

# 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)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： 医療法人社団かもめ もりや脳神経クリニック

## 1. 事業者の概要

|             |                                                                                                |            |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 事業者の名称      | 医療法人社団かもめ もりや脳神経クリニック                                                                          |            |
| サービスの種類     | 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                                                                    |            |
| 所在地         | 〒206-0823<br>東京都稲城市平尾1-33-34                                                                   |            |
| 電話番号        | 042-350-3885                                                                                   |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 2025年4月1日指定                                                                                    | 1315121231 |
| 代表者の氏名      | 理事長 森谷 匡雄                                                                                      |            |
| 通常の訪問地域     | 稲城市：平尾、坂浜、若葉台、長峰、百村、向陽台<br>麻生区：はるひ野、片平、栗平、栗木、栗木台、白鳥、五力田<br>古沢、金程、向原、万福寺、千代ヶ丘、上麻生<br>町田市：広袴、真光寺 |            |

## 2. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。                  |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

## 3. 提供するサービスの内容

訪問リハビリテーション（又は介護予防訪問リハビリテーション）は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」といいます。）が、通院が困難な利用者のお宅を訪問してその方の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、リハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るサービスです。

## 4. 営業日時

|      |                          |
|------|--------------------------|
| 営業日  | 月曜日～金曜日（祝日、夏期休業、年末年始は休業） |
| 営業時間 | 9：00～17：00               |

## 5. 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数     | 従業者の職種 | 勤務の形態・人数     |
|--------|--------------|--------|--------------|
| 医師     | 常勤 1人、非常勤 4人 | 作業療法士  | 常勤 0人、非常勤 0人 |
| 理学療法士  | 常勤 4人、非常勤 1人 | 言語聴覚士  | 常勤 0人、非常勤 0人 |

## 6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（理学療法士等）及びその管理責任者は下記のとおりです。担当職員の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、当事業所までご連絡ください。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 担当職員の氏名  | 理学療法士                |
| 管理責任者の氏名 | 理 事 長          森谷 匡雄 |

## 7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、基本利用料の1～3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### （1）訪問リハビリテーションの利用料

#### 【基本部分】

| サービスの内容                                                        | 基本利用料<br>※（注1）参照 | 利用者負担金<br>（自己負担額1割の場合）<br>※（注2）参照 |
|----------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1回（20分）につき                                                     | 3, 3 3 5 円       | 3 3 4 円                           |
| 当該事業所医師以外が診療している利用者へ、当該事業所の理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合<br>（1回につき） | 2, 7 9 4 円       | 2 8 0 円                           |

（注1） 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2） 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

# 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類                        | 加算の要件                                                | 加算額     |                            |
|------------------------------|------------------------------------------------------|---------|----------------------------|
|                              |                                                      | 基本利用料   | 利用者負担金<br>(自己負担額<br>1割の場合) |
| 短期集中<br>リハビリテーション加算          | 退院（退所）日、または要介護認定等の更新・変更認定日から3ヶ月以内の期間であること（1日につき）     | 2, 166円 | 217円                       |
| リハビリテーション<br>マネジメント加算(イ)     | 医師の指示に基づき、理学療法士等が計画を作成し、継続的にリハビリの質を管理すること（1月につき）     | 1, 949円 | 195円                       |
| リハビリテーション<br>マネジメント加算(ロ)     |                                                      | 2, 306円 | 231円                       |
|                              | リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合<br>加算（イ）・（ロ）に加え270単位を加算 | 2, 924円 | 293円                       |
| 認知症短期集中<br>リハビリテーション<br>実施加算 | 医師が認知症と診断し、リハビリにより認知症症状の改善が見込まれると判断した場合（1日につき）       | 2, 599円 | 260円                       |
| 退院時共同指導加算                    | 退院・退所にあたり、医療機関等の医師らと共同で療養上の指導を行う場合（1回のみ）             | 6, 498円 | 650円                       |
| 移行支援加算                       | リハビリを提供し、利用者の社会参加や活動の維持・向上を支援した場合（1日につき）             | 184円    | 19円                        |
| 口腔連携強化加算                     | 歯科医療機関と連携し、口腔健康状態の評価や情報提供を行った場合（1月につき）               | 519円    | 52円                        |
| サービス提供<br>体制強化加算（Ⅰ）          | 直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち、勤続年数が7年以上の者がいる場合（1回につき）  | 64円     | 7円                         |
| サービス提供<br>体制強化加算（Ⅱ）          | 直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち、勤続年数が3年以上の者がいる場合（1回につき）  | 32円     | 4円                         |

(2) 介護予防訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分】

| サービスの内容                                                        | 基本利用料<br>※(注1) 参照 | 利用者負担金<br>(自己負担額1割の場合)<br>※(注2) 参照 |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| 1回(20分)につき                                                     | 3,227円            | 323円                               |
| 当該事業所医師以外が診療している利用者へ、当該事業所の理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合<br>(1回につき) | 2,685円            | 269円                               |

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類               | 加算の要件                                                | 加算額    |                        |
|---------------------|------------------------------------------------------|--------|------------------------|
|                     |                                                      | 基本利用料  | 利用者負担金<br>(自己負担額1割の場合) |
| 短期集中<br>リハビリテーション加算 | 退院(退所)日、または要介護認定等の更新・変更認定日から3ヶ月以内の期間であること(1日につき)     | 2,166円 | 217円                   |
| 退院時共同指導加算           | 退院・退所にあたり、医療機関等の医師らと共同で療養上の指導を行う場合(1回のみ)             | 6,498円 | 650円                   |
| 口腔連携強化加算            | 歯科医療機関と連携し、口腔健康状態の評価や情報提供を行った場合(1月につき)               | 519円   | 52円                    |
| サービス提供体制強化<br>加算(Ⅰ) | 直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち、勤続年数が7年以上の者がいる場合(1回につき)  | 64円    | 7円                     |
| サービス提供体制強化<br>加算(Ⅱ) | 直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち、勤続年数が3年以上のものがいる場合(1回につき) | 32円    | 4円                     |

【減算（共通）】

以下の要件を満たす場合、下記の額を減算します。

| 減算の種類                       | 減算の要件                                                                                                                | 減算額             |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算 | 以下の利用者にサービスを行う場合<br>・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者<br>・同一の建物に居住する利用者<br>・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者                  | 基本部分の100分の10を減算 |
|                             | 以下の利用者にサービスを行う場合<br>・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者<br>・同一の建物に居住する利用者<br>・一月当たりの利用者が50人以上居住する建物の利用者                  | 基本部分の100分の15を減算 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算              | 事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定居宅サービス基準37条の2（同第39条の3で準用する場合を含む）に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算する。                    | 所定単位数の100分の1を減算 |
| 業務継続計画未策定減算                 | 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算する。 | 所定単位数の100分の1を減算 |

【減算（介護予防訪問リハビリテーションのみ）】

| 減算の種類        | 減算の要件                                                                                       | 減算額<br>(自己負担額1割の場合) |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 予防訪問リハ12月超減算 | 利用開始月から12月を超えて訪問リハビリテーションを継続する場合、リハビリテーション会議等においてリハビリテーションの継続が必要である旨の理由を詳細に検討していない場合（1回につき） | 32円減算               |

（3）交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方の交通費はいただきません。

（サービス地域外：1訪問につき500円（税別））

#### (4) キャンセル料

| キャンセルの期限        | キャンセル料  |
|-----------------|---------|
| 利用日の前日 17:00 まで | 無 料     |
| 利 用 日           | 3,000 円 |

開始時間より 10 分経過しても連絡がつかない場合はキャンセルとみなし、利用日キャンセルと同様の扱いとさせていただきます。

連絡先 水 曜 日 : 携 帯 080-2557-5455

水曜日以外 : 事業所 042-350-3885

#### 【支払い方法】

初回の引き落としが開始されるのは、利用開始月の翌々月からです。そのため、初回の引き落としは 2 ヶ月分まとめてとなります。あらかじめご了承ください。その後は 1 ヶ月ごとに引き落とします。金額不足により引き落としができない場合、翌月に 2 ヶ月分まとめて引き落とします。

| 支払い方法   | 支払い要件等                                                 |
|---------|--------------------------------------------------------|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の 28 日（祝休日の場合は翌営業日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。 |

口座引き落としの設定をするにあたり、口座振替依頼書への記入をお願いします。控えを受け取りましたら、確認のご署名をお願いします。

氏名

#### 【請求書と領収書】

請求書は引き落とされる月の上旬頃、訪問した際に直接お渡しします。ご家族様が金銭管理をしている場合はご家族様へお渡しします。

領収書に関しては、入金を確認後、同様に直接お渡しします。

※ご家族が管理しているが、ご都合によりご家族に直接お渡しできない場合は、利用者宅の所定の位置に置いておきます。また、当院の公式 LINE アカウントを友達追加いただければ、LINE で送付が可能です。どちらの対応も難しい場合はご相談ください。

#### 8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡し指示を求める等、必要な措置を講じます。

|                |         |               |
|----------------|---------|---------------|
| 主治医            | 医療機関の名称 | もりや脳神経クリニック   |
|                | 医師の氏名   | 森谷 匡雄         |
|                | 所 在 地   | 稲城市平尾 1-33-34 |
|                | 電話番号    | 042-350-3885  |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏 名     |               |
|                | 電話番号    |               |

## 9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び各市町村担当窓口等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 10. 苦情相談窓口

（1）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 042-350-3885<br>事務長 中村 隆之 |
|---------|--------------------------------|

（2）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                                 |                   |
|--------|---------------------------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 稲城市役所 高齢福祉課<br>受付時間 8:30～17:00  | 電話番号 042-378-2111 |
|        | 麻生区役所 高齢障害課<br>受付時間 8:30～17:00  | 電話番号 044-965-5159 |
|        | 町田市役所 高齢者支援課<br>受付時間 8:30～17:00 | 電話番号 042-785-5199 |

## 11. 業務継続計画の策定

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの提供を継続し、非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務計画に従い必要な措置を実施します。また、従業員には業務継続計画を周知し、定期的に必要な研修や訓練を行います。更に、業務継続計画を定期的に見直し、必要に応じて変更を行います。

## 12. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業者は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の号に掲げる措置を実施します。

- （1）事業者における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を概ね6ヶ月に1回以上開催します。その結果を従業員に周知徹底します。
- （2）事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- （3）事業所における感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 13. 虐待の防止

事業者は、虐待の発生又はその発生を防止するため、次の号に掲げる措置を実施します。

- （1）事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果を従業員に周知徹底します。
- （2）事業者における虐待防止のための指針を整備しています。
- （3）従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- （4）虐待防止の措置を講じるための担当者を配置しています。（担当者：理学療法士 中村美綾）

#### 1 4．ハラスメント対策

当院では、利用者・家族・職員間で行われる、性的な言動や優越的な関係を背景とした不適切な言動により、職員の就業環境が損なわれることを防ぐため、次の措置を行っています。

- (1) ハラスメント防止の方針を明確化
- (2) 必要な体制整備（相談・報告・対応）
- (3) 職員への周知・研修の実施

#### 1 5．オンライン会議の同意

当院では、サービス担当者会議やリハビリ会議等を円滑に実施し、利用者様の支援内容を適切に検討するため、テレビ電話・オンライン会議システム等の通信機器を使用する場合があります。

これにより、担当者の移動時間短縮や迅速な情報共有が可能となり、利用者への支援の質を高めることを目的としています。つきましては、リハビリ会議等においてテレビ電話等を使用することについて、利用者様およびご家族様の同意をお願いしております。

なお、通信機器の使用にあたっては、

- ・個人情報の保護
- ・通信の安全性
- ・会議内容の適切な管理 を徹底いたします。

#### 1 6．サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、理学療法士等は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了承ください。
  - ・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
  - ・掃除や買い物など
- (2) 理学療法士等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (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際は、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。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

【説 明 者】

氏名：\_\_\_\_\_

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意し署名いたします。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

【利 用 者】

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_

【代 理 人】

私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

代行理由：\_\_\_\_\_

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_（続柄：\_\_\_\_\_）

【事 業 者】

住 所：〒206-0823

東京都稲城市平尾1-3-34

事業者名：医療法人社団かもめ

もりや脳神経クリニック（事業所番号1315121231）

代 表 者：理事長 森谷 匡雄 印