

# 重要事項説明書

- 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

2024年6月1日

医療法人嘉誠会

介護老人保健施設ヴァンサンク

## 重要事項説明書

### （訪問リハビリテーションサービス・介護予防訪問リハビリテーションサービス）

あなたに対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第83条、第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

#### 1. 事業者概要

|            |   |
|------------|---|
| 事業者名称      | 医療法人 嘉誠会  |
| 主たる事業所の所在地 | 大阪府大阪市東住吉区湯里2丁目5番11号  |
| 法人種別       | 医療法人  |
| 代表者名       | 理事長 山本 嘉治   |
| 設立年月日      | 平成10年1月1日   |
| 電話番号       | 06-6704-2982  |
| ファクシミリ番号   | 06-6704-2981  |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.kaseikai.or.jp">http://www.kaseikai.or.jp</a> |

#### 2. ご利用事業所

|              |  |
|--------------|--|
| ご利用事業所の名称    | 介護老人保健施設 ヴァンサンク                          |
| 事業所番号        | 2750880037                               |
| 所在地          | 大阪府大阪市東住吉区湯里2丁目12番26号                    |
| 電話番号         | 06-6704-3511                             |
| ファクシミリ番号     | 06-6704-3611                             |
| 開設年月日        | 令和2年6月1日                                 |
| 管理者の名前       | 施設長 永井 裕司                                |
| サービス提供地域     | 大阪市東住吉区                                  |
| 実施しているその他の事業 | 介護老人保健施設、（予防）短期入所療養介護<br>（予防）通所リハビリテーション |

#### 3. 事業の目的と営業方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要介護状態〔要支援状態〕にある利用者に対して、適切な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〕を提供することを目的とする。   |
| 運営の方針 | 指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要介護状態の利用者に、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、言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより心身機能の維持回復を図る。<br>指定介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要支援 状態の利用者に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、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他 必要なりハビリテーションを行うことにより、要支援者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 |

#### 4. ご利用事業所の職員体制と職務

| 従業員の職種   | 員数   | 勤務の体制                              |
|--|------|------------------------------------|
| 理学療法士  | 1人以上 | 常勤・兼務1名以上<br>勤務時間（午前8時45分～午後5時30分） |
| 作業療法士  | 1人以上 | 常勤・兼務1名以上<br>勤務時間（午前8時45分～午後5時30分） |
| 言語聴覚士  | 1人以上 | 常勤・兼務1名以上<br>勤務時間（午前8時45分～午後5時30分） |
| 職務   |      |                                    |
| 理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士は、医師の指示及び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、利用者の心身の維持回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行います。 |      |                                    |

#### 5. 営業時間

|      |   |
|------|---|
| 営業日  | 月曜日から金曜日<br>（ただし、国民の祝日、12月29日から翌年1月3日までを除きます） |
| 営業時間 | 午前9時00分から午後5時00分                              |

#### 6. 提供するサービス内容

計画的な医学的管理を行っている主治医の指示に基づき、心身の機能回復を図るため、リハビリテーションの目標と具体的なサービス内容を記載した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〕計画書を作成するとともに、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〕計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導又は説明を行うとともに、適切なりハビリテーションを提供します。

#### 7. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（利用料1割又は2割が自己負担）
- (2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）
- (3) その他費用（全額自己負担）があります。

##### ①介護保険の適用を受けるサービス

※利用料金の計算上、端数処置の関係により円単位で若干の変動があります。

| 訪問リハビリテーション |      |          |         |      |
|-------------|------|----------|---------|------|
|             | 介護度  | 利用料      | ご負担額の負担 |      |
|             |      |          | 1割負担    | 2割負担 |
| 老健          | 要介護1 | 3,352円/回 | 336円    | 671円 |
|             | 要介護2 |          |         |      |
|             | 要介護3 |          |         |      |
|             | 要介護4 |          |         |      |
|             | 要介護5 |          |         |      |

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（老健）

| 加算項目                                   | 利用料  | ご負担額の負担 |          |
|--|--|---------|----------|
|  |  | 1割負担    | 2割負担     |
| 短期集中リハビリテーション実施加算<br>（退所日又は認定日から3ヶ月以内） | 2,176円/月   | 218円    | 436円     |
| 訪問リハマネジメント加算 イ                         | 1,959円/月   | 196円    | 392円     |
| 訪問リハマネジメント加算 ロ                         | 2,318円/月   | 232円    | 464円     |
| 事業所の医師が利用者等にリハビリ計画等を説明し利用者等の同意を得た場合    | 2,938円/月   | 294円    | 588円     |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算                   | 2,612円/日   | 262円    | 523円     |
| 口腔連携強化加算                               | 544円/月   | 55円/月   | 109円/月   |
| 退院時共同指導加算                              | 6,528円/回   | 653円/回  | 1,306円/回 |
| 訪問リハ計画診療未実施減算                          | ▲544円/回  | 55円     | 109円     |
| 訪問リハ移行支援加算                             | 185円/日   | 19円     | 37円      |
| 訪問リハサービス提供体制加算Ⅰ                        | 66円/回  | 7円      | 14円      |
| 新型コロナウイルス感染症へ対応                        | 1000分の1  | —       | —        |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算                         | 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、 <b>所定単位数の100分の1に相当する単位数</b> を所定単位数から減算する。 |         |          |
| 事業継続計画未策定減算<br>【令和7年4月1日から適用】          | 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、 <b>所定単位数の100分の1に相当する単位数</b> を所定単位数から減算する。    |         |          |

| 介護予防訪問リハビリテーション                          |          |         |        |
|--|----------|---------|--------|
| 介護度                                      | 利用料      | ご負担額の負担 |        |
|  |          | 1割負担    | 2割負担   |
| 要支援1                                     | 3,243円/回 | 325円    | 649円   |
| 要支援2                                     |          |         |        |
| 加算項目                                     | 利用料      | ご負担額の負担 |        |
|  |          | 1割負担    | 2割負担   |
| 予防短期集中リハビリテーション実施加算<br>（退所日又は認定日から3ヶ月以内） | 2,176円/月 | 218円    | 436円   |
| 予防訪問リハ計画診療未実施加算                          | ▲544円/回  | ▲55円    | ▲109円  |
| 予防訪問リハ事業所評価加算                            | 1,306円/月 | 131円    | 262円   |
| 予防訪問リハサービス提供体制加算Ⅰ                        | 66円/回    | 7円      | 14円    |
| 予防訪問リハ12月超減算                             | ▲55円     | ▲6円     | ▲11円   |
| 口腔衛生管理体制加算（月に1回限り）                       | 544円/回   | 55円/回   | 109円/回 |

※退院時共同指導加算・高齢者虐待防止措置未実施減算・事業継続計画未策定減算は訪問リハビリテーションと同じ

| <b>加算項目</b>                                    |   |
|--|---|
| <p>短期集中リハビリテーション実施加算<br/>（退所日又は認定日から3ヶ月以内）</p> | <p>短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力(起居、歩行、発話等を行う能力をいう。以下同じ。)及び応用的動作能力(運搬、トイレ、掃除、洗濯、コミュニケーション等を行うに当たり基本的動作を組み合わせて行う能力をいう。以下同じ。)を向上させ、身体機能の回復するための集中的なリハビリテーションを実施するものであること。「リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上実施するもの。本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。</p>   |
| <p>訪問リハマネジメント加算（イ）</p>                         | <p>①リハビリテーション計画について、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がご利用者またはそのご家族に説明を行い、同意を得て、その内容等を医師に報告すること</p> <p>②リハビリテーションの内容や目標を、リハビリテーション事業所の職員、その他関係者と共有するためのリハビリテーション会議を行い、内容の記録を行うこと。（医師への共有はテレビ電話でも可）</p> <p>③3か月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、計画を適宜見直していること</p> <p>④理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、ケアマネジャーに対して、リハの観点から有する能力、自立のための支援方法、日常生活の留意点等の情報を提供すること</p> <p>⑤理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、ご利用者の自宅等を訪問し、ご利用者が利用する他の介護サービスの職員またはご家族に対して、リハの観点から日常生活の留意点、介護のアドバイス等を行うこと</p> <p>⑥医師から理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に対して、リハの目的とリハ実施に伴う指示があること（開始前・リハ中の注意点、リハ中止の基準、ご利用者にかかる負荷）</p> <p>⑦以上に関し、記録を残すこと。</p> |
| <p>訪問リハマネジメント加算（ロ）</p>                         | <p>「訪問リハマネジメント加算A1」の要件に加えて、以下を満たすこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者毎の訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハの提供に当たって、当該情報その他リハの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用（LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用）</li> <li>・リハビリテーション計画書の項目について、LIFEへデータ提供する場合の必須項目と任意項目を設定</li> </ul>  |

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（老健）

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 事業所の医師が利用者等にリハビリ計画等を説明し利用者等の同意を得た場合 | <ul style="list-style-type: none"> <li>「訪問リハマネジメント加算A1」の②・③・④・⑤・⑥・⑦の要件をすべて満たすこと</li> <li>リハビリテーション計画について、医師からご利用者またはそのご家族に説明を行い、同意を得ること</li> </ul>  |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算                | <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症であると医師が判断した者であって、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者に対して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加算します。</li> </ul>                   |
| 訪問リハ移行支援加算                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>評価対象期間中にリハビリテーションの提供終了日から起算して14日～44日以内に、リハビリテーション終了者に対して電話等により通所介護等の実施状況を確認し記録すること。</li> <li>リハビリテーション終了者が通所介護等の事業所に移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。</li> </ul> |
| 訪問リハサービス提供体制加算Ⅰ                     | 利用者に直接サービス提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続7年以上の者が1人以上いること  |

| 加算項目（予防）          |  |
|-------------------|--|
| 予防訪問リハ事業所評価加算     | 要支援者の利用実人数が10名以上であって、利用者実人数の60%以上にリハビリテーションマネジメント加算を算定している場合、前年（1月～12月）の期間において、リハビリマネジメント加算を3ヶ月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率が70%以上となった場合に加算します。 |
| 予防訪問リハサービス提供体制加算Ⅰ | 利用者に直接サービス提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続7年以上の者が1人以上いること   |
| 予防訪問リハ12ヶ月超減算     | 利用開始月から12ヶ月超の利用の場合に減算します。  |
| 口腔衛生管理体制加算        | 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に加算します。  |

| 減算項目                          |  |
|-------------------------------|--|
| 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（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合に減算します。 |
| 事業継続計画未策定減算<br>【令和7年4月1日から適用】 | 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供が提供できる体制を構築するための事業継続計画が策定されていない場合に減算します。                            |
| （予防）訪問リハ計画診療未実施減算             | 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に減算します。   |

(1) 介護保険の適用を受けないサービス

介護保険の支給限度額を超えるサービスの利用料は利用者の全額自己負担となります。

(2) その他の費用

① 診断書や証明書等を発行する場合には、以下の文書料を徴収します。

診断書 1通につき 3,300円（医師の専門的判断に基づき記載するもの）

証明書 1通につき 1,100円

② 外出や小旅行、公共交通機関の乗降や観劇、調理等の伴うリハビリテーションを行った場合に必要となる旅費、入場料、食材料費当の実費費用

(3) キャンセル料

キャンセルした場合には以下のとおりキャンセル料をいただきます。

12時間前までのキャンセル：無料

12時間前までにご連絡のないキャンセル：1提供あたりの料金の50%

(4) 利用料等の支払い方法

毎月10日までに、「7 利用料」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明細書によりご請求いたしますので、毎月20日までに下記口座にお振り込みいただくか、介護老人保健施設 ヴァンサンク1階受付窓口へ現金にて、お支払いください。ご入金確認後、領収書を発行いたします。

|        |               |
|--------|---------------|
| お振り込み先 |               |
| ゆうちょ銀行 | 記号 14170      |
|        | 番号 82068661   |
|        | 名義 医療法人嘉誠会-RK |

8. 苦情申立窓口

|              |       |                |      |          |
|--------------|-------|----------------|------|----------|
| 当事業所<br>相談窓口 | 窓口担当者 | 支援相談員          |      |          |
|              | ご利用時間 | 午前9時00分午後5時00分 |      |          |
|              | ご利用方法 | 電話06-6704-3511 |      |          |
|              | 面接    | お気軽にご相談ください    | ご意見箱 | 1階玄関前に設置 |

|                                   |       |                       |
|-----------------------------------|-------|-----------------------|
| 市町村の相談窓口                          | 所在地   | 大阪府中央区船場中央3丁目1番7号-331 |
| 大阪市福祉局<br>高齢者施策部介護保険課<br>指定指導グループ | 電話番号  | 06-6241-6310          |
|                                   | F A X | 06-6241-6608          |
|                                   | ご利用時間 | 午前9時00分～午後5時30分       |

|             |       |                  |
|-------------|-------|------------------|
| 公的団体の相談窓口   | 所在地   | 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 |
| 大阪府国民健康保険団体 | 電話番号  | 06-6949-5418     |
|             | F A X | 06-6949-5417     |

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（老健）

|                        |       |                    |
|------------------------|-------|--------------------|
| 連合会                    | ご利用時間 | 午前9時00分～午後5時00分    |
| 東住吉区の相談窓口              | 所在地   | 大阪市東住吉区東田辺1丁目13番4号 |
| 東住吉区健康福祉<br>サービス課介護保険係 | 電話番号  | 06-4399-9859       |
|                        | F A X | 06-6622-9999       |
|                        | ご利用時間 | 午前9時00分～午後5時30分    |

【大阪市東住吉区以外の窓口】（お住まいの区役所が窓口となります）

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 北 区 ▶電話 06-6313-9859  | 東淀川区 ▶電話 06-4809-9859 |
| 都島区 ▶電話 06-6882-9859  | 東成区 ▶電話 06-6977-9859  |
| 福島区 ▶電話 06-6464-9859  | 生野区 ▶電話 06-6715-9859  |
| 此花区 ▶電話 06-6466-9859  | 旭 区 ▶電話 06-6957-9859  |
| 中央区 ▶電話 06-6267-9859  | 城東区 ▶電話 06-6930-9859  |
| 西 区 ▶電話 06-6532-9859  | 鶴見区 ▶電話 06-6915-9859  |
| 港 区 ▶電話 06-6576-9859  | 阿倍野区 ▶電話 06-6622-9859 |
| 大正区 ▶電話 06-4394-9859  | 住ノ江区 ▶電話 06-6682-9859 |
| 天王寺区 ▶電話 06-6774-9859 | 住吉区 ▶電話 06-6694-9859  |
| 浪速区 ▶電話 06-6647-9859  | 西淀川区 ▶電話 06-6478-9859 |
| 平野区 ▶電話 06-4302-9859  | 淀川区 ▶電話 06-6308-9859  |
| 西成区 ▶電話 06-6659-9859  |                       |

9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

|             |        |  |
|-------------|--------|--|
| 利用者の<br>主治医 | 医療機関名  |  |
|             | 主治医の氏名 |  |
|             | 所在地    |  |
|             | 電話番号   | — —  |
| 緊急連絡先<br>※  | 氏名     | 続柄（ ）  |
|             | 住所     |  |
|             | 連絡先1   | — — （自宅・携帯）                                      |
|             | 連絡先2   | （連絡先1で繋がらない場合）<br>— — （自宅・携帯・職場）<br>（職場であれば名称： ） |

※こちらにご記入いただいた緊急連絡先のご本人には、連絡がくるかも知れない旨を予めお伝えください。



## 10. 損害賠償保険へ加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- ・加入保険会社名 あいおい損保株式会社
- ・保険の内容 賠償責任保険
- ・保障の概要 被保険者が保険期間中に発生した他人の身体の障害、または財物の滅失、破損もしくは汚損について、法律上の損害賠償責任を補償する。

## 11. 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 施設長 永井 裕司

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 虐待等に対する苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 12. サービスの利用にあたっての禁止行為について

当事業所は、利用者又はご家族から従業員に対する以下の行為が明らかとなった場合には、利用契約を終了することがあります。

- (1) 従業員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- (3) 従業員の身体及び財物の損傷、又は破壊する行為。

【禁止行為の具体的な例】 (疾病等に起因するものを除く)

暴力又は乱暴な言動

- ・物を投げる
- ・刃物に向ける、服を引っ張る又は引きちぎる、手を払いのける
- ・怒鳴る、奇声、大声を発する など

セクシャルハラスメント

- ・従業員の身体を触る、手を握る
- ・腕を引っ張るなどして抱きしめる
- ・女性のヌード写真を見せる など

その他

- ・従業員の自宅住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為 など

〔重要事項説明書署名欄〕

（乙） 当時業者は、甲1に対する訪問リハビリテーションサービス（介護予防訪問リハビリテーションサービス）の提供開始に当たり、（甲1）（甲2）に対して重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

（乙） 居宅サービス事業所

主たる事務所所在地 大阪市東住吉区湯里2丁目12番26号

医療法人 嘉誠会

名称 介護老人保健施設 ヴァンサンク 印

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

（甲） 私は、重要事項説明書に基づいて、乙から重要事項の説明を受けました。

（甲1） 利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（甲2） 利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

〔利用料支払方法〕

（甲） 私は次の方法で利用料をお支払いします。

介護老人保健施設 ヴァンサンク 1階受付窓口にて現金支払い

支払い期日：毎月20日まで

振込

ゆうちょ銀行 記号： 14170 番号： 82068661

座名義： 医療法人嘉誠会-RK

支払い期日： 毎月20日まで

※振込手数料はお客様負担となります。

その他 ( )

〔請求書送付先〕

利用者住所  利用者家族住所  その他

その他の場合 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

〔立会人〕

私は ( ) として、この契約に立ち会いました。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印