

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

事業者はご契約者に対し介護老人保健施設訪問リハビリテーションサービスを提供します。提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 : 社会福祉法人緑山会
- (2) 法人所在地 : 山口県周南市須々万本郷28番1
- (3) 電話番号 : 0834-88-2208
- (4) FAX番号 : 0834-88-2336
- (5) 代表者氏名 : 理事長 齋藤 淳
- (6) 設立年月日 : 平成1年7月10日

2. 介護予防訪問リハビリテーションの概要

(1) 提供出来るサービスの種類と地域

名称 社会福祉法人緑山会
老人保健施設エルステイ芦屋
所在地 芦屋市浜町12番3号
介護保険指定番号 2851080024
サービス提供地域 芦屋市（奥池地域除く）・西宮市一部地域
神戸市東灘区一部地域

(2) 介護予防訪問リハビリテーションの職員体制

| 職種 | 資格 | 常勤 | 業務内容 | 計 |
|---------|-------|----|-------|----|
| 管理者 | 医師 | 1名 | 医療・管理 | 1名 |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士 | 1名 | 機能訓練 | 2名 |
| 機能訓練指導員 | 作業療法士 | 1名 | | |

(3) 営業日及び時間

| | |
|-----------|-------------------------------|
| 営業日 | 月曜日～金曜日 (但し12月31日～1月3日は除く) |
| 受付時間 | 毎日 9:00～17:30 |
| サービス提供時間帯 | 月曜日～金曜日 10:00～17:00 |

3. サービス内容

介護予防訪問リハビリテーション
・ご自宅まで訪問致します。

- ・心身機能の維持・回復を目的に、ご利用者に適した訓練プログラムや、家族様への必要な助言指導等を理学療法士又は作業療法士が評価・作成・実施致します。

4. サービス利用料金

サービス利用料金は、介護保険に定める加算額を負担していただきます。

サービス利用料金は別表(1)～(3)のとおりです。

その他の自己負担額等

- ① サービス提供地域以外の交通費 実費相当分
- ② 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合の減算 所定単位数に 90/100 を乗じた単位数

5. ご利用料金のお支払方法

ご利用料金は、1 ヶ月毎に計算し、ご請求致しますので請求月の 26 日迄に原則として以下のいずれかの方法でお支払下さい。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

イ. 施設指定口座へのお振り込み (振込手数料はご負担下さい)

(請求書同封の「利用料お支払について」に記載の銀行口座に振り込み下さい)

※後見人等決定していない場合など、特別な事情によりやむを得ず現金でのお支払につきましてはご相談に応じます。

6. 代理人の責務

(1) 代理人の選任

当施設においては、契約締結にあたり代理人の選任をお願いすることとしています。ただし、社会通念上代理人を立てることができないと考えられるやむを得ない事情がある場合には、利用契約締結にあたって、後見人制度により後見人を立てていただきます。

代理人はこれまで最も身近にいて、利用者のお世話をされてきたご家族や親族に引き受けて頂くのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る主旨ではありません。

(2) 代理人の責務

代理人は他項に定める事項の他に、利用者の利用料等の経済的な債務については、利用者と連帯して、その債務に履行義務を負うこととなります。

その債務履行義務は、以下の極度額を上限とします。

(極度額) 170,000円

(3) 代理人が永眠されたり破産宣告をうけた場合には、あらたな代理人を立ていただくため、利用者及び親族にご協力をお願いします。

(4) 代理人の方には、上記の他にも緊急にご連絡しなければならない場合もあります。住所、電話番号等連絡先に変更のある場合は、速やかに連絡をお願いします。

7. サービス利用を終了する場合（契約の終了について）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、事業者との契約は終了します。

- (1) 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- (2) ご契約者が、介護保険施設に入所された場合
- (3) ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合
- (4) 事業者が解散・破産した場合、またはやむを得ない事由により事業を閉鎖した場合
- (5) ご契約者がお亡くなりになられた場合
- (6) ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3ヵ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらずこれが支払われない場合
- (7) ご契約者が1ヵ月以上入院される場合は、ご状態の変化が予測されるため契約を終了する場合があります。
- (8) 1ヵ月の訪問予定回数の半分以上のキャンセルが概ね3ヵ月続く場合は、理由の如何を問わず契約を終了する場合があります。
- (9) 事業者から契約解除の申出を行った場合（詳細は8をご参照ください）

8. 反社会勢力の排除に関する誓約

ご契約者および代理人、また関係する親族等（以下「利用者等」という。）は、契約締結から将来に亘り、以下の事項について表明・確約していただきます。

また、利用中に以下の事項に該当した場合には、何らかの催告を要せずに利用を終了していただきます。

- ア 暴力団、暴力団関係企業、総会屋もしくはこれらに準ずる者または、その構成員（以下総称して「反社会勢力」という。）ではないこと
 - イ 反社会勢力に資金の供与等の関与や社会的に非難されるべき関係を有していないこと
 - ウ 反社会勢力に利用者等、自己の名義を利用させ、この契約を締結するものではない
 - エ 利用者等自ら、または第三者を利用して、脅迫的な言動または暴力を用いる行為や偽計または威力を用いて運営を妨害し、または信用を毀損する行為をしないこと
- また、契約の解除により利用者等に損害が生じても施設に対して一切の異議申し立てを行わず、施設は、何らこれを賠償や補償することは要しない
- 施設に損害が生じたときは、利用者等はその損害を賠償するものとする

9. 申し出事項（相談又は苦情等）の受付について

事業者における申し出事項（相談又は苦情等）受付は、以下の専用窓口で受け付けます。

- 申し出事項（相談又は苦情等）受付窓口
[職名・氏名] 支援相談員 深 藪 昌 樹
- 受付時間 月曜日～金曜日 9：00～17：30
- 電話番号 0797-35-8341

10. 行政機関その他苦情受付機関

- ・国民健康保険団体連合会

所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
電話番号 078-332-5617

- ・芦屋市役所高齢介護課

所在地 芦屋市精道町7番6号
電話番号 0797-38-2024

- ・西宮市役所介護保険課

所在地 西宮市六湛寺町10-3
電話番号 0798-35-3314

- ・神戸市東灘区役所介護保険課

所在地 神戸市東灘区住吉東町5丁目2番1号
電話番号 078-841-4131

11. サービス提供における事業者の義務

事業者は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- (1) ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- (2) ご契約者に対する虐待およびその他疑わしき行為は行いません。
- (3) ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に容態の変化等があった場合にはご家族への連絡を行うとともに速やかに主治医等への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- (4) 事業者及び職員は、サービスを提供するにあたって、知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)

12. 個人情報の利用目的について

事業者は、サービス提供のために利用する他、施設運営、教育、研修、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉施設との連携等のために、個人情報を利用することがあります。また外部機関による施設評価、学会や出版物等で個人名が特定されないかたちで報告することがあります。個人情報を必要とする場合には、ご契約者の同意を得て行います。

令和 年 月 日

介護老人保健施設介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

老人保健施設エルステイ芦屋

説明者職名

氏名

印

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設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同意しました。

<契約者>

住 所

氏 名

<代理人>

住 所

氏 名

(契約者との続柄)

介護予防訪問リハビリテーション サービス利用料金表

令和 6 年 9 月 2 日現在

(1) 基本料金 (1回 20分)

| 区分 | 単位 | 利用料 | 利用者負担額 | | |
|---------|-----|---------|--------|-------|-------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要支援 1・2 | 298 | 3,227 円 | 323 円 | 646 円 | 969 円 |

(2) 加算料金 (該当した場合)

| 加算項目 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 | | | 算定回数等 |
|---------------------|------|---------|-------|---------|---------|--------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| サービス提供体制強化加算 (I) | 6 | 64 円 | 7 円 | 13 円 | 20 円 | 1 回につき |
| サービス提供体制強化加算 (II) | 3 | 32 円 | 4 円 | 7 円 | 10 円 | 1 回につき |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 200 | 2,166 円 | 217 円 | 434 円 | 650 円 | 1 日につき |
| 口腔連携強化加算 | 50 | 541 円 | 55 円 | 109 円 | 163 円 | 1 回につき |
| 退院時共同支援加算 | 600 | 6,498 円 | 650 円 | 1,300 円 | 1,950 円 | 1 回につき |

(3) 減算料金 (該当した場合)

| 減算項目 | 単位 | 減算金額 | 利用者負担 (減算金額) | | | |
|--------------------|--------------------------|--------|--------------|--------|--------|--------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| 同一建物減算 | 基本単位の 90/100 を乗じた単位数を算定。 | | 左記の 1割 | 左記の 2割 | 左記の 3割 | 1 月につき |
| 訪問リハビリテーション診療未実施減算 | 50 | △541 円 | △55 円 | △109 円 | △163 円 | 1 回につき |
| 長期間利用減算 | 30 | △324 円 | △33 円 | △65 円 | △98 円 | 1 回につき |

※ サービス提供体制強化加算は、サービス提供にあたる理学療法士等のうち勤続年数が 3 年以上または 7 年以上の者が 1 名以上いる場合に算定します。

※ 短期集中個別リハビリテーション実施加算は、医療機関から退院した日、介護保険施設から退所した日から起算して 3 カ月以内の期間に 20 分以上のリハビリテーションを 1 週につきおおむね 2 日以上、1 日当たり 20 分以上実施した場合算定します。

- ※ 口腔連携強化加算は、事業所の職員による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を行った場合に算定します。
- ※ 事業所の理学療法士等が、医療機関退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に算定します。
- ※ 同一建物減算は事業所と同一敷地内建物等に居住する利用者にサービスを提供した場合や、同一敷地内建物以外の建物で、1月あたり20人以上の利用者が居住する集合住宅等に居住する利用者にサービスを提供した場合に減算します。
- ※ 訪問リハビリテーション診療未実施減算はリハビリテーション計画の作成にあたり、訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず、利用者の診療を行わなかった場合に減算します。
- ※ 長期間利用減算は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を行った場合に減算します。ただし、3月に1回のリハビリテーション会議の開催や状態変化に応じて計画書の見直しを行うなど、要件を満たした場合は減算を行いません。