

介護老人保健施設 老健くろさわ
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
重要事項説明書

医療法人 社団美心会

作成 2019 年 4 月 1 日 第 1 版

改定 2026 年 6 月 17 日 第 10 版

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 社団美心会
主たる事務所の所在地	群馬県高崎市矢中町字村北187
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 黒澤 功
設立年月日	1996年11月1日
電話番号	027-352-1166
FAX番号	027-352-7925
ホームページアドレス	http://www.bishinkai.or.jp/

2. ご利用事業所

事業所の種類	指定（介護予防）訪問リハビリテーション 2019年4月1日指定（高崎市指定 第1050280153号）
事業所の名称	介護老人保健施設 老健くろさわ
事業所の所在地	群馬県高崎市中居町3丁目19番地2
施設長の氏名	田口 正毅
電話番号	027-352-3366

3. 事業所の目的と運営の方針

施設の目的	介護保険法令に従い、ご利用者様が、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ができるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、環境調整を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図ることを目的として、利用者様にサービスを提供します。
運営の方針	事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、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. 営業日及び営業時間等

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8:30～17:30
休日	日曜日 年末年始（12月31日～1月3日）
サービス実施地域	一部地域（旧群馬町、旧箕郷町、旧新町、旧倉渕村、旧榛名町、旧吉井町）を除く高崎市内。一部地域、玉村町内、藤岡市内及び前橋市内においては当事業所から10km圏内。

5. 職員体制

職 種	資 格	常 勤	非 常 勤
管理者	医 師	1名	
従業者	理学療法士	0名	1名以上
	作業療法士	0名	1名以上
	言語聴覚士	0名	1名以上

6. 職務内容

職 種	職 務 内 容
従業者 医師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	①ご利用者様の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成にあたっては、ご利用者様、ご家族様に説明し、同意を得ます。作成した計画は、ご利用者様に交付します。 ②訪問リハビリテーション計画に基づき、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。 ③常にご利用者様の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、ご利用者様に対し適切なサービスを提供します。 ④訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。 ⑤リハビリテーション会議の開催又はサービス担当者会議への出席等により、リハビリテーションに関する専門的な見地からご利用者様の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、ご利用者様に対し、適切なサービスを提供します。 ⑥訪問リハビリテーション計画に基づくサービスの提供の開始時から、終了するまでにリハビリテーション計画の実施状況の把握を行い、結果を記録し、ご利用者様に関わる居宅介護支援事業者に報告します。

7. サービス内容

(1) 当事業所で提供するサービス

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
指定（介護予防）訪問 リハビリテーション	ご利用者様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生活を営むことが出来るように、ご利用者様の居宅において、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うことにより、ご利用者様の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上を目指します。

(2) 利用の中止、変更、追加、キャンセル

- ①利用予定期間の前に、ご利用者様の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに当事業所にお申し出ください。
- ②ご利用者様がサービス利用を中止にする際には、速やかに以下の連絡先までご連絡ください。
老健くろさわ 027-352-3366（平日 8:30～17:30）
090-1116-8994（上記以外の時間）
- ③サービス当日午前9時を過ぎてから、利用の中止の申し出をされた場合キャンセル料お支払いいただく場合があります。ただし、ご利用者様の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。
- ④サービス利用の変更・追加の申し出について、事業所の稼動状況によりご利用者様の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者様に提示して協議します。

8. 利用料、利用者負担額

(1) 基本利用料

所要時間（要介護）	利用料	ご利用者様のご負担額		
		1 割	2 割	3 割
1 回（20 分）	3,080 円	308 円	616 円	924 円
2 回（40 分）	6,160 円	616 円	1,232 円	1,848 円
3 回（60 分）	9,240 円	924 円	1,848 円	2,772 円

所要時間（要支援）	利用料	ご利用者様のご負担額		
		1 割	2 割	3 割
1 回（20 分）	2,980 円	298 円	596 円	894 円
2 回（40 分）	5,960 円	596 円	1,192 円	1,788 円
3 回（60 分）	8,940 円	894 円	1,788 円	2,682 円

(2) 加算料金

①訪問リハビリテーション

加算	利用料	ご利用者様のご負担額			算定 回数等
		1 割	2 割	3 割	
短期集中リハビリテーション実施加算	2,000 円	200 円	400 円	600 円	1 日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	2,400 円	240 円	480 円	720 円	1 日につき
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	2,130 円	213 円	426 円	639 円	1 月につき
医師の説明	2,700 円	270 円	540 円	810 円	1 月につき
移行支援加算	170 円	17 円	34 円	51 円	1 日につき
サービス提供体制強化加算 I	60 円	6 円	12 円	18 円	1 回につき
計画診療未実施減算	-500 円	-50 円	-100 円	-150 円	1 回につき
介護職員処遇改善加算	合計単位 数の 1.5%				1 月につき

②介護予防訪問リハビリテーション

加算	利用料	ご利用者様のご負担額			算定 回数等
		1 割	2 割	3 割	
短期集中リハビリテーション実施加算	2,000 円	200 円	400 円	600 円	1 日につき
サービス提供体制強化加算	60 円	6 円	12 円	18 円	1 回につき
計画診療未実施減算	-500 円	-50 円	-100 円	-150 円	1 回につき
介護職員処遇改善加算	合計単位 数の 1.5%				1 月につき

※上記料金に事業所の所在地（高崎市）の地域加算が算定されます。ご請求額は合計金額に 3.3% を乗じた金額（1.033 倍）となります。

※介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合、超えた金額につきましてはご利用者様の負担になります。

※短期集中リハビリテーション実施加算はご利用者様に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に算定し、退院（退所）日又は要介

護認定を受けた日から起算して3か月以内の期間に個別リハビリテーションを行います。

※リハビリテーションマネジメント加算は、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で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより、継続的に訪問リハビリテーションの質を管理したことを評価し、算定します。

※3か月に1度リハビリ会議を実施し、リハビリテーションの必要性及び目標の進捗状況を含め、医師がご本人・ご家族様へ説明を行います。

※移行支援加算は、訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者の社会参加等を支援し通所介護等に移行された者が一定の割合を占めた場合に算定します。

※サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、ご利用者様に対して訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※計画診療未実施減算は、事業所の医師がリハビリテーション計画に関わる診療をやむを得ず行わなかった場合に保険制度上の規定により所定の減算が適用されます。

9. その他費用等

(1) 交通費

通常の事業実施地域の方	無料
それ以外の方	
事業の実施地域を越えた所から、片道 10km 未満の場合	200 円
事業の実施地域を越えた所から、片道 10km 以上 15km 未満の場合	300 円
事業の実施地域を越えた所から、片道 15km 以上 20km 未満の場合	400 円

事業の実施地域を越えた所から、片道 20km 以上の場合は 1km 増える毎に 50 円加算

(2) キャンセル料

利用予定日の9時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の9時までに申し出がなかった場合	当日の利用料金（自己負担額）の30%

(3) 料金の請求及び支払い方法

料金の請求方法	料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までにご請求いたします。
料金の支払い方法等	月末日までに、当月利用料金を指定口座より引き落としさせていただきます。事業者は、利用者から料金の支払いを確認しましたら、領収書を発行いたします。

10. 緊急時の対応

訪問リハビリテーションのサービス提供にあたり、ご利用者様に病状の急変が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに医師、家族、居宅介護支援事業所等に連絡し、指示を求める等の必要な措置を講じます。

11. 事故発生時の対応

(1) サービス提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講じた上、速やかに、市町村、ご家族様、当該ご利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡します。また、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

- (2) 事故の状況及び事故に際し採った処置を完結の日から5年間記録し、保管します。

1.2. 秘密保持

事業者及び従事者は、サービス提供にあたって知り得たご利用者様及びそのご家族様に関する個人情報、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は契約終了後も同様です。ただし、ご利用者様に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者様の心身等の情報を提供します。また、事業者はご利用者様とご家族様等に関する事項をサービス担当者会議等において、用いることがあります。

1.3. サービス提供にあたって

- (1) 訪問リハビリテーションサービス提供に際し、提供時間中はサービス提供に専念させていただく為、提供スペースの確保や飼っているペットを放し飼いにならないなどの安全確保、また手洗いの場の提供による環境の整備についてご協力をお願い致します。
- (2) 当事業所では後進の教育を通じて社会貢献を図るため実習生の受け入れを行っております。実習生同行訪問の際には改めて同意確認を行いますが、予めご了承お願い致します。

1.4. サービス提供における事業者の義務

当事業所はご契約者に対してサービスを提供するにあたって、以下のことを守ります。

- (1) ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- (2) 感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスが安定的に・継続的に提供されるように、計画等の策定をするとともに、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行います。
- (3) ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管をするとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて法人の開示手順に従って交付を行います。
- (4) ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載し、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- (5) 高齢者虐待防止について、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。
- ・研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
 - ・個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
 - ・従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (6) ハラスメント対策の強化について、適切なサービスの提供を確保する観点から次に掲げる通り必要な措置を講じます。
- ・職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動を防止します。
 - ・業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員等の就業環境が害されることを防止します。

1.5. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦 情 受 付 窓 口	[担当者]	斎藤 太郎
	[管理者]	施設長 田口 正毅
受 付 時 間	毎週月曜日～土曜日	8：30～17：30
電 話 番 号	027-352-3366	

(2) その他

当事業所以外に市町村の相談、苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

高崎市 介護保険担当課	0 2 7 - 3 2 1 - 1 1 1 1
玉村町 健康福祉部 介護保険課	0 2 7 0 - 6 4 - 7 7 0 5
藤岡市 健康福祉部 介護高齢課	0 2 7 4 - 4 0 - 2 2 9 2
前橋市 福祉部 介護保険課	0 2 7 - 8 9 8 - 6 1 5 9
群馬県国民健康保険団体連合会 (介護保険課 苦情処理相談窓口)	0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3
群馬県福祉サービス運営適正化委員会	0 2 7 - 2 5 5 - 6 6 6 9

16. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は加入する保険の範囲内で速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について以下の場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当とみとめられる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

- ご利用者様が心身の状況や病歴などについて故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご利用者様がサービス実施に必要な事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご利用者様の急な体調変化など、事業者のサービスの実施を原因としない事由により損害が生じた場合
- ご利用者様が職員の指示に反して行ったことが原因で損害が生じた場合

17. 個人情報の取り扱いについて

当事業所では、ご利用者様の個人情報を以下のように取り扱います。下記の内容をご確認いただき、同意の上、利用申し込みいただきますようお願い申し上げます。

1.利用目的

- 1.ご利用者様へ適切な介護・医療サービスの提供のため
- 2.当事業所事務・管理を適切に行うため
- 3.法令・行政上の業務への対応のため
- 4.保険請求業務のため
- 5.ご家族様への身体状況・病状説明のため

上記以外の利用目的

1 介護事業所・医療機関等の管理運営業務のうち

- 一 介護・医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 一 医師・看護師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士等の学生実習の協力
- 一 研究の際は、関係する法令、指針に従う
- 一 満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
- 一 安全・防犯のための監視カメラによるモニタリング

2 研修会・学会・医学誌等への発表

特定の患者・利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、研修会、学会誌等での報告は氏名、生年月日、住所等を消去する事で匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。以上の目的以外でご利用者の情報を利用する場合、ご利用者様ご本人に個別理由を説明し同意を得たうえで行うものといたします。ただし、緊急の場合等、当事業所が必要だと判断した場合は利用を優先し後ほどご説明させていただきます。

2.個人情報の第三者提供について

ご利用者様及びご家族様の個人情報は、あらかじめご利用者様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、以下の利用目的に該当する場合は、ご利用者様から特にお申し出がない限り、介護・医療サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、ご利用者様の個人情報を第三者に提供する場合があります。

- (ア) 介護・医療の提供のため、他の医療機関等との連携を図ること
- (イ) 介護・医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を求めること
- (ウ) 介護・医療の提供のため、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること
- (エ) ご利用者様への介護・医療の提供に際して、ご家族等への身体状況・病状の説明を行うこと

※介護保険に関しては、ケア会議等事業機関及び連携施設等の連絡会議の資料として個人情報を使う可能性がある。

3.業務委託について

介護・医療を提供するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。検査業務、清掃業務、情報システム管理、廃棄物処理等

4.ご利用者様の権利

当事業所の管理する全ての個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止等を求めることが可能です。ただし、法人の手順に従って交付致します。詳しくは個人情報相談窓口までご相談ください。

医療法人 社団美心会

理事長 黒澤 功

個人情報保護管理者 和田 祐一

個人情報相談窓口 027-352-9000

■ 個人情報の取り扱いについて

☐ 同意する

☐ 同意しない

- 万一上記の事項についてご同意をいただけない場合には、適切な介護サービスの提供に支障が出る場合がございます下記利用目的のうち、同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出下さい。また、同意いただいた後でも個別に不同意の表明をすることが可能です。

重要事項説明書 確認書

年 月 日

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サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明及び交付を行いました。

介護老人保健施設 老健くろさわ 訪問リハビリテーション

〔管理者〕 医師 田口 正毅

〔説明者〕 職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、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サービスの提供を受けることに同意しました。

〔契約者（利用者）〕

住所 _____

氏名 _____

〔保証人〕

住所 _____

氏名 _____

契約者との続柄 _____

* 保証人は、原則として契約者の三親等以内又は高崎市内在住の方とさせていただきます。

私は、契約者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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サービスの提供を受けることに同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

〔署名代行者〕

住所 _____

氏名 _____

署名代行の理由 _____