

指定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 8 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 徳洲会
代 表 者 名	東上 震一
所在地・連絡先	(住 所) 大阪府大阪市北区梅田一丁目 3 番 1-1200 号 (電 話) 06-6346-2888 (F A X) 06-6346-2889

2 事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事 業 所 名	訪問リハビリテーション あいの郷
所在地・連絡先	(住 所) 埼玉県羽生市桑崎 196-1 (電 話) 048-562-3100 (F A X) 048-563-5700
事 業 所 番 号	(埼玉県 1153980030 号)
管理者の氏名	馬場 俊暁
通常の事業の実施地域	羽生市、旧加須市、行田市 ※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時まで
営業日	月曜日～土曜日 年末年始(12/31～1/3)は除く

(2) 事業所の職員体制

医師	1 名
理学療法士	1 名以上
作業療法士	1 名以上
言語聴覚士	1 名以上

(3) サービス提供時間

平日	9:00～17:00
土・祝日	9:00～17:00

3 サービス内容

- (1) 利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう生活機能の維持又は向上をめざし、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なう。

4 利用料、その他の費用の額

(1) 訪問リハビリテーション利用料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の 1 割または 2 割・3 割の額です。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。

※地域区分 1 単位当たりの単価 10.33 円(6 級地)

※利用者の負担割合は、市区町村から交付される負担割合証でご確認ください

1 回あたりの 所要時間	単位数／回	費用額 (10 割)	利用者負担		
			1 割	2 割	3 割
20 分	308 単位	3,181 円	319 円	637 円	955 円

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

※地域区分別 1 単位当たりの単価 10.33 円(6 級地)

①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	基本 利用料	費用額 (10割)	利用者負担		
				1割	2割	3割
短期集中リハビリテーション実施加算	退院もしくは老人保健施設等の長期入所後の退所日から3ヵ月以内にサービスを提供した場合	200単位/日	2,066円	207円	414円	620円
認知症短期集中リハビリテーション加算	認知症であると医師が判断し、リハビリによって生活機能の改善が見込まれると判断された場合。 退院日又は訪問開始日から3ヵ月以内(1週に2日を限度に算定)	240単位/日	2,479円	248円	496円	744円
退院時共同指導加算	訪問リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合	600単位/回	6,198円	620円	1240円	1,860円

②加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	単位数	費用額 (10割)	利用者負担		
				1割	2割	3割
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	リハビリ会議を開催し、利用者の情報を構成員と共有し、リハビリ専門職がリハビリ計画書の内容を説明、同意を得ると共に医師に報告する事で算定する加算。	180単位/月	1,859円	186円	372円	558円
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、リハビリ計画書等の情報を厚生労働省に提出しフィードバック情報を活用した場合。	213単位/月	2,200円	220円	440円	660円
事業所の医師が利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 ※リハマネ加算(イ)又は(ロ)に加え算定。		270単位/月	2,789円	279円	558円	837円
訪問リハビリテーション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利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士のうち勤続年数が7年以上の者が1名以上いる場合	6単位/回	61円	7円	13円	19円
移行支援加算	リハビリにより、利用者の社会参加等を支援した場合	17単位/日	175円	18円	35円	53円
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合	50単位/回	516円	52円	104円	155円
処遇改善加算	訪問リハビリ職員の賃金改善等を実施し、加算のキャリアパス要件ⅠⅡ及び職場環境等要件、ケアプランデータ連携システム等を満たす場合	1月につき総単位数の1.5%				

(2) 介護予防訪問リハビリテーション料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の1割または2割・3割の額です。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。 ※地域区分1単位当たりの単価 10.33 円(6 級地)

※利用者の負担割合は、市区町村から交付される負担割合証でご確認ください。

1 回あたりの 所要時間	単位数/回	費用額 (10 割)	利用者負担		
			1 割	2 割	3 割
20 分	298 単位	3,078 円	308 円	616 円	924 円

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

※地域区分別1単位当たりの単価 10.33 円(6 級地)

①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	基本 利用料	費用額 (10 割)	利用者負担		
				1 割	2 割	3 割
短期集中リハビリテーション実施加算	退院もしくは老人保健施設等の長期入所後の退所日から3ヵ月以内にサービスを提供した場合	200 単位/日	2,066 円	207 円	414 円	620 円
退院時共同指導加算	訪問リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合	600 単位/回	6,198 円	620 円	1240 円	1,860 円

②加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	単位数	費用額 (10 割)	利用者負担		
				1 割	2 割	3 割
訪問リハビリテーション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利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士のうち勤続年数が7年以上の者が1名以上いる場合	6 単位/回	61 円	7 円	13 円	19 円
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合	50 単位/回	516 円	52 円	104 円	155 円
処遇改善加算	訪問リハビリ職員の賃金改善等を実施し、加算のキャリアパス要件ⅠⅡ及び職場環境等要件、ケアプランデータ連携システム等を満たす場合	1 月につき総単位数の 1.5%				

(3) 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かかる診療を行わなかった場合 1 回当たり、50 単位に相当する金額が減算されます。その場合、指示を出す主治医が適切な研修を修了していることが必要になります。

利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションの提供を行った場合、所定単位数から 1 回につき 30 単位が減算となります。

(4) 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、サービス提供従業者が訪問するための交通費の実費をご負担いただきます。なお、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1 キロメートル当たり 15 円を請求します。

(5) キャンセル料（介護予防を除く）

急なキャンセルの場合は、次の料金をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

サービス利用の前日 18：00 までにご連絡をいただいた場合	無料
サービス利用の前日 18：00 以降のご連絡の場合	利用者負担金の 100%

※電話受付は(月)～(土)8：00～18：00、(日)8：30～17：00 での対応となります。

上記時間外は、電話はつながりません。

(6) その他

- ① 利用者の居宅でサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担となります。
- ② 計画に位置付けられた公共交通機関等利用練習の際のサービス提供従業者の交通費や調理実習等での材料費は、実費相当を請求します。

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月中旬以降に利用者あてにお届け又はご郵送いたします。

(2) 支払い方法等

- ① 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。
 - ・利用者が指定する口座からの自動振替
 - ・現金払い
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください。
(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります)

6 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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、適切な取扱いに努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	病 院 名	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時 (家族等) 連絡先	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電 話 番 号	

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

9 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。
- ・ 苦情又は相談があった場合は、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ます。
 - ・ 苦情受付担当者は、把握した状況について検討を行います。必要があると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行い、検討結果から時下の対応を決定いたします。
 - ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡いたします)

(2) 苦情相談窓口

当事業所のサービスに関するご相談・苦情を承ります。

訪問リハビリテーションあいの郷 苦情受付窓口	窓口責任者	五十嵐 志織
	苦情 受付曜日	月曜日から土曜日
	苦情 受付時間	8時30分～17時
	電 話	048-562-3100

又は、当事業所以外に、市町村の相談、苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会に苦情を伝えることができます。

埼玉県国民健康保険団体連合会(介護福祉課)	TEL 048-824-2568
羽生市役所(高齢介護課介護保険係)	TEL 048-561-1121
行田市役所(高齢者福祉課介護保険担当)	TEL 048-556-1111
加須市役所(高齢者介護課)	TEL 0480-62-1111
_____市役所(_____)	TEL _____

10 高齢者虐待防止について

当事業所は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のために、以下に掲げる通りの必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関して、担当者を選定します。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対して虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

当事業所従業者又は居宅サービス事業者、及び介護者等による虐待が疑われる場合には、速やかに市町村へ通報します。

11 非常災害時の対策について

災害や感染症など不慮の事態を想定した防災計画を作成し、常に安全点検及び迅速に対応できるよう、避難訓練等行うことでサービスが継続して提供できるように努めます。

12 衛生管理・感染症予防について

感染防止等に関する会議において指針を作成し、研修の参加や訓練を実施して感染症の予防及び蔓延防止に努めます。

13 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 金品や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) サービス提供従業者の交代を希望される場合には、できる限り対応いたしますので、前記苦情相談窓口までご相談ください。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 初回利用および介護保険証の更新や変更があった時には、内容確認のため、複写を頂きます。

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]の提供開始に当たり、利用者
に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	名 称	医療法人 徳洲会
	住 所	大阪府大阪市北区梅田一丁目 3 番 1-1200 号
	理事長	東上 震一

事 業 所	訪問リハビリテーションあいの郷
-------	-----------------

説 明 者	氏 名 _____
-------	-----------

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

年 月 日

利用者	住 所 _____
-----	-----------

氏 名 _____

代理人	住 所 _____
-----	-----------

氏 名 _____	【続柄 _____】
-----------	------------