

## 重要事項説明書

### 介護老人保健施設サンシルバー市川 訪問リハビリテーションのご案内 (2026年6月1日現在)

#### 1. 施設の概要

##### (1) 施設の名称等

- ・施設名 サンシルバー市川 訪問リハビリテーション
- ・所在地 千葉県市川市北方町4丁目1460
- ・電話番号 047-303-5533 (代表)
- ・ファックス番号 047-303-5535
- ・ホームページアドレス <http://sunsilver-ichikawa.com>
- ・指定年月日 令和3年10月1日
- ・管理者名 片桐 美鈴
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(1252780070)

##### (2) 職員体制

職 種	常 勤	非常勤
管理者(理学療法士)	1名(兼務)	
医 師	1名(兼務)	
理学療法士		2名(兼務)
作業療法士	1名(兼務)	1名(兼務)
事 務	1名(兼務)	

##### (3) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	サンシルバー市川訪問リハビリテーション
事業者の所在地	千葉県市川市北方町4丁目1460
提供できるサービス	訪問リハビリテーション
サービスを提供できる地域	<b>【市川市】</b> 柏井町1～3・南大野・大野町1丁目・奉免町 北方町・本北方・中山・若宮・八幡4～6丁目 菅野・東菅野・宮久保・下貝塚・東国分・曾谷 須和田1丁目・鬼越1丁目・平田・新田  <b>【船橋市】</b> 藤原1丁目・印内2～3丁目・古作・前貝塚町 上山町1丁目・山手3丁目・西船6～7丁目

※上記地域以外の方でサービスをご希望の方はご相談下さい。

#### (4) サービス提供時間帯

サービス提供日	月曜日から金曜日。但し、国民の祝日、年末年始 12/31～1/3 を除く
サービス提供時間	午前 10時から午後 4時30分

#### 2. 事業の目的及び運営方針

訪問リハビリテーションは、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画に基づき、利用者の居宅において、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ことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師の指示及び理学療法士、作業療法士等訪問リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、訪問リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・契約者（家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、利用者またはその家族に対し、リハビリテーションの観点から日常生活上必要とされる事項について、理解しやすいように指導または説明を行います。

それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

#### 3. サービス担当者会議等での情報提供

介護支援専門員より作成された「居宅サービス計画」に基づき、サービス提供を行います。「居宅サービス計画」の目標達成のため、利用者の状況を適時観察し、計画内容を協議するため、サービス担当者会議等において、利用者ならびにその家族の個人情報を用いる事があります。

#### 4. サービス内容と費用

①理学療法士、作業療法士が利用者の自宅を訪問し、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力の維持・改善のため、精神面では、知的能力の維持・改善のため、医師の指示に基づきリハビリテーションを行います。

##### ②費用

原則としてサービス費用の1割・2割・3割が利用者負担額となり、残りの9割・または8割・7割は介護保険から給付されます。

##### ③料金表（5級地域加算 1単位 10.55円）

訪問リハビリテーション

項目	単位	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費 ※20分につき	308単位	325円	650円	975円

#### 加算項目

項目	単位	1割負担	2割負担	3割負担
短期集中リハビリテーション実施加算 退院（所）日又は認定日から3ヶ月以内 1週間に2回以上実施 ※1日につき	200 単位	211 円	422 円	633 円
リハビリマネジメント加算 1 ※1月につき	180 単位	190 円	380 円	570 円
リハビリマネジメント加算 2 ※1月につき	213 単位	225 円	450 円	675 円
リハビリマネジメント加算 3 ※1月につき	270 単位	285 円	570 円	855 円
サービス提供体制強化加算 I ※20分につき	6 単位	7 円	13 円	19 円
計画診療未実施減算	-50 単位	-53 円	-106 円	-159 円
介護職員等処遇改善加算 I	合計単位数×1.5%			

#### ④その他の料金

- ・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。
- ・介護保険料の滞納等により、介護保険適応の場合でも、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、1ヶ月につき利用料の全額をお支払いいただきます。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。この証明書を後日居住地の市町村介護保険担当窓口へ提出されますと、利用者負担額を除くサービス利用料の払い戻しを受ける事ができます。

#### ⑤ご利用を休まれる場合

ご利用日の前日まで（10：00～16：00）にご連絡下さい。尚、利用当日になって、体調が優れないなど、やむを得ない事情により休まれる場合は、朝の9：00～9：30の時間内にご連絡下さい。

- 施設に、ご連絡の際は「訪問リハビリ利用の〇〇です。」と伝達頂きますようお願い致します。

#### キャンセル料

当日キャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡下さい。

（連絡先：サンシルバー市川訪問リハビリテーション TEL:047-303-5533）

・ご利用日の前営業日の16：00までにご連絡いただいた場合	無料
・ご利用日の当日の9：00～9：30までにご連絡いただいた場合	介護保険にて定める料金の50%
・ご利用日の当日の9：30以降にご連絡いただいた場合 ・施行中に中止の申し出があった場合	介護保険にて定める料金の100%

⑥その他の費用

利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者のご負担になります。

⑦お支払い方法

- ・お支払い方法：口座自動引き落とし（引き落とし手数料99円／1回）
- ・引き落とし日：ご利用月の翌月27日（金融機関休日の場合は翌営業日）
- ・引き落としは月1回のみです。引き落としがされなかった場合は、後日施設よりご連絡します。1週間以内に当施設指定の銀行口座へお振込み下さい。（お振込み手数料は自己負担。）
- ・施設窓口での現金入金を受け付けられません。
- ・領収書は次月の請求書と同封し郵送させていただきます。（毎月15日までに、前月ご利用分の請求書を送付します。）

5. 要望及び苦情等の相談

【当事業所】 苦情等受付窓口	担当者（訪問リハビリ管理者）	片桐 美鈴
	受付時間	平日 10：00～16：00
	TEL	047-303-5533
【外部】 苦情等受付窓口	都道府県	千葉県国保連合会
	TEL	043-254-7409
	市区町村	市川市役所福祉政策課
	TEL	047-334-1111（代）

要望や苦情などは、事業所担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、「ご意見箱」をご利用いただき、管理者にお申し出いただくこともできます。

6. 緊急時の対応方法（連絡体制）

サービス提供中に、緊急の対応が必要になった場合、管理者に連絡するとともに、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、家族、居宅介護支援事業所へ連絡致します。

かかりつけ医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
家族（緊急連絡先）	家族氏名	

## 7. 事故発生時の対策

### 【事故発生時の対応】

訪問リハビリテーションサービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに利用者の家族、市町村等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 【損害賠償】

事故が発生した場合は、事業者はすみやかに利用者の損害を賠償します。但し、事業者に故意過失がない場合にはこの限りではありません。  
当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じる事ができます。

## 8. その他

- ①まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますが、ご了承ください。
- ②サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
  - ・訪問従事者は、年金等の金銭や貴重品等の取り扱いはしかねますのでご了承ください。
  - ・訪問従事者はお茶やお菓子、お礼の品物等を受け取ることも事業所として禁止しております。
  - ・ペットはゲージへ入れる、リードにつなぐ等のご協力をお願いします。
  - ・暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。

利用者・家族との信頼関係の下に、安全で安心な環境で質の高いサービスを提供できるようご協力の程、宜しくお願い致します。

## 個人情報の利用目的

介護老人保健施設サンシルバー市川では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、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る。

### 【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

#### [介護老人保健施設内部での利用目的]

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
  - ― 入退所等の管理
  - ― 会計、経理
  - ― 事故等の報告
  - ― 当該利用者の介護・医療サービスの向上

#### [他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - ― 利用者へ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)、照会への回答
  - ― 利用者への診療等にあたり、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
  - ― 家族への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
  - ― 審査支払機関への保険請求
  - ― 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ・

### 【上記以外の利用目的】

#### [当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ・ 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
  - ― レクリエーション活動等作品展示の名札、写真掲示

#### [他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ・ 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

本書面の内容を証するため、本書2通を作成し、契約者、当施設が記名捺印のうえ各1通を保有するものとします。

年 月 日

訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書の説明を行いました。

介護老人保健施設サンシルバー市川 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて上記職員から重要事項について説明を受け、訪問リハビリテーションサービスの提供を開始することに同意しました。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

契約者氏名 \_\_\_\_\_ 印