（介護予防）訪問リハビリテーション　重要事項説明書

１、事業者概要

事業者名称	医療法人社団　明雄会
所在地	埼玉県所沢市下富 1270-9
代表者名	理事長　髙野　覚
電話番号	電話:04-2943-3611 FAX:04-2943-3643

2,事業所概要

事業所名称	介護老人保健施設エスポワール所沢 （介護予防）訪問リハビリテーション
指定番号	埼玉県指定　第１１５２５８００６２
所在地	埼玉県所沢市下富 1310-15
電話番号	電話:04-2990-2077　FAX:04-2990-2078

3,事業の目的と運営方針

事業の目的

介護保険法令に従って、利用者またはその家族が、可能な限り快適な日常生活を営むことができるよう、利用者に応じた訪問リハビリテーションサービスを提供します。

運営の方針

（１） 事業所の従事者は、要介護者等が、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、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、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

（２） 指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するようその目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行います。

（３） 訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、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ます。

４、本事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤
理学療法士(管理者含む)	1名以上	1名以上
作業療法士	1名以上	1名以上
言語聴覚士		

５、営業時間

営業日・営業時間	月曜日～金曜日（土日曜日、国民の祝日、12月30日～1月3日を除く）午前8時30分から午後5時30分

６、営業地域

営業地域	所沢市、狭山市、入間市、川越市、東村山市、清瀬市

(注)※事業所より4㎞を超える地域への訪問リハビリテーションでは交通費は実費扱いとなります。(1㎞あたり50円)

※コインパーキングを利用する場合はその実費額を徴収する場合があります。

７、利用料

○利用料として介護保険法第41条に規定する居宅介護サービス費の支給対象となる費用にかかる額の支払いを利用者から受けるものとします。

○利用者は、契約書別紙に定めた訪問リハビリテーションサービスに対する所定の利用料および、サービスを提供する上で別途必要になった費用を支払うものとします。

○利用料金の支払い方法

毎月、１０日前後に前月分の請求書を発送します。また当該月の利用料は、翌月２６日に利用者の指定の口座から振替ます。（２６日が土・日・休日の場合は、その翌日）

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる**通常1割もしくは2割・3割の自己負担分**と保険給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な療養室料及び特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、倶楽部等で使用する材料費、診断書等の文書作成費、要介護認定の申請代行費等）を**利用料**としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス（入所、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、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）毎に異なります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症専門棟加算）で異なりますし、利用料も施設ごとの設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、次頁以降をご参照下さい。

介護保険には、大きくわけて、入所をして介護保険を利用する施設サービスと在宅にいて種々のサービスを受ける居宅サービスがありますが、それぞれ利用方法が異なっていま

す。
施設サービスを希望される場合は、直接施設にお申し込みいただけますが、**短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、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は、居宅サービス**であり、原則的に利用に際しては、居宅支援サービス計画（ケアプラン）を作成したあとでなければ、保険給付を受けることができませんので注意が必要です。また、送迎、入浴といった加算対象のサービスも、居宅支援サービス計画に記載がないと保険給付を受けられませんので、利用を希望される場合は、居宅支援サービス計画に記載されているか、いないかをご確認ください。
居宅支援サービス計画は、利用者ご本人が作成することもできますが、居宅介護支援事業所（居宅支援サービス計画を作成する専門機関）に作成依頼することもできます。
詳しくは、介護老人保健施設の担当者にご相談ください。

８、苦情の受付について（契約書第９条参照）
（１） 苦情の受付
当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受付けます。
○苦情受付窓口
【担当者】　事　務　長　・　支援相談員
○受付時間等
【曜日・時間】　毎週月～金曜日　　９時００分～１７時００分
【連絡先】TEL　04-2990-2077　　FAX　04-2990-2078

（２） 行政機関その他苦情受付機関

所沢市役所 介護保険課	所在地　：所沢市並木１丁目１－１ 電話番号：04-2998-9429 受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
狭山市 介護保険課	所在地　：狭山市入間川 1 丁目 23 番 5 号 電話番号：04-2953-1111 受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
入間市 介護保険課	所在地　：入間市豊岡一丁目 16 番 1 号 電話番号：04-2964-1111 受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
川越市 介護保険課	所在地　：川越市元町 1 丁目 3 番地 1 電話番号：049-224-6405 受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
東村山市 介護保険課	所在地：東京都東村山市本町 1 丁目 2 番地 3 いきいきプラザ 1 階 電話番号　：042-393-5111 受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時
清瀬市 介護保険課	所在地：東京都清瀬市中里５丁目 842 番地 電話番号：042-492-5111

	受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時まで
埼玉県国民健康保険団体連合会	所在地　：さいたま市中央区下落合１７０４ 電話番号：048-824-2568 受付時間：9 時～17 時

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。

介護予防通所リハビリテーションの場合の利用者負担額（地域加算を含む）

1　保険給付の自己負担額

利用者負担２割の場合２倍の金額に、３割の場合３倍の金額になります。

・要支援１　　２２２３円

・要支援２　　４３３１円

＊本年度に限り感染症または災害の発生の理由で、利用者数の減少が生じた施設に対しての措置として、一定期間、介護保険負担金の 3%分を追加負担して頂く場合があります。上記料金とは別に、追加料金としてサービス提供体制加算２４円／回、入浴介助加算（Ⅰ）４４円、（Ⅱ）６５円／回が加算されます。

2　利用料

①　食費　　６５０円

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

②　日常生活品費／１日　　１８５円

石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、フェイスタオルやおしぼり等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

③　教養娯楽費／１日　　１５５円

倶楽部やレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、ビデオソフト等の費用であり施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

④　おむつ代　　５５円～１５５円

利用者の身体の状況により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

⑤　理美容代　　１，１００円～５，５００円程度

理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

訪問リハビリテーションの場合の利用者負担額（地域加算を含む）

１　保険給付の自己負担額
利用者負担２割の場合２倍の金額に、３割の場合３倍の金額になります。
［要介護１～要介護５］

訪問リハ①２０分の施術	３１９円
訪問リハ②４０分の施術	６３８円
訪問リハ③６０分の施術	９５７円

＊上記施設サービス費とは別にサービス提供体制強化加算７円
介護職員処遇改善加算、所定単位数の１．５％加算となります。
100％自費の場合
［要介護１～要介護５］

訪問リハ①２０分の施術	３１８１円
訪問リハ②４０分の施術	６３６３円
訪問リハ③６０分の施術	９５４４円

＊上記施設サービス費とは別にサービス提供体制強化加算７２円
介護職員処遇改善加算、所定単位数の１．５％加算となります。
＊基本的には１回４０分の実施となり、状況に応じて２０分または６０分の実施へ変更になる場合があります。

２　利用料
①　交通費
事業所より４㎞を超える地域への訪問リハビリテーションでは交通費は実費扱いとなります。
②　その他
コインパーキングを利用する場合はその実費額を徴収する場合があります。

G　介護予防訪問リハビリテーションの場合の利用者負担額（地域加算を含む）

１　保険給付の自己負担額
利用者負担２割の場合２倍の金額に、３割の場合３倍の金額になります。
［要支援１・要支援２］

訪問リハ①２０分の施術	３０８円
訪問リハ②４０分の施術	６１６円
訪問リハ③６０分の施術	９２４円

＊上記施設サービス費とは別にサービス提供体制強化加算７円が加算
介護職員処遇改善加算、所定単位数の１．５％加算となります。
＊基本的には１回４０分の実施となり、状況に応じて２０分または６０分の実施へ変更になる場合があります。

２　利用料
①　交通費
事業所より４㎞を超える地域への訪問リハビリテーションでは交通費は実費扱いとなります。
②　コインパーキングを利用する場合はその実費額を徴収する場合があります。

カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方
当施設では、すべての利用者様に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。
そのため、利用者様又はご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。
具体的には、次のような行為が該当することがあります。
①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
②職員に対する精神的暴力
・大声での叱責や威圧的な言動
・人格を否定する発言や差別的な言動
・業務の範囲を超えた過度な要求
・長時間にわたる執拗な要望やクレーム
③職員に対するセクシュアルハラスメント
・性的な冗談を言う、容姿や体型をしつこく批評する
・連絡先をしつこく聞き出す、プライベートな交際を迫る
・意図的に体に触れる、つきまとい行為をする
・性的な関係を要求する

《別添資料１》

「国が定める利用者負担限度額段階（第１～３段階）」に該当する利用者等の負担額

○　利用者負担は、所得などの状況から第１～第４段階に分けられ、国が定める第１～第３段階の利用者には負担軽減策が設けられています。

○　利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第１～第３段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第４段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）

○　利用者負担第１・第２・第３段階に該当する利用者とは、次のような方です。

【利用者負担第１段階】

生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方

【利用者負担第２段階】

所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が 80 万円以下の方

【利用者負担第３段階】

所属する世帯全員が市町村民税非課税で、利用者負担第２段階以外の方

（課税年金収入額が 80 万円超 266 万円未満の方など）

○　預貯金等の合計金額が単身で 1,000 万円を超える（夫婦では 2,000 万円を超える）場合には、認定の対象外となります。

○　利用者負担第４段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第３段階」の利用料負担となります。

○　その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表（１日当たりの利用料）

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th rowspan="2">食　費</th><th colspan="3">利用する療養室のタイプ</th></tr>
<tr><th>ユニット型個室</th><th>ユニット型準個室
従来型個室</th><th>多床室</th></tr>
<tr><td>利用者負担第１段階</td><td>３００</td><td rowspan="2">８２０</td><td rowspan="3">４９０</td><td>０</td></tr>
<tr><td>利用者負担第２段階</td><td>３９０</td><td rowspan="2">３７０</td></tr>
<tr><td>利用者負担第３段階</td><td>６５０</td><td>１，３１０</td></tr>
</table>

介護老人保健施設（介護予防）訪問リハビリテーション利用同意書

年　　月　　日

（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

埼玉県所沢市下富 1270-9
医療法人社団　明雄会
理事長　髙野　覚　　印

介護老人保健施設　エスポワール所沢
訪問リハビリテーション
説明者職名：

氏　名　　：　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供の開始に同意しました。

利用者　　住所：

氏名：　　印

身元保証人　住所：

氏名：　　印

続柄：

介護老人保健施設のサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書

年　　月　　日

介護老人保健施設エスポワール所沢
管理者　　関　修司　　殿

＜ 利 用 者 ＞
住　　所
電話番号
氏　　名　　印

＜ 保 証 人 ＞
住　　所
電話番号
氏　　名　　印

＜連帯保証人＞
住　　所
電話番号
氏　　名　　印
利用者との関係（　　）

介護老人保健施設のサービス（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）を利用するにあたり、介護老人保健施設エスポワール所沢利用契約に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

１．介護老人保健施設エスポワール所沢の諸規程を守り、職員の指示に従います。
２．使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設エスポワール所沢に対し
　　一切迷惑をかけません。

以上