

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

1 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] サービスを提供する事業者

事 業 者 名 称	社会医療法人 頌徳会		
所 在 地	大阪府堺市東区北野田 6 2 6 番地 TEL：072-235-2068 FAX：072-235-3820		
代 表 者	理事長 日野 頌三	設 立 年 月 日	昭和 6 1 年 4 月 1 日

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所

名 称	日 野 病 院	日野クリニック
所 在 地	大阪府堺市東区北野田 626 番地 TEL：072-235-0090 FAX：072-234-1029	大阪府堺市中区深井中町 1248 番地 TEL：072-276-5111 FAX：072-276-5701
指 定 番 号	2 7 1 0 1 0 9 7 5 8	2 7 1 6 1 0 0 1 2 4
指 定 年 月 日	平成 15 年 7 月 1 日 [介護予防：平成 18 年 4 月 1 日]	平成 22 年 4 月 1 日 [介護予防：平成 22 年 4 月 1 日]

3 事業の目的

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] の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、円滑な運営管理を図るとともに、ご利用者の意思及び人格を尊重し、ご利用者の立場に立った適切な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] サービスを提供することを目的とします。

4 運営方針

- (1) ご利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮して、ご利用者の居宅において、適切なリハビリテーションを行うことにより、心身機能の維持回復を図り、ご利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- (2) ご利用者の心身の状況、生活環境を踏まえて、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な目標等についてご利用者やご家族に対して理解しやすいように説明を行います。
- (3) サービス提供にあたっては、ご利用者の所在する市区町村、地域包括支援センター、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- (4) その他「堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成 24 年 12 月 14 日条例第 58 号)」に定める内容を遵守し、事業を実施します。

5 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況と勤務体制(令和3年4月1日現在)

職 種	職 員 数		勤務区分	勤務体制
	日 野 病 院	日野クリニック		
管 理 者	1.0 名	1.0 名	日勤	8 : 10～17 : 00 他
理 学 療 法 士	5.0 名	4.4 名		
作 業 療 法 士	3.0 名	－		
言 語 聴 覚 士	1.0 名	－		

※職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

(2) 配置職員の業務

職 種	職 務 内 容
管 理 者	主治の医師の指示に基づき適切な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]が行われるよう必要な管理及び職員の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されているサービスの提供に関し、事業所の職員に対して遵守すべき事項についての指揮命令を行う。
理 学 療 法 士	主治の医師の指示、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]計画に基づき、ご利用者の心身機能の回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行う。
作 業 療 法 士	
言 語 聴 覚 士	

6 契約期間と更新

- (1) 契約の有効期間は、契約締結の日から、ご利用者の要介護[要支援]認定の有効期間満了日までとします。但し、契約期間満了以前に要介護状態区分の認定を受け、有効期間満了日が更新された場合には、変更後の有効期間満了日までとします。
- (2) 契約期間満了日の2日前までにご利用者又は事業者から契約終了の申し出がない場合は、契約は同じ条件で自動更新され、以後も同様とします。
- (3) 前項に関わらず、ご利用最終日から1年以上ご利用がなかった場合は、当該期間の経過した日をもって本契約は終了します。

7 サービスの内容

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

介護保険が適用されますので、ご利用者負担は1割(一定以上所得者の場合は2割又は3割)となります。

- ① 心身の機能回復を図るための練習(リハビリテーション)
- ② その他必要なリハビリテーション指導

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

介護保険は適用されませんので、全額ご利用者負担となります。

- ① 地域外訪問

ご利用者の居宅が通常の事業実施地域以外の場合は、別に定める料金をご負担いただきます。

② 複写物の交付

複写物の交付をご希望の場合には別に定める料金をご負担いただきます。

(3) 職員の禁止行為

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〕職員は、サービスの提供にあたって、主治の医師から指示を受けたサービスのみ提供します。また次のような行為はいたしません。

- ① 身体拘束及び行動制限(但し、ご利用者又は第三者の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。)
- ② サービスに関するもの以外の金品の授受。贈り物の授受。
- ③ ご利用者のご家族等に対するサービスの提供。
- ④ 訪問中の飲食、飲酒及び喫煙。
- ⑤ ご利用者、又はご家族等への宗教活動、政治活動、営利活動その他迷惑行為。
- ⑥ 法令や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〕サービス計画に定めのないサービス。

8 サービス提供当日のサービス内容の変更

サービス提供予定日の当日に、ご利用者の体調等の理由により予定されていた内容のサービスが提供できない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、変更したサービスに応じた利用料をご請求いたします。

9 通常の事業実施地域

事業所名	日野病院	日野クリニック
事業実施地域	堺市、富田林市、松原市、 羽曳野市、大阪狭山市	堺市

10 営業日とサービス提供時間

事業所名	日野病院	日野クリニック
営業日	月曜日～土曜日 (日曜のみ休業)	月曜日～土曜日 (日祝・12月30日～1月3日は休業)
サービス提供時間	午前8時40分～午後5時30分	午前8時30分～午後5時

11 サービス計画の作成と変更

- (1) 事業者は、ご利用者の意向や心身の状況、環境等に応じて予め作成されている居宅サービス計画に沿って主治の医師の指示に基づいて、第7条「サービスの内容」による必要かつ適切な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〕サービス計画を作成し、ご利用者や代理人の同意を得てサービスを提供します。
- (2) 事業者は、状況の変化やご意向の変化等によりご相談の上、計画を変更することができます。
- (3) 前項に関わらず、ご利用最終日から1ヶ月以上ご利用がなかった場合は、事業者は、計画を変更することができます。

12 利用料とその他費用

- (1) 通常は、介護保険給付対象サービスの利用料のうち、自己負担額をご負担いただきます。後掲の＜指定訪問リハビリテーションご利用者負担額目安一覧表＞、及び＜指定介護予防訪問リハビリテーションご利用者負担額目安一覧表＞をご参照ください。
- (2) 介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用することもできますが、その場合は限度額を超えた分のサービス費用は全額ご利用者にご負担いただきます。
- (3) キャンセル料
ご利用の中止や変更をご利用予定日の前日午後5時までにお申し出いただかなかった場合、サービス利用料金の自己負担額相当分をキャンセル料としてお支払いいただきます。但し、ご利用者の病変、急な入院等の場合は除きます。
- (4) 事業者が、サービス提供にあたり必要となるご利用者の居宅で使用する備品や電気、ガス、水道等は無償でご提供いただきます。

13 利用料及びその他費用のご請求とお支払方法

- (1) ご請求
 - ① 利用料及びその他費用は、ご利用月ごとに計算し、ご利用月ごとの合計金額をご請求いたします。
 - ② 請求書は、毎月末日で締めて、翌月の15日までにお届けします。
- (2) お支払方法
 - ① ご指定の金融機関口座からご利用月の翌月27日に自動引落しによりお支払いいただきます。(但し、引落日が土・日・祝日の場合は、翌営業日となります。)
 - ② 引落しが確認できましたら、領収書をお届けしますので、保管してください。

※利用料及びその他費用のお支払いが、お支払期日から1ヶ月以上遅延し、更に支払いの督促の日から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解除した上で、未支払分をお支払いいただきます。

14 代理人・費用支払者・連帯保証人の届出

下記内容に相応の代理人・費用支払者・連帯保証人を届出させていただきます。

- (1) 代理人
代理人とは、当事業所とご利用者の話し合いに支障が生じた場合や、ご利用者自身が希望した場合に、ご利用者を代理し、かつ親族一同の窓口になる方とします。
・代理人に一時的に支障のある場合は、親族縁者も同意の上で、代理人が指定し委任状を交付した方にのみ委任することができます。代理人に支障がある状態が長く続く場合は、所定の届出書を提出し、代理人の変更をお願いします。
また、ご利用者がサービス利用中に急変等を起こされた際等に、責任をもってご利用者を引き取ったり、その際に必要な手続きを行う方とします。
- (2) 費用支払者
費用支払者とは、ご利用者負担の利用料その他費用をお支払いいただく自動引落口座の名義人である方とします。
- (3) 連帯保証人
連帯保証人とは、ご利用者負担の利用料その他費用の事業者に対する一切の金銭債務につき、

費用支払者と連帯して履行責任を負う方とします。費用支払者と生計の異なる方をお立てください。

この場合、連帯保証人の負担は、極度額 100,000 円を限度とします。

また、連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、ご利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

15 サービスの記録

事業者は、介護サービスに関する記録書類を整備し、その完結の日から 2 年間(サービス提供記録は提供日から 5 年)保存します。

16 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] 職員の交替

(1) ご利用者からの申し出による交替

ご利用者からの特定の職員の指名はできませんが、選任された職員が業務上不適切と認められる事情があった場合等に交替を希望される理由を明らかにして、事業者は職員の交替を申し出ることができます。

ご利用者のご希望を尊重して調整しますが、当事業所の人員体制等により、ご希望に添えない場合もありますので予めご了承ください。

(2) 事業者による交替

事業者の都合により、職員を交替させていただくことがあります。職員を交替する場合は、ご利用者やご家族にサービス提供上の不利益が生じないよう十分に配慮します。尚、実際のサービス提供にあたっては、複数の職員が交替して提供する場合があります。

17 契約内容の変更

事業者は、契約内容に重要な変更を必要とする場合は、変更について文書を作成してご利用者へその内容を通知し、ご利用者が同意された場合は、同意書を作成します。

利用料等の変更の場合は、変更予定日の原則として 1 ヶ月以上の予告期間をおくものとします。

18 契約の解除と終了

(1) ご利用者は、7 日間以上の予告期間をおいて契約を解除することができます。但し、ご利用者、事業者ともに予告期間なく契約解除又は契約終了となる場合があります。詳しくは利用契約書をご参照ください。

(2) いずれの解除、終了の場合も未払金は直ちにご清算いただきます。

19 身体拘束について

事業者は、ご利用者に対する身体拘束を原則として行いません。但し、やむを得ない事由がある場合には、ご利用者又は代理人の同意を得た上で実施します。更に、定期的に「抑制廃止検討委員会」を実施することにより、サービスの維持向上に努めます。

20 高齢者虐待防止について

(1) 事業者は、ご利用者等の人権の擁護や虐待等の防止のために次の措置を講じます。

① 高齢者虐待防止委員会の開催及び高齢者虐待防止指針の整備。

- ② 虐待を防止するための研修の実施。
 - ③ ご利用者及びご家族からの苦情処理体制の整備。
 - ④ 高齢者虐待防止に係る担当者の設置。
 - ⑤ その他虐待防止のために必要な措置。
- (2) 事業者は、サービス提供中に職員又は養護者(ご利用者のご家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合には、速やかにこれを市区町村へ通報します。

21 感染症の発生及びまん延等防止について

事業者は、感染症の発生及びまん延防止のために次の措置を講じます。

- (1) 感染防止委員会の開催及び感染対策指針の整備。
- (2) 感染症を防止するための研修・訓練の実施。

22 業務継続に向けた取り組みについて

事業者は、感染症や災害が発生した場合であっても必要な介護保険サービスが継続的に提供可能な体制を構築するよう次の措置を講じます。

- (1) 事業継続に向けた計画の整備。
- (2) 自然災害等に関する研修及び被災時を想定した訓練の実施。

23 秘密の保持と個人情報の保護

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者やご家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、後掲の「個人情報の取扱いについて」に基づき、ご利用者及びご家族に関わる個人情報に必要な範囲で利用・提供し、頌徳会グループにおいて共同利用します。また、介護保険サービスを受ける場合の「サービス担当者会議」等において介護支援事業者、その他の関係先に利用・提供します。ご利用者及び代理人は、これらの利用について異議・意見・要望・質問等がある場合は、事業者に申し出て協議の上、その結果に従い事業者が対処することに同意するものとします。
- (3) 緊急入院等緊急を要する場合には、事業者は医療機関や介護関係者等必要な機関にご利用者やご家族に関する情報を提供することができるものとします。
- (4) 事業者は、ご利用者やご家族の個人情報の記録を善良なる管理者の注意をもって管理し、処分の際にも漏洩を防止します。

24 緊急時及び事故発生時の対応

事業者は、サービス提供中にご利用者に緊急の事態や事故が発生した場合、速やかに代理人等に連絡するとともに必要な措置を講じます。万一、代理人等と連絡が取れない場合、事業者の判断により医療機関へ受診していただき、必要な治療や処置を行います。

25 損害賠償責任

- (1) 事業者は、契約に基づくサービスの提供中に事業者の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害については、その責任の範囲において賠償する責任を負います。第23条に定める守秘義務又は個人情報の保護に違反した場合も同様とします。但し、ご利用者に過失が認められる場

- 合には、損害賠償を減じたり、損害賠償責任を負わない場合もあります。
- (2) 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行します。

26 損害賠償がなされない場合

事業者は、事業者の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れるものとします。

- (1) ご利用者が契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項をはじめ、利用契約並びに利用契約に付随する届出内容について、故意又は重大な過失によりこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- (2) ご利用者がサービス提供のために必要な事項に関する事業者の聴取・確認に対して、故意又は重大な過失によりこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- (3) ご利用者の急激な体調の変化等、事業者の提供したサービスに起因しない損害が発生した場合。
- (4) ご利用者が事業者の指示や依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合。

27 苦情等申立先

(1) 事業所窓口

•事業所名：日野病院	•苦情解決責任者：齋藤雅彦
•電話番号：072-235-0090	•苦情担当者：佐野和久
•ご利用時間：午前9時～午後5時	

(2) 市区町村等の窓口

市区町村	名 称	所 在 地	電話番号
•堺 市	健康福祉局長寿社会部介護保険課	堺市堺区南瓦町 3-1	072-228-7513
•堺市堺区	堺保健福祉総合センター地域福祉課	堺市堺区南瓦町 3-1	072-228-7477
•堺市中区	中保健福祉総合センター地域福祉課	堺市中区深井沢町 2470-7	072-270-8195
•堺市東区	東保健福祉総合センター地域福祉課	堺市東区日置荘原寺町 195-1	072-287-8112
•堺市西区	西保健福祉総合センター地域福祉課	堺市西区鳳東町 6-600	072-275-1918
•堺市南区	南保健福祉総合センター地域福祉課	堺市南区桃山台 1-1-1	072-290-1812
•堺市北区	北保健福祉総合センター地域福祉課	堺市北区新金岡町 5-1-4	072-258-6771
•堺市美原区	美原保健福祉総合センター地域福祉課	堺市美原区黒山 167-1	072-363-9316
•富田林市	健康推進部高齢介護課	富田林市常磐町 1-1	0721-25-1000
•松原市	健康部高齢介護課	松原市阿保 1-1-1	072-334-1550
•羽曳野市	保健福祉部保険健康室高年介護課	羽曳野市誉田 4-1-1	072-958-1111
•大阪狭山市	保健福祉部高齢介護グループ	大阪狭山市狭山 1-2384-1	072-366-0011

(3) 公的団体の窓口

•大阪府国民健康保険団体連合会	大阪府中央区常磐町 1-3-8	06-6949-5418
-----------------	-----------------	--------------

指定訪問リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表

利用者負担割合 1割

令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求いたします。下記のご負担額は、あくまで目安であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

※介護保険の1単位は、堺市地域区分で、10.55円に換算されます。

【基本料金】（非課税）

項 目	負担額目安	備 考
訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 費	325	20分につき
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算（Ⅰ）	7	20分につき

<1訪問当りの基本料金（目安）>

（例）1訪問につき 40分のリハビリテーションを提供した（加算項目なし）場合、
訪問リハビリテーション費（308単位×2）＋サービス提供体制強化加算（6単位×2）
＝合計628単位 単位数を計算した後、円換算し、この場合 663円 となります。

【加算項目】（非課税）

加算項目の名称	負担額目安	備 考
短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	211	退院・退所した日又は要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	254	退院・退所日又は訪問開始日から3ヶ月以内の期間に週2回限度
リハビリテーションマネジメント加算イ	190	1ヶ月に1回を限度
リハビリテーションマネジメント加算ロ	225	1ヶ月に1回を限度
リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合	285	1ヶ月に1回を限度
退 院 時 共 同 指 導 加 算	633	1回限り
移 行 支 援 加 算	18	1日につき
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	-53	20分につき
高齢者虐待防止措置未実施減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
業務継続計画未策定減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算（Ⅱ）	4	1回につき

（注）業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

【その他の費用】（課税）

項 目	料 金
通常の実地実施地域以外の場合の交通費	実 費
複 写 物 の 交 付（1枚当たり）	22
サービス提供にあたり必要となるご利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道、その他の費用	無償提供

【キャンセル料】（不課税）

訪問予定日の前日午後5時までに利用中止又は予定日変更のお申し出がなかった場合、キャンセル料として利用予定のサービス料金の自己負担額相当分をお支払いいただきます。

※但し、ご利用者の病変、急な入院等の場合は、キャンセル料はご請求いたしません。

（注）

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

指定訪問リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表

利用者負担割合 2割

令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求いたします。下記のご負担額は、あくまで目安であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

※介護保険の1単位は、堺市地域区分で、10.55円に換算されます。

【基本料金】（非課税）

項 目	負担額目安	備 考
訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 費	650	20分につき
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算（Ⅰ）	13	20分につき

< 1 訪問当りの基本料金（目安） >

（例）1 訪問につき 40 分のリハビリテーションを提供した（加算項目なし）場合、
 訪問リハビリテーション費（308単位×2）＋サービス提供体制強化加算（6単位×2）
 ＝合計628単位 単位数を計算した後、円換算し、この場合 1325円 となります。

【加算項目】（非課税）

加算項目の名称	負担額目安	備 考
短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	422	退院・退所した日又は要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
認 知 症 短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	507	退院・退所日又は訪問開始日から3ヶ月以内の期間に週2回限度
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン マ ネ ジ メ ン ト 加 算 イ	380	1ヶ月に1回を限度
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン マ ネ ジ メ ン ト 加 算 ロ	450	1ヶ月に1回を限度
リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合	570	1ヶ月に1回を限度
退 院 時 共 同 指 導 加 算	1,266	1回限り
移 行 支 援 加 算	36	1日につき
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	-106	20分につき
高 齢 者 虐 待 防 止 措 置 未 実 施 減 算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
業 務 継 続 計 画 未 策 定 減 算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算（Ⅱ）	7	1回につき

（注）業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

【その他の費用】（課税）

項 目	料 金
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域 以 外 の 場 合 の 交 通 費	実 費
複 写 物 の 交 付（1 枚 当 た り）	22
サービス提供にあたり必要となるご利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道、その他の費用	無償提供

【キャンセル料】（不課税）

訪問予定日の前日午後5時までに利用中止又は予定日変更のお申し出がなかった場合、キャンセル料として利用予定のサービス料金の自己負担額相当分をお支払いいただきます。

※但し、ご利用者の病変、急な入院等の場合は、キャンセル料はご請求いたしません。

（注）

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

指定訪問リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表

利用者負担割合 3割

令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求いたします。下記のご負担額は、あくまで目安であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

※介護保険の1単位は、堺市地域区分で、10.55円に換算されます。

【基本料金】（非課税）

項 目	負担額目安	備 考
訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 費	975	20分につき
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算（Ⅰ）	19	20分につき

< 1 訪問当りの基本料金（目安） >

（例）1 訪問につき 40 分のリハビリテーションを提供した（加算項目なし）場合、
 訪問リハビリテーション費（308単位×2）＋サービス提供体制強化加算（6単位×2）
 ＝合計628単位 単位数を計算した後、円換算し、この場合 1988円 となります。

【加算項目】（非課税）

加算項目の名称	負担額目安	備 考
短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	633	退院・退所した日又は要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
認 知 症 短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	760	退院・退所日又は訪問開始日から3ヶ月以内の期間に週2回限度
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン マ ネ ジ メ ン ト 加 算 イ	570	1ヶ月に1回を限度
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン マ ネ ジ メ ン ト 加 算 ロ	675	1ヶ月に1回を限度
リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合	855	1ヶ月に1回を限度
退 院 時 共 同 指 導 加 算	1,899	1回限り
移 行 支 援 加 算	54	1日につき
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	-159	20分につき
高 齢 者 虐 待 防 止 措 置 未 実 施 減 算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
業 務 継 続 計 画 未 策 定 減 算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算（Ⅱ）	10	1回につき

（注）業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

【その他の費用】（課税）

項 目	料 金
通 常 の 事 業 の 実 施 地 域 以 外 の 場 合 の 交 通 費	実 費
複 写 物 の 交 付（1 枚 当 た り）	22
サービス提供にあたり必要となるご利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道、その他の費用	無償提供

【キャンセル料】（不課税）

訪問予定日の前日午後5時までに利用中止又は予定日変更のお申し出がなかった場合、キャンセル料として利用予定のサービス料金の自己負担額相当分をお支払いいただきます。

※但し、ご利用者の病変、急な入院等の場合は、キャンセル料はご請求いたしません。

（注）

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

指定介護予防訪問リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表

利用者負担割合 1割

令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求いたします。下記のご負担額は、あくまで目安であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

※介護保険の1単位は、堺市地域区分で、10.55円に換算されます。

【基本料金】（非課税）

項 目	負担額目安	備 考
介護予防訪問リハビリテーション費	315	20分につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	7	20分につき

< 1 訪問当りの基本料金（目安） >

（例）1 訪問につき 40 分のリハビリテーションを提供した（加算項目なし）場合、
訪問リハビリテーション費（298単位×2）＋サービス提供体制強化加算（6単位×2）
＝合計608単位 単位数を計算した後、円換算し、この場合 642円 となります。

【加算項目】（非課税）

加算項目の名称	負担額目安	備 考
短期集中リハビリテーション実施加算	211	退院・退所した日又は要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
退 院 時 共 同 指 導 加 算	633	1回限り
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	-53	20分につき
利用開始日の属する月から起算して12ヶ月を超えた場合	-32	20分につき
高齢者虐待防止措置未実施減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
業務継続計画未策定減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	4	1回につき

（注）業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

【その他の費用】（課税）

項 目	料 金
通常の事業の実施地域以外の場合の交通費	実 費
複 写 物 の 交 付 （ 1 枚 当 り ）	22
サービス提供にあたり必要となるご利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道、その他の費用	無償提供

【キャンセル料】（不課税）

訪問予定日の前日午後5時までに利用中止又は予定日変更のお申し出がなかった場合、キャンセル料として利用予定のサービス料金の自己負担額相当分をお支払いいただきます。

※但し、ご利用者の病変、急な入院等の場合は、キャンセル料はご請求いたしません。

（注）

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

指定介護予防訪問リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表

利用者負担割合 2割

令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求いたします。下記のご負担額は、あくまで目安であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

※介護保険の1単位は、堺市地域区分で、10.55円に換算されます。

【基本料金】（非課税）

項 目	負担額目安	備 考
介護予防訪問リハビリテーション費	629	20分につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	13	20分につき

< 1 訪問当りの基本料金（目安） >

（例）1 訪問につき 40 分のリハビリテーションを提供した（加算項目なし）場合、
訪問リハビリテーション費（298単位×2）＋サービス提供体制強化加算（6単位×2）
＝合計608単位 単位数を計算した後、円換算し、この場合 1283円 となります。

【加算項目】（非課税）

加算項目の名称	負担額目安	備 考
短期集中リハビリテーション実施加算	422	退院・退所した日又は要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
退 院 時 共 同 指 導 加 算	1,266	1回限り
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	-106	20分につき
利用開始日の属する月から起算して12ヶ月を超えた場合	-64	20分につき
高齢者虐待防止措置未実施減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
業務継続計画未策定減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	7	1回につき

（注）業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

【その他の費用】（課税）

項 目	料 金
通常の事業の実施地域以外の場合の交通費	実 費
複写物の交付（1枚当り）	22
サービス提供にあたり必要となるご利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道、その他の費用	無償提供

【キャンセル料】（不課税）

訪問予定日の前日午後5時までに利用中止又は予定日変更のお申し出がなかった場合、キャンセル料として利用予定のサービス料金の自己負担額相当分をお支払いいただきます。

※但し、ご利用者の病変、急な入院等の場合は、キャンセル料はご請求いたしません。

（注）

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

指定介護予防訪問リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表

利用者負担割合 3割

令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求いたします。下記のご負担額は、あくまで目安であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

※介護保険の1単位は、堺市地域区分で、10.55円に換算されます。

【基本料金】（非課税）

項 目	負担額目安	備 考
介護予防訪問リハビリテーション費	943	20分につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	19	20分につき

< 1 訪問当りの基本料金（目安） >

（例）1 訪問につき 40 分のリハビリテーションを提供した（加算項目なし）場合、
訪問リハビリテーション費（298単位×2）＋サービス提供体制強化加算（6単位×2）
＝合計608単位 単位数を計算した後、円換算し、この場合 1925円 となります。

【加算項目】（非課税）

加算項目の名称	負担額目安	備 考
短期集中リハビリテーション実施加算	633	退院・退所した日又は要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
退 院 時 共 同 指 導 加 算	1,899	1回限り
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	-159	20分につき
利用開始日の属する月から起算して12ヶ月を超えた場合	-95	20分につき
高齢者虐待防止措置未実施減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
業務継続計画未策定減算	-1/100	所定単位数の100分の1に相当する単位数減算
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	10	1回につき

（注）業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

【その他の費用】（課税）

項 目	料 金
通常の事業の実施地域以外の場合の交通費	実 費
複 写 物 の 交 付 （ 1 枚 当 り ）	22
サービス提供にあたり必要となるご利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道、その他の費用	無償提供

【キャンセル料】（不課税）

訪問予定日の前日午後5時までに利用中止又は予定日変更のお申し出がなかった場合、キャンセル料として利用予定のサービス料金の自己負担額相当分をお支払いいただきます。

※但し、ご利用者の病変、急な入院等の場合は、キャンセル料はご請求いたしません。

（注）

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

個人情報取扱について

当会では、ご利用者の人格の尊重を理念とし、「個人情報の保護に関する法律」を遵守してご利用者に関わる個人情報を取扱い管理します。また、当会グループである社会医療法人頌徳会及び社会福祉法人頌徳福祉会の間で、個人情報の共同利用を行います。

ここに同法及び厚生労働省の「ガイドライン」に基づき、個人情報の利用目的につき下記のとおりお知らせします。

【ご利用者への医療・介護の提供に必要な利用目的】

〔当会及び頌徳会グループでの共同利用〕

- 社会医療法人頌徳会及び社会福祉法人頌徳福祉会の施設で、ご利用者に提供する医療・介護（検診・健診を含む）
- 医療保険事務・介護保険事務
- ご利用者に係る管理運営業務のうち、
 - 入退院・入退所等の病棟・居室管理
 - 会計・経理
 - サービスの質向上・安全確保・医療・介護事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - 医療・介護サービスの向上
- 共同利用する個人データの項目
氏名・生年月日・性別、所属事業所名、健康保険の種類（名前）・被保険者／被扶養者区分、健康保険証の記号・番号、ご本人・ご家族の住所・電話番号等の連絡先情報、現病歴、既往歴、家族歴、生活習慣、検査・診断・治療の状況及び結果、処方歴及び処方内容、他院及び他施設からの情報提供内容、当グループでの ID 番号、入院病棟・室番号等、担当職員名、その他同意の上取得する情報
- 共同利用に関する個人データの管理について責任を有する者
社会医療法人頌徳会

〔他の事業者・機関等への情報提供（電子データの提供（渡し切り）を含む）〕

- 当会がご利用者に提供する医療・介護のうち、
 - 他の病院・診療所・助産所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業者等との連携
 - 他の医療機関・介護機関等からの照会への回答
 - ご利用者への診療・介護等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 業務委託 ●家族等への病状等の説明
- 医療保険・介護保険事務のうち、
 - 保険事務の委託
 - 審査支払機関又は保険者へのレセプト（DPC データ含む）の提出
 - 審査支払機関又は保険者への照会
 - 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- 医師賠償責任保険等に係る医療・介護に関する専門の団体・保険会社・顧問弁護士等への相談又は届出等
- 第三者機関へのサービスの質向上・安全確保・医療又は介護事故対応・未然防止等のための報告のうち、
 - 外部監査機関への報告
 - 法令・行政機関・裁判所・検察庁・警察等の機関・監査機関からの命令・捜査・調査に対する回答
 - 人命・身体等の保護のために必要な場合の情報提供
 - 大規模災害時の家族・警察等からの問い合わせに対する回答や意識不明、身元不明者についての家族・警察等からの安否確認に対する回答

【上記以外の利用目的】

〔当会での利用〕

- 医療・介護機関等の管理運営業務のうち、
 - 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 医療・介護及び関連業務についての学生実習への協力
 - 職員の教育・研修
 - 症例検討・研究
 - 治療・介護経過及び予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
 - 広報誌の送付

〔学会・医学誌等への発表、臨床試験等〕

- 特定のご利用者・関係者の症例や事例の学会、学会誌等での発表・報告（氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化）
- 臨床試験及びこれに係わる調査並びに支援業務の委託

ご異議・ご意見・ご要望・ご質問等がございましたら、ご遠慮なく相談窓口・当会職員・事務部、又は総務部にお申し出ください。

また、当施設では、皆さんの安全を守るため防犯カメラを設置し常時録画しています。ご理解とご協力をお願いします。

社会医療法人 頌徳会

理事長 日野 頌三

(ご説明日) 令和 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] のサービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業 者 住 所 大阪府堺市東区北野田 6 2 6 番地
 事業 者 名 社会医療法人 頌徳会
 代表 者 名 理事長 日 野 頌 三

事業 所 住 所 大阪府堺市東区北野田 6 2 6 番地
 事業 所 名 社会医療法人 頌徳会 日野病院

重要事項説明者氏名 _____

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、その内容に同意の上で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] サービスの提供開始に同意しました。

ご 利 用 者 氏 名 (自署) _____
(本 人) 住 所 _____
 電 話 番 号 _____

<ご利用者(本人)の署名を代筆の場合(代理人に限ります)>

代筆者氏名 _____

理 由 _____

代 理 人 氏 名 (自署) _____
 住 所 _____
 電 話 番 号 _____
 続 柄 ご利用者の _____

費用支払者 氏 名 (自署) _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____
続 柄 本人・代理人・その他(ご利用者の _____)

※この重要事項説明書は、厚生省令第 37 号(平成 11 年 3 月 31 日)第 83 条及び 8 条、厚生労働省令第 35 号(平成 18 年 3 月 14 日)第 84 条及び 8 条の規定に基づき、重要事項を説明するために作成したものです。

※本書を 2 通作成し、ご利用者、事業者が署(記)名の上、各 1 通を保有するものとします。