

重要事項説明書

介護老人保健施設エルサ上尾のご案内

(令和6年6月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 エルサ上尾
- ・開設年月日 平成15年12月1日
- ・所在地 埼玉県上尾市藤波3丁目265番地1号
- ・電話番号 048-787-8686 ・ファックス番号 048-787-8687
- ・管理者名 梅本 淳
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(号) 1151680032

(2) (介護予防)訪問リハビリテーションの目的と運営方針

(介護予防)訪問リハビリテーションは、要介護者(要支援者)の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅などにおいて理学療法、作業療法または言語聴覚療法、その他の必要なリハビリテーションを行うことによって、利用者の心身の機能維持回復を図り、利用者の生活維持又は、向上を目指すものとする。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設エルサ上尾の運営方針]

当施設は、①高齢者の自立支援 ②利用者の在宅生活継続の支援
③地域・家庭との結びつき ― を追求していきます。

(3) 施設の職員体制

職種	勤務形態・人数	業務内容
・管理者	常勤医師(兼務) 1人	・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるための必要な指揮命令を行います。 ・利用者の健康状態等のチェックと従業者への訪問リハビリにおける指示を行います。
・医師	常勤 1人 非常勤 1人	・利用者の健康状態等のチェックと従業者への訪問リハビリにおける指示を行います。
・理学療法士	常勤 1人 非常勤 1人	・利用者の健康状態・心理状態のチェック、把握と生活する上での指導を行います。 ・日常生活を営むのに必要な機能の回復及び減退を防止するためのリハビリテーションマネジメントと機能訓練を行います。
・作業療法士	常勤 1人 非常勤 1人	
・言語聴覚士	常勤 1人 非常勤 1人	

(4) 通常の事業の実施地域

上尾市、桶川市、北本市

2. 提供サービス

【1】（介護予防）訪問リハビリテーション

（1）サービス内容

- ①（介護予防）訪問リハビリテーション計画の立案・実施・評価・見直し
- ② リハビリテーションマネジメント
- ③ 住宅改修や福祉用具選定の相談援助
- ④ 行政手続代行

（2）利用料、その他の費用

1）訪問リハビリテーション

ア 基本利用料（20分1単位）

利用した場合の基本利用料は以下の通りです。利用者負担額は厚生労働大臣の定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

*地域区分1単位の単位を含む（10.33円）（6級地）

一回当たりの 所要時間	介護度	利用者10割負担額	利用者1割負担	利用者2割負担	利用者3割負担
20分	要介護 1～5	3,182円	319円	637円	955円

イ 加算

要件を満たす場合、基本料金に以下の料金が加算されます。

① サービス実施による加算

加算の種類	要件	利用者 10割負担額	利用者 1割負担額	利用者 2割負担額	利用者 3割負担額
リハビリテーションマネジメント加算1	①計画書作成②定期的評価③必要に応じた見直し④リハビリテーション会議を3か月に1回行い、訪問リハビリ計画について理学療法士等が説明・同意を得た場合	1月につき 1,859円	1月につき 186円	1月につき 372円	1月につき 558円
リハビリテーションマネジメント加算2	上記加算1の要件に加え、厚労省にデータの提出を行った場合	1月につき 2,200円	1月につき 220円	1月につき 440円	1月につき 660円
リハビリテーションマネジメント加算3	訪問リハビリテーション計画書について、訪問リハビリテーション事業所の医師が説明し、同意を得た場合	1月につき 2,789円	1月につき 279円	1月につき 558円	1月につき 837円

短期集中リハビリテーション加算	退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間にリハビリを実施した場合	1回につき 2,066円	1回につき 207円	1回につき 414円	1回につき 620円
認知症短期集中リハビリテーション加算	認知症であると医師が判断した者であって、生活機能の改善が見込まれる者に対し、退院（所）日または訪問開始日から起算して3月以内の期間に1週に2日を限度としリハビリを実施した場合	1日につき 2,479円	1日につき 248円	1日につき 496円	1日につき 744円
退院時共同指導加算	医療機関に入院中の者が退院するにあたり、事業所の理学療法士等が退院前カンファレンスに参加、共同指導を行い、当該者が初回の訪問リハビリテーションを行った場合	1回につき 6,198円	1回につき 620円	1回につき 1,240円	1回につき 1,860円
計画診療未実施減算	事業所の医師がリハビリテーション計画作成に関わる診療を行わなかった場合	1回につき -517円	1回につき -52円	1回につき -104円	1回につき -156円

② 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用者 10割負担額	利用者 1割負担額	利用者 2割負担額	利用者 3割負担額
移行支援加算	訪問リハビリを行い、利用者の社会参加等（通所介護等への移行）を支援し、評価対象期間にて基準を満たした場合	1回につき 176円	1回につき 18円	1回につき 36円	1回につき 53円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	厚生労働大臣が定める基準（勤続年数7年以上の者）が1名以上いる場合	1回につき 62円	1回につき 7円	1回につき 13円	1回につき 19円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	厚生労働大臣が定める基準（勤続年数3年以上の者）が1名以上いる場合	1回につき 31円	1回につき 4円	1回につき 7円	1回につき 10円

2) 介護予防訪問リハビリテーション

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下の通りです。利用者負担額は厚生労働大臣の定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

*地域区分1単位の単位を含む(10.33円)(6級地)

1回当たりの 所要時間	介護度	利用者 10割負担額	利用者 1割負担額	利用者 2割負担額	利用者 3割負担額
20分	要支援 1~2	3,078円	308円	616円	924円

① サービス実施による加算

加算の種類	要件	利用者 10割負担額	利用者 1割負担額	利用者 2割負担額	利用者 3割負担額
短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)又は認定日から起算して3ヶ月以内の期間にリハビリを実施した場合	1回につき 2,066円	1回につき 207円	1回につき 414円	1回につき 620円
退院時共同指導加算	医療機関に入院中の者が退院するにあたり、事業所の理学療法士等が退院前カンファレンスに参加、共同指導を行い、当該者が初回の訪問リハビリテーションを行った場合	1回につき 6,198円	1回につき 620円	1回につき 1,240円	1回につき 1,860円
計画診療未実施減算	事業所の医師がリハビリテーション計画作成に係る診療を行わなかった場合	1回につき -517円	1回につき -52円	1回につき -104円	1回につき -156円
12月超え減算	利用開始月より起算して12月を超えて利用した場合 ※3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、計画書の見直し、厚労省へデータを提出した場合は減算を行わない	1回につき -310円	1回につき -31円	1回につき -62円	1回につき -93円

② 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用者 10割負担額	利用者 1割負担額	利用者 2割負担額	利用者 3割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	厚生労働大臣が定める基準(勤続年数7年以上の者がいる)に適合し、ご利用者に対し訪問リハビリを行った場合	1回につき 62円	1回につき 7円	1回につき 13円	1回につき 19円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	厚生労働大臣が定める基準(勤続年数3年以上の者がいる)に適合し、ご利用者に対し訪問リハビリを行った場合	1回につき 31円	1回につき 4円	1回につき 7円	1回につき 10円

(3) 支払い方法

- ・お支払い方法は、銀行口座引き落としになります。銀行口座引き落としが困難な場合はご相談ください
 - ・毎月 15 日までに、前月分の請求書を発行します。その月の 28 日（土、日、祝日の場合は翌日）に引き落としいたします。
- 領収書を発行し、翌月 15 日頃送付いたします。

3. 緊急時の対応方法

当施設では、サービス提供中に利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要があった場合は速やかに主治の医師へ連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治の医師	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する介護サービス等の提供について事故が発生した場合は、直ちに管理者の責任において必要な措置を採るとともに利用者の家族等に連絡をします。また、死亡事故その他重大な事故については、遅滞なくその概要を県及び市区町村に報告することとします。
- ② 事故が発生した場合は、管理者はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。事故に至らない出来事（インシデント）についても、同様とします。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償致します。
下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社

保 険 名：全日病団体保険

5. 個人情報の利用目的

当施設では利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念のもと、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

- ① 利用者等への訪問リハビリテーションの提供に必要な利用目的

【当施設での利用】

- ・当施設で利用者等（検診・健診を含む）に提供するリハビリテーション
- ・介護保険事務
- ・利用者に係る管理運營業務のうち、

- －入退所等の療養棟管理
- －会計・経理
- －質向上・安全確保・療養・リハビリテーション事故あるいは未然防止等の分析・報告
- －利用者等への訪問リハビリテーションサービスの向上

【他の事業者等への情報提供】

- ・当施設が利用者等に提供する訪問リハビリテーションのうち、
 - －他の老健施設、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等との連携
 - －他の医療機関等からの照会への回答
 - －利用者等の療養等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託・その他の業務委託
 - －家族等へのリハビリテーション状況説明

- ・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の提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答

- ・医師賠償責任保険などに係る、医療、介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- ・第三者機関への質向上・安全確保・医療事故対応・未然防止等のための報告
- ・感染管理・安全対策および医療・介護の質向上のため、上尾中央医科グループの病院・施設からの照会があった場合

② 上記以外での利用目的

【当施設での利用】

- ・当施設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
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究
 - －利用者への満足度調査や業務改善のためのアンケート調査

【学会・医学誌等への発表】

- ・特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。

【他の事業者等への情報提供を伴う事例】

- ・当施設の管理運営業務のうち、
 - －外部監査機関への情報提供
 - －当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

6. 訪問リハビリテーション利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意頂きたいことは、以下の通りです。

- ①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ときは、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下さい。

②主治の医師から指示事項がある場合は申し出ください。

③（介護予防）訪問リハビリテーションは、かかりつけ医からの診療情報（診療情報提供書）を基に、当事業所医師による診療・指示に基づいて開始されます。指示書の有効期間は3か月となっております。

「（介護予防）訪問リハビリテーション計画書」を作成・説明し、同意を得たうえでサービス提供を開始します。

7. 非常災害対策

・防災訓練 年2回

8. 禁止事項

当施設では、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

9. 相談・要望及び苦情等の窓口

（1）苦情処理の体制

ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制は以下の通りです。

☆サービス相談窓口☆	
サービス担当責任者 事務長：佐々木 陽介	
リハビリテーション科責任者：杉山 美幸	
電話番号：048-787-8686（代表）	
048-787-3087（直通）	
（受付時間）	午前9時00分から午後17時00分まで
月曜日から土曜日（祝日・年末年始12/31から1/3を除く）	

☆その他の相談窓口☆	
上尾市役所 高齢介護課	048-775-6473（直通）
桶川市役所 高齢介護課	048-786-3211（代表）
北本市役所 高齢介護課 高齢者福祉担当	048-594-5539（直通）
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係	048-824-2568 （苦情相談専用）

10. 第三者評価の実施状況

平成26年1月22日実施

株式会社 フィールズ

11. 営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで（12月31日～1月3日までを除く）
営業時間	8時30分から17時30分まで
サービス提供時間	8時30分から17時30分まで

12. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人保健施設エルサ上尾についての重要事項の説明を受け、同意致します。

[利用者]

(利用者本人)

住 所

氏 名

印

(利用者の保証人)

住 所

氏 名

印

電話番号

(連帯保証人)

住 所

氏 名

印

電話番号

介護老人保健施設（介護予防）訪問リハビリテーションサービス提供契約書

（以下、「利用者」という。）と医療法人社団愛友会（以下、「当施設」という。）は、当施設が利用者に対して行うサービスの提供について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 医療法人社団愛友会（以下「当施設」という。）は、要支援・要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が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、一定期間（介護予防）訪問リハビリテーションサービスを提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約書の目的とします。

（適用期間）

第2条 本契約は、利用者が（介護予防）訪問リハビリテーションサービス提供契約書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに契約を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、別紙1の改定が行なわれない限り、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び扶養者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、本契約に基づく（介護予防）訪問リハビリテーションサービス利用を解除・終了することができます。なお、利用者及び扶養者は、当施設・居宅サービス計画作成者に、速やかに連絡するものとします。

（当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく（介護予防）訪問リハビリテーションサービス利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供が困難と判断された場合
- ③ 利用者及び扶養者が、本契約に定める利用料金を1か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合
- ④ 利用者又は扶養者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑤ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設の利用が困難な場合

（記録）

第5条 当施設は、利用者の（介護予防）訪問リハビリテーション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。

2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）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。

（秘密の保持）

第6条 当施設とその職員は、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。職員の退職後、利用者の利用終了後も同様の取扱いとします。

(個人情報の利用目的)

第7条 当施設はお預かりしている個人情報について、利用目的を明らかにし、その利用目的の範囲を超えて利用いたしません。

(緊急時の対応)

第8条 (介護予防) 訪問リハビリテーションサービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第9条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

2 当施設は利用者の家族等・利用者又は、扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第10条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情等について申し出ることができ、備付けの用紙、又は、管理者宛ての文書で申し出ることができます。

(賠償責任)

第11条 (介護予防) 訪問リハビリテーションサービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(事業者との連携)

第12条 施設は、(介護予防) 訪問リハビリテーションサービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者、介護支援専門員、及び保健医療サービス、並びに介護福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(利用契約に定めのない事項)

第13条 この契約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施設が誠意をもって協議して定めることとします。

(裁判管轄)

第14条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は利用者及び施設は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを合意いたします。

前記のサービス提供に同意したため、本書 2 通を作成し、利用者、施設が署名捺印の上、1 通ずつ保有します。

契 約 日 令和 年 月 日

【事業者】

施設名 医療法人社団愛友会 介護老人保健施設 エルサ上尾
住 所 埼玉県上尾市市藤波 3 丁目 2 6 5 番地 1 号
代表者 理事長 中村 康彦

印

【利用者】

(利用者本人)

住 所
氏 名

印

(利用者の保証人)

住 所
氏 名
電話番号

印

(連帯保証人及び極度額)

住 所
氏 名
電話番号

印

極度額 100,000 円

【請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【緊急時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

