受けている場合には併せて提出してください。

その他、必要に応じて、各種書類等提出を求める場合があります。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)訪問リハビリテーションサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 住所 岩手県一関市千厩町千厩字宮敷45番1  
事業者(法人)名 医療法人 三秋会  
事業所名 介護老人保健施設やまゆり

説明者 職名  
氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)訪問リハビリテーションサービス内容及び重要事項の説明を受け、(介護予防)訪問リハビリテーションサービスに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所  
氏名 印

代理人(選任した場合) 住所  
氏名 印

連帯保証人 住所  
氏名 印

【本契約書第11条の請求書・明細及び領収書の送付先】

|             |        |     |
|-------------|--------|-----|
| 請求書及び領収書送付先 | 氏名(続柄) | ( ) |
|             | 住所     |     |
|             | 電話番号   | ( ) |

【緊急時の連絡先】

|             |        |     |
|-------------|--------|-----|
| 緊急時連絡先(家族等) | 氏名(続柄) | ( ) |
|             | 住所     |     |
|             | 電話番号   | ( ) |