医療法人社団相和会　相和会介護老人保健施設　青葉の郷

重 要 事 項 説 明 書 （訪問リハビリテーション）

重 要 事 項 説 明 書 （介護予防訪問リハビリテーション）

２０２６年5月１日

１　当法人概要-

法人名称	医療法人社団　　相和会	
代表者名	土屋　敦	
所在地　・　電話	相模原市中央区淵野辺３丁目２番８号　電話０４２－７５４－２２２２	
業務の概要	・　淵野辺総合病院　　（１６１床）	昭和３１年8月２８日
	・　横浜ソーワクリニック	平成２６年1月６日
	・　ソーワ健診クリニック	平成２５年１１月１３日
	・　ソーワ町田クリニック	平成２５年4月２５日
	・　みなとみらいメディカルスクウェア	平成２０年2月１日
	・　相和会訪問看護ステーション ・　併設居宅介護支援センター ・　併設定期巡回・随時対応型訪問看護介護	平成８年６月３日 令和３年10月１日 令和６年３月１日
	・　光が丘地域包括支援センター	平成２５年１２月１３日
	・　大野北第１地域包括支援センター	平成２７年4月１日
	・　淵野辺総合病院居宅介護支援センター	平成１１年１０月１０日
	・　相和会介護老人保健施設　　青葉の郷	平成１１年１１月１日
	・　青葉の郷居宅支援センター	平成１２年７月１日
事業所数	13 事業所	

２　事業所の概要

事業所者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	相和会介護老人保健施設　青葉の郷
所在地	相模原市中央区青葉３丁目３６番１号 電話 042-750-116　　ＦＡＸ　042-768-8805
事業所の指定番号	介護老人保健施設　（　神奈川県　　第　1452680049 号）
サービスを提供する実施地域※	相模原市南区の一部、中央区の一部（応相談）

(1) 営業時間

月～金曜日　午前 8 時 45 分から午後 17 時まで

※（土曜・日曜・祝日・１２月２９日～１月３日は休業）

(2) 職員体制

従業者の職種	人数	区分	業務の内容
管理者（医師）	１人	常勤　兼務	介護保険施設管理者兼務
理学療法士	２人	常勤　兼務	
作業療法士	２人	常勤　兼務	

３　事業所の目的と運営の方針

（目的）

医療法人社団相和会が開設する青葉の郷（以下事業所）が行う指定居宅サービスに該当する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（以下「訪問リハビリテーション」）の事業は要介護状態等になった場合においても、その利用者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を営むことができるよう、利用者の居宅に於いて、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事により、利用者の心身の機能の維持回復を目指すことを目的とする

（方針）

居宅サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療を行う事により、そのものが有する能力に応じ自立した日常生活営むことが出来る様に努めるものとする

地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービスまたは、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする

4　利用料金

介護保険の適用がある場合は、原則として利用料表の合計利用額の１割、または２割、または３割が利用者の負担金となります

(ア)訪問リハビリテーション・基本額

算定項目	単位	利用者負担		
		１割	２割	３割
訪問リハビリテーション費（２０分）	308／回	329 円	657 円	985 円

(イ)訪問リハビリテーションの加算額

項目	単位	利用者負担			内容
		１割	２割	３割	
短期集中リハビリテーション実施加算	200／回	214 円	427 円	640 円	退院（所）日又は認定日から 3 月以内
リハビリテーションマネジメント加算１	180／月	192 円	384 円	576 円	進歩状況を定期的に評価
リハビリテーションマネジメント加算２	213／月	227 円	454 円	681 円	リハビリテーション計画書等の内容を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用していること。
リハビリテーションマネジメント加算３	270／月	288 円	576 円	864 円	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。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240／回	256 円	512 円	768 円	認知症であると医師が判断した者で、リハビリによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から 3 月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行う場合。
口腔連携強化加算	50/回	54 円	107 円	160 円	・事業所の従業者が口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供した場合。 ・歯科点数表 C000 に掲げる歯科訪問診療料算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が当該従業者からの相談等に対応する体制を確保しその旨を文書等で取り決めていること。

訪問リハ計画診療未実施減算	-50／回	-54 円	-107 円	-160 円	医師が診療を行っていない利用者にサービスを提供した場合。
退院時共同指導加算	600/回	640 円	1280 円	1919 円	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師または理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に１回に限り算定。
訪問リハビリ 移行支援加算	17／回	19 円	37 円	55 円	訪問リハ終了後、通所介護を実施した利用者の占める割合が 100 分の５超。
訪問リハ サービス提供体制強化加算Ⅰ	6／回	7 円	13 円	19 円	サービスを提供するセラピストのうち、勤続年数が３年以上のものが１名いること。
介護職員等処遇改善加算	所定単位数に 15/1000 を加算（令和８年６月１日から）				

※地域加算　　１単位＝10.66 円

(ウ) 予防訪問リハビリテーション基本額

算定項目	単位	利用者負担		
		１割	２割	３割
予防訪問リハビリテーション費（２０分）	298／回	318 円	636 円	953 円

(エ) 予防訪問リハビリテーションの加算額

項目	単位	利用者負担			内容
		１割	２割	３割	
短期集中リハビリテーション実施加算	200／回	214 円	427 円	640 円	退院（所）日又は認定日から３月以内
口腔連携強化加算	50/回	54 円	107 円	160 円	・事業所の従業者が口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供した場合。 ・歯科点数表 C000 に掲げる歯科訪問診療料算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が当該従業者からの相談等に対応する体制を確保しその旨を文書等で取り決めていること。
予防訪問リハ計画診療未実施減算	-50／回	-54 円	-107 円	-160 円	医師が診療を行っていない利用者にサービスを提供した場合。

予防訪問リハ12月超減算	-30／回	-32円	-64円	-96円	利用開始日から起算して 12 か月を超えて介護予防リハビリテーションを行う場合。
退院時共同指導加算	600/回	640円	1280円	1919円	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師または理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に１回に限り算定。
予防訪問リハ サービス提供体制強化加算Ⅰ	6／回	7円	13円	19円	サービスを提供するセラピストのうち、勤続年数が 3 年以上のものが１名いること。
介護職員等処遇改善加算	所定単位数に 15/1000 を加算（令和８年６月１日から）				

※地域加算　　１単位＝10.66円

（2）その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者負担となります

（3）　解約料

お客様はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません

５．ご利用料金のご請求及びお支払

＜ご利用料の算定・〆日＞

□　ご利用料算定の〆日は、毎月末日になっております。
当月１日～当月月末の１ヵ月分のご利用料を精算し、この１ヵ月分のご利用料をお支払いいただきます

＜ご請求書の発行＞

□　当月１ヵ月分のご利用料を原則として翌月 10 日にご請求書を発行し、11 日以降のご利用日に訪問職員がご利用者及びご家族に請求書をお渡しします。また、ご郵送希望の方は、毎月 10 日に請求書を作成し、15 日に切手代自己負担にて登録されました住所へご送付いたします

＜ご利用料の支払期限＞

□　当月１カ月ご利用料を翌月末日までにお支払いください。（1 ヵ月分の後払いということになります）

＜支払方法＞

□　ご利用料の支払は、口座振替（銀行引き落としともいう）のみとなります

＜口座振替でのお支払い＞

□　口座振替依頼書に所定事項をご記入、ご捺印のうえ、ご提出下さい

□　口座振替日は毎月 27 日（日曜・祝祭日の場合は翌営業日）です。当月分のご利用料は、翌月の 27 日に銀行口座から引き落とされます
訪問リハビリテーションサービス料金を口座振替で支払っている利用者が利用中止する際の利用最終月分のご利用料は、翌月の 27 日に銀行口座から引き落とされます

６．介護サービス料金の変更

□　介護保険法または関係法令の変更、利用者の要介護度の変更などにより、介護報酬の利用者本人負担分に変更が生じた場合には、当該理由による変更額を上限として、変更後の介護報酬の利用者本人負担分を請求いたします

□　介護保険給付対象外の介護サービス料金を変更するには、利用者の同意を得るものとし、利用者が同意しない場合には、当事業所は本契約を解除することができます

７．サービス利用の期間

□　居宅ケアマネージャーの計画に沿った期間でサービスを提供します

□　当事業所は介護保険の対象となる施設です。介護保険上、要支援１以上の認定を受けた方であって、所定の手続きを完了して方がご利用いただけます

８　利用契約の終了

利用契約は、利用者側による解除、事業所側による解除または一定の事実が生じたことによる自動的終了の三つの場合に終了します

（1）利用者による解除

□　利用者は事業所に利用中止の意思表明をすることにより、利用契約を解除・終了することができます
□　当事業所が法令もしくは本契約に違反した場合または当事業所の職員が利用者に対して不法行為を行った場合には利用者は、予告期間なく、解除およびその理由を当事業所に通知することにより利用契約を直ちに解除することができます
□　担当のケアマネージャーを通じて利用中止の意向を伝えることもできます

（2）当事業所による解除

当事業所は、利用者が次の各号に該当する場合、書面で利用者に対し通知することにより本利用契約を解除することができるものとし、当該予告期間の満了日に本利用契約が終了します

□　利用者が介護サービス利用料金を１ヵ月以上滞納したとき
□　利用者が契約に違反し、当事業所から是正を勧告されても、2週間以内に是正されないとき
□　利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破損行為を行い、改善の見込みがないと当事業所が判断したとき
□　利用者が当事業所の職員に対して、わいせつな言動や暴力、暴言、背信行為、もしくは反社会的行為を行ったとき、または、特定の政党のために応援、勧誘、その他政治活動を行ったとき
□　天災地変・災害などで訪問リハビリテーションサービスを提供できなくなったとき
□　利用者が「６.介護サービス料金の変更」に記載の介護サービス料金変更に同意しないとき。
□　身元引受人が本契約に違反したとき、または虚偽の申請、報告をしたとき
□　利用者の家族・身元引受人などが当事業所の職員に対して執拗なクレームまたは常識外の要求を行って職員を当惑させる等、いわゆる「クレーマー」行為を行い、当事業所から注意されたにもかかわらず、改善しようとしないとき
□　利用者、身元引受人が反社会的勢力の一員であることが判明したとき

（3）本利用契約の終了

次の事項に該当する場合には、本利用契約は当然に終了します
□　利用者が要介護認定において自立と認定された場合
□　利用者において、訪問リハビリテーションサービスの必要性がなくなったとき
□　利用者が死亡したとき

９　訪問リハビリテーション禁止行為

（１）　利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
（２）　利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
（３）　利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
（４）　身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除く）
（５）　その他利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為）

１０　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計画書（以下、訪問リハビリテーション計画書等）の作成

□　当事業所の医師が診察を行い、医師の指示のもと、利用者の心身の状況、病状、希望及び置かれている環境等に基づき、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、訪問リハビリテーション計画書等を作成し、計画書に沿って訪問リハビリテーション等を行います
□　前項の計画書の作成は、居宅介護サービス計画及び介護予防サービス計画の内容に沿って作成します
□　当事業所は、作成した訪問リハビリテーション計画等の内容について利用者又は身元引受人に対して説明を行い、十分な理解を得た上で同意を頂くとともに、当該訪問リハビリテーション計画書等を交付します

１１　秘密保持

□　当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者、若しくはその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当事業所は利用者及び扶養者から、事前に文書を作成し同意を得た上で行うこととします。
　①　介護保険サービスを利用するための市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者への情報提供、あるいは適切な在宅療養を送るための医療機関への療養情報の提供
　②　介護保険サービスの質的向上を図るための学会及び研究会等での事例研究発表。この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用する事を厳守します
□　前項に挙げる事項は、利用終了後も同様の取扱とします

１２　身元引受人

当事業所では、原則として、利用者１名につき、身元引受人１名を選任していただいております

（1）　身元引受人の役割

身元引受人は、当事業所が利用者に対する処置・取扱方法(例、医療機関での治療・処置など)、質問した際に本人に代わって、回答していただくことが、重要な役割です。

当事業所が身元引受人に相談する機会は、比較的多いので、ご家族など利用者本人に関して詳しい、正常な成人が適切です

（2）　身元引受人の住所・電話番号・勤務先など、利用契約書に記載した内容が変更になった場合には、その変更後の内容を速やかに当事業所に書面でご通知ください。

（3）　身元引受人を変更しようとするときには、事前にご一報ください

１３　記録

□　当事業所は、利用者の介護保険施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録をサービス提供の日から５年間保管します。

□　当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、当事業所の定める費用を徴収のうえ、原則としてこれに応じます。

□　当事業所は、身元引受人が第１項の記録の閲覧、謄写を求めたときには、閲覧、謄写を必要とする事情を確認して当事業所が必要と認める場合に限り、当事業所の定める費用を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思を表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当事業所が認める場合には、閲覧、謄写に応じないことができます。

□　前項は、当事業所が身元引受人に対して連帯保証の債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。

□　当事業所は、利用者及び身元引受人以外の親族が第１項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者の承諾がある場合に限り、当事業所の定める費用を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当事業所が認める場合には、閲覧、謄写に応じないことができます。

□　原則として利用者様本人ですが、次の場合には、利用者様以外の方が代わって申請できます。

・利用者様本人に法定代理人が居る場合には、法定代理人

・診療契約に関する代理権が付与されている任意代理人

・利用者様本人から代理権を与えられた親族

・利用者本人の親族

「親族」とは利用者様本人の配偶者、子、孫、実親および兄弟姉妹の方です。

戸籍謄本等、証明できる書類をご持参ください。

＊弁護士、保険会社等は申請の対象外です。

・１階受付窓口にて受け付けております。電話、メールによる受付はおこなっておりません。
・閲覧・謄写の申請書にご記入いただきます。
・申請者が閲覧・謄写の申請者にあてはまることを証明できる書類をご持参ください。
・閲覧・謄写の可否を確認するまで概ね２週間ほどお時間がかかります。ご了承ください。
・受付時間
月～土（年末年始、日曜日、祝日を除く）、９時～１７時まで
・閲覧・謄写に要する費用は次の通りです。
・閲覧・謄写の手数料（内税込み）
閲覧　１時間以内１，０００円　それ以降　１，０００円/１時間
複写　１枚につき３３円
・専門職による説明
医師　　１時間以内５，０００円　それ以降　５，０００円/１時間
医師以外　１時間以内３，０００円　それ以降　３，０００円/１時間

□ 当事業所は利用者の介護保険施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後５年間は保管します
□ 当事業所は利用者の前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には原則としてこれに応じます但し身元引受人、その他の者に対しては、利用者の承諾、その他必要と認められる場合に限り、これに応じます

１４　身体拘束の禁止

□ 当事業所は、原則として利用者に対し身体的拘束を行いません。但し、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するためにやむを得ない場合は、身体拘束適正化検討委員会で協議の上、利用者及び身元引受人の同意を得、実施することもあります。その場合は拘束に関する同意書を利用者及び身元引受人から頂きます
□ 実施する場合には当事業所の医師が利用者の様態及び拘束時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載し、状況をサービス提供記録に記載します
□ 身体的拘束の解除を目標に施設サービス計画を作成し、継続的カンファレンスを行います

１５　虐待防止について

事業者は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
□ 虐待防止に関する責任者として施設運営管理者を選定しています
□ 定期的に委員会を開催し、虐待防止に向けた指針を作成します
□ 従業者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施しています
□ 成年後見制度の利用を支援します
□ 苦情解決体制を整備しています
□ サービス提供中に当該事業従事者または養護者等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報します

１６　ハラスメント対策の強化について

□　利用者が他の入所者又は当事業所の職員に対して、わいせつな言動や暴力、暴言、背信行為、もしくは反社会的行為を行ったとき、または、当事業所内で特定の政党のために応援、勧誘、その他政治活動を行ったとき等に必要な措置を講じます

□　介護現場におけるハラスメント対策マニュアルに沿ってハラスメントの対策を法人、事業所として行います従業者に対するハラスメント防止のため、利用者やその家族等に対してハラスメントについて説明を行い、従業者に対し研修を実施するなど必要な措置を講じます

１７　感染症対策について

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から以下の取組を行います
委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練の実施を行います
□保険所と連携し感染拡大防止体制を確立します

１８　業務継続の取組の強化について

新型コロナウィルス感染症や自然災害時は可能な限り業務が継続できるように平時から体制を構築し、行政及び、地域との連携を確立します
委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練の実施を行います

１９　リスクマネジメントの強化について

介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応を促進する観点から、外部の研修を受けた担当者を配置し、組織的に安全対策を実施する体制を構築します

□　安全対策に対する責任者として施設リスクマネージャーを選定しています
□　定期的に委員会を開催し、安全対策に向けた指針を作成します
□　従業者に対して安全対策を啓発、普及するための研修を実施しています

２０　事故時の対応等

□　利用者の方々の安全に十分配慮していますが、職員の目の届かない場所での転倒等、避けられない事故が発生することや、また高齢の方が多く、入所時の健康状態に問題がなくても急変の可能性は十分に考えられます。その場合、速やかに協力病院である渕野辺総合病院、または他の医療機関に搬送し、治療を受けられるよう協力します。また、相模原市福祉基盤課への報告を行います

２１　相談窓口、苦情対応

1）サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします

当事業所 お客様相談窓口	電 話 番 号 : 042（ 750 ）1116 ＦＡＸ番号 : 042（ 768 ）8805 支援相談員　※御意見箱への投函も可能です。 対 応 時 間 : 平日　9:00 ～ 17:00

2）公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます

相模原市 介護保険相談窓口 市）福祉基盤課	所　在　地 : 相模原市中央区富士見 6-1-20（あじさい会館 4 階） 電 話 番 号 : 042 （ 754 ） 1111　市役所代表 電 話 番 号 : 042 （ 769 ）9226　福祉基盤課直通 ＦＡＸ番号 : 042 （ ）　福祉基盤課 FAX 対 応 時 間 : 平日（月～金）8:30 ～ 17:15

3）神奈川県国民健康保険団体連合

神奈川県 国民健康保険 団体連合 (国保連)	所 在 地 : 横浜市西区楠町 27-1 電話番号 : 042-329-3447（苦情専用）直通 対応時間 : 平日（月～金）8:30 ～17:15

4）サービスの提供に伴って当事業所帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は、利用者に対して損害を賠償するものとします

5）重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします

２２　緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じると共に、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します

家族等緊急連絡先	氏　　名　　続柄 住　　所 電話番号
主治医	医療機関名 主　治　医 電 話 番 号

年　　月　　日

訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました

事業所　　所在地　　相模原市中央区青葉３丁目３６番１号

事業所名　　相和会介護老人保健施設青葉の郷

説明者　　印

私は、本書面により事業者から訪問リハビリテーションについての重要な事項の説明を受け、その内容について同意致します

利用者　　住 所

氏名　　印

（代理人）住 所

氏 名　　印

本人との関係（　　）