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８年６月１日現在＞

１　法人の概要

名称・法人種別	医療法人社団　佑樹会
代表者名	理事長　　福地　佑樹
所在地・連絡先	（住所）東京都昭島市中神町１３４５番１ （電話）０４２－５４９－０７０７ （FAX）０４２－５４９－１２３１

２　事業所の概要

（１）事業所名及び事業所番号

事業所名	医療法人社団　佑樹会　介護老人保健施設　ひまわりの里
所在地・連絡先	（住所）神奈川県秦野市西大竹９１４番地の１ （電話）０４６３－８５－５０１１ ０４６３－８５－１２３１ （FAX）０４６３－８５－５２３２
事業所番号	１４５２８８００５２
管理者	施設長　佐野　新一郎
サービスの種類	訪問リハビリテーション（介護予防含む）

３　事業の目的及び運営方針

（１）施設の目的

指定訪問リハビリテーション・介護予防リハビリテーション（以下、「指定訪問リハビリテーション」という。）は利用者に対し、介護保険法の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的として指定訪問リハビリテーションを提供します。

（２）運営方針

介護老人保健施設ひまわりの里では、法人の基本理念である「希望と生きがいのある医療福祉の創造」に基づき、利用者と家族のニーズの把握と地域のあらゆる社会資源の連携強化に努め、利用者が明るい雰囲気の中いきいきとした療養生活を送る事ができる施設を目指します。

また、高齢者ケアを担う中核施設として、多職種の連携を図った利用者への総合的ケアを提供し、利用者の生活復帰を目指します。

4　事業の概要

（1）職員の体制

従業者の職種	人数	区分		業務の内容
	（人）	常勤（人）	非常勤（人）	
医師	2	1	1	介護老人保健施設管理者・医師兼務
理学療法士 作業療法士	2	0	2	介護老人保健施設職兼務

（3） 事業の実施地域

事業の実施地域	秦野市、中井町、二宮町、平塚市、小田原市

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

（4） 営業日

営業日	営業時間
月曜日～土曜日	９：００　～　１７：３０

営業しない日	日曜日・年末年始（１２月３１日～１月３日）

5　指定訪問リハビリテーションのサービス内容

医療法人社団佑樹会 介護老人保健施設ひまわりの里 訪問リハビリテーションは、介護保険法令の趣旨に従って、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、リハビリテーション職員が利用者の自宅を訪問し、身体面では関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

① 当該サービスの提供にあたり、状態の悪化防止・軽減に努め、適切なサービスを提供します。
② サービス内容はわかりやすく説明を行い、サービスを提供します。不明な点については、サービス担当者もしくは問い合わせ窓口までご連絡ください。
③ 当該サービス提供は、指示書をもとにリハビリテーション実施計画書を作成し個々にリハビリテーションを提供します。
④ 訪問リハビリテーションの実施については、医師による指示に従い、訪問リハビリテーション記録への記載を行います。
⑤ 交通事情等により、自宅へ到着する時間が遅れる場合があります。

6　サービスの終了方法

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の１週間前までにサービス終了をお申し出ください。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了１ヶ月前までに通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、自動的にサービスを終了します。

・利用者が介護保険施設に入所、医療機関へ入院した場合。
・利用者の介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
・利用者が死亡もしくは被保険者資格を喪失した場合。
・サービス提供の必要性が認められなくなったと医師が判断した場合。

④ その他

・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合又は事業者が破産した場合、利用者は事業者へサービス終了の意思を表明することによって即座にサービスを終了することができます。

・利用者がサービス利用料を２ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず３０日以内に支払わない場合又は利用者が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者様の入院もしくは病気等により、１ヶ月以　上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様またはそのご家族様、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合もあります。

7　事故発生時の対応

事故発生時の対応	事故発生時には、施設医師の医学的判断により、専門的な医療的対応が必要と判断した場合、かかりつけ医療機関等での診療を依頼します。その後の対応等につき、依頼した医療機関の指示に従います。 利用者の家族、行政機関等の関係機関に対して速やかに連絡・報告等を行います。又、事故の発生が当施設の責に帰すべき事由の場合、事故賠償責任保険等により対応します。

8　サービス内容に関する苦情等相談窓口

（1）

介護老人保健施設 ひまわりの里 相談苦情受付	窓口担当　　支援相談課 ご利用時間　９：００～１７：３０ ご利用方法　電話（０４６３－８５－５０１１） 面接（当施設２階　相談室） ご意見箱（当施設各階に設置）

（2）

秦野市の相談窓口	窓口担当　　高齢介護課 ご利用時間　９：００～１７：００ ご利用方法　電話（０４６３－８２－９６１６）

（3）

利用者居住地の相談窓口	各自治体（　　）

（4）

国保連合会の相談窓口	窓口担当　　神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係 ご利用時間　８：３０～１７：１５ ※土日・祝日・年末年始を除く ご利用方法　電話　　（０４５－３２９－３４４７） ナビダイヤル（０５７０－０２２１１０） 住　所　　〒220-0003　横浜市西区楠町 27 番 1

9　費用

（1）訪問リハビリテーション

利用料（自己負担分）

（ア）介護保険給付対象サービス

基本料金　　地域加算　10.33　円

項目	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費	319円／回	637円／回	955円／回

※1回２０分のサービスです。４０分行った場合2回分になります。

加算額

項目	1割負担	2割負担	3割負担	内容
短期集中リハビリテーション実施加算	207円／日	414円／日	620円／日	退所日又は認定日から 3 月以内の利用者に早期かつ集中的なリハビリを行なった場合加算されます。
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	186円／月	372円／月	558円／月	リハビリテーション会議を開催し、リハ計画書の作成・見直しを行い、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する。リハ計画について作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はご家族に説明を行った場合に加算されます。
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	220円／月	440円／月	660円／月	リハビリテーション会議を開催し、リハ計画書の作成・見直しを行い、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する。リハ計画について作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はご家族に説明を行う。リハ計画等の内容を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施のために必要な情報を活用している場合に加算されます。
リハビリテーションマネジメント加算	279円／月	558円／月	837円／月	事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合に加算されます。

口腔連携強化加算	52 円／月	104 円／月	155 円／月	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評価の結果を情報提供した場合に加算されます。
退院時共同指導加算	620 円／月	1,240 円／月	1,860 円／月	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、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場合に加算されます。
サービス提供体制強化加算Ⅰ	7 円／回	14 円／回	21 円／回	利用者に直接サービスを提供する理学療法士等のうち、勤続年数 3 年以上の職員がリハビリテーションを行なった場合加算されます。
介護職員等処遇改善加算	算定単位数の 1000 分の 15 に相当する単位数 （実際の金額は、利用状況により異なります）			別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施し、都道府県知事に届け出た介護老人保健施設で、介護老人保健施設サービスを行った場合に、左記単位数が所定単位数に加算されます。

（2）介護予防訪問リハビリテーション

利用料（自己負担分）

（ア）介護保険給付対象サービス

基本料金　　地域加算　10.33　円

項目	1 割負担	2 割負担	3 割負担
訪問リハビリテーション費	308 円／回	616 円／回	924 円／回

※１回２０分のサービスです。４０分行った場合２回分になります。

加算額

項目	1 割負担	2 割負担	3 割負担	内容
短期集中リハビリテーション実施加算	207 円／日	414 円／日	621 円／日	退所日又は新たに要支援認定を受けた日から 3 月以内の利用者に早期かつ集中的なリハビリを行なった場合加算されます。
予防訪問リハ 12 月超減算	-5 円／月	-10 円／月	-15 円／月	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減算されます。
口腔連携強化加算	52 円／月	104 円／月	155 円／月	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評価の結果を情報提供した場合に加算されます。
退院時共同指導加算	620 円／月	1,240 円／月	1,860 円／月	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、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場合に加算されます。

サービス提供体制強化加算Ⅰ	7円／回	14円／回	21円／回	利用者に直接サービスを提供する理学療法士等のうち、勤続年数3年以上の職員がリハビリテーションを行なった場合加算されます。
介護職員等処遇改善加算	算定単位数の1000分の15に相当する単位数 （実際の金額は、利用状況により異なります）			別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施し、都道府県知事に届け出た介護老人保健施設で、介護老人保健施設サービスを行った場合に、左記単位数が所定単位数に加算されます。

（3）交通費

4（3）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１日あたり実費５００円（消費税別）の交通費が必要となります。

（4）その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者の負担となります。

（5）キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

サービス実施時刻の1時間前までに連絡があった場合	無料
サービス実施時刻の1時間前までに連絡がなかった場合	利用料自己負担分の全額と交通費

（6）利用料の支払方法

①口座振替・自動払込法

毎月１５日までに、前月分の請求書を発行します。利用料の支払は、ご登録いただいた預貯金口座（登録口座）より、利用月の翌月２６日に引き落としとなります（金融機関休業日の場合は、その翌営業日となる場合もあります）。ご入金は、振替・払込の前日迄にお願い致します。入金確認後、領収書を発行します。残高不足等で引き落としができなかった場合は、窓口または、振込みにてお支払いをお願いいたします。

お振替内容のご照会につきましては、直接施設へお願い致します。

なお、登録口座は、利用者名義の年金口座でお願いいたします。

② その他

原則利用料の支払いは、口座振替・自動払込とさせていただきますが、どうしても不都合がある方は、別途ご相談下さい。

9　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は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	医師名	
	電話番号	
緊急時 連絡先① (家族等)	ふ り が な 氏名（続柄）	（　　）
	住所	
	電話番号	
	勤務先	
	勤務先電話番号	
緊急時 連絡先②	ふ り が な 氏名（続柄）	（　　）
	住所	
	電話番号	
	勤務先	
	勤務先電話番号	

重要事項説明書の確認書

医療法人社団　佑樹会

介護保険サービス提供の開始に際し、介護老人保健施設入所サービス利用における重要事項について説明を行い、下記の通り署名押印し相互に確認する。

指定訪問リハビリテーションのサービス利用における重要事項について、別紙説明書のとおり説明をいたしました。

説明日　　令和　　年　　月　　日

医療法人社団佑樹会　介護老人保健施設　ひまわりの里

説明者　支援相談員

氏名　　齋藤　三起子

上記説明者から介護老人保健施設ひまわりの里が提供するサービスについての別紙説明書の交付・説明を受け、その内容について同意をいたします。

【利 用 者】

住　　所

ふりがな
氏　　名

【代 筆 者】

住　　所

ふりがな
氏　　名

理由