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）重要事項説明書

＜2026 年 10 月 1 日現在＞

１．事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人としわ会
代表者役職・氏名	理事長　清水 秀康
所在地	〒460－0022　名古屋市中区金山五丁目 8 番 1 号
電話番号	（052）882－1040
FAX 番号	（052）882－6655
URL	https://www.toshiwa-kai.or.jp

２．サービスを提供する事業所の概要

施設の名称	介護老人保健施設タキガワアリア
事業所番号	2350780025
所在地	〒466－0827　名古屋市昭和区川名山町 6 番地の 4
電話番号	（052）836－1040
FAX 番号	（052）836－1041
施設長の氏名	医師　安藤　勝也

３．事業の目的及び運営方針

（1）介護老人保健施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう、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）や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）といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

（2）運営方針

ご利用者一人一人の個性を尊重し、個別の療養生活設定を行いながら、自身の意思で選択できる療養生活を送っていただき、さらに在宅復帰のために家庭や地域社会を意識した環境造りを取り入れて、本人と家庭、地域社会との精神的な距離を徐々に縮めていくよう努めて参ります。

（3）その他

事　　項	内　　容
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）計画の作成	・計画書作成担当者は、ご利用者の直面している課題等を評価し、 ご利用者の希望を踏まえて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）計画を作成し説明します。
従　業　員　研　修	・施設内研修実施及び外部研修（県、県社会福祉協議会、全国老人保健施設協会、愛知県介護老人保健施設協会等）に参加しています。

４．事業所の概要

毎週月曜日～土曜日までの 6 日間営業します。営業時間は 9:00～17:30 です。
※年始の 1 月 1 日～3 日は営業しません。祝日の場合も月曜日から土曜日であれば営業します。

５．事業所の職員体制

事業所の従事者の職種、内容及び員数は次のとおりであり、必置職については法令の定める所による。

職　種	業務内容	人　数
管理者	介護老人保健施設に携わる従業者の総括管理、指導を行います。	1人以上
医　師	ご利用者の病状・心身の状況に応じて、医学的対応を行います。	1人以上
支援相談員	ご利用者及びその家族からの相談に適切に応じます。	1 人以上
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	医師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施、指導を行います。	1 人以上
事務員	ご利用者に関わる介護保険請求事務等、必要な事務を行います。	1 人以上

６．サービスの内容と費用

（1） サービス内容

サービス	内　　容
医　　療	・受傷や発熱等によって当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、他の医療機関での治療をお願いすることがあります。その際は受

	診の付き添いをお願いします。
機　能　訓　練	・他職種協働により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）計画を作成するとともにリハビリテーションの実施、 指導を行い、心身機能の維持・向上ができるよう努めます。 ・リハビリテーションを行う際には、転倒や転落等の不慮の事故が起こる恐れがあり、それにより骨折や外傷等が起きる可能性があります。 ・身体機能の状態によって移動方法を事業所の判断で安全なものに変更することがあります。
相　談　・　援　助	・ご利用者とその家族からのご相談に応じます。 ・在宅の介護支援専門員や他の事業所等の外部機関との連絡・調整を行います。

※その他のサービスもあります。

（2）費用

原則として介護報酬の 1 割・2 割又は 3 割が利用者の負担額になります。【別紙 1 料金表】介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、直接保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。

7．支払い方法

・毎月 15 日までに、前月分の請求書を発行いたしますので、その月の月末までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。原則、再発行はいたしません。
・お支払い方法は、毎月指定預金口座より引き落としさせていただきます。ご事情がある場合のみ受付窓口（1 階事務室）にて現金でお支払い下さい。

8．要望・苦情の連絡先

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。

また、要望や苦情なども、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。そのほか、「ご意見箱」をご利用下さい。

なお、下記の連絡先にも苦情や相談等を申し立てることができます。

・愛知県国民健康保険団体連合会（電話：052-971-4165）
・名古屋市介護保険課（電話：052-959-3087）
・昭和区役所福祉課介護保険係（電話：052-735-3914）

9．非常災害時の対策

別途定める「医療法人としわ会　防災マニュアル」に則り対応を行います。 また、防災訓練は年２回実施します。 防災設備は、スプリンクラー、避難階段、 屋内消火栓、 自動火災報知機 誘導灯、消火器が備え付けられています。

１０．他機関・施設との連携

協力医療機関への受診：当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力をいただいていますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

他施設の紹介：施設での対応が困難な状態になり、専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関を紹介します。

（１）協力医療機関

①

名　称：医療法人としわ会　としわ会診療センターレクリニック

住　所：名古屋市中区金山五丁目 5 番 11 号

②

名　称：社会福祉法人聖霊会　聖霊病院

住　所：名古屋市昭和区川名山町 56 番地

（２）協力歯科医療機関

①

名　称：社会福祉法人聖霊会　聖霊病院

住　所：名古屋市昭和区川名山町 56 番地

②

名　称：医療法人さくら会

住　所：愛知県春日井市篠木町 8-8-3

１１．施設利用にあたっての留意事項

緊急時の連絡・対応	・介護サービスの提供中に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医または協力医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします。この場合、別紙「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。 ・電話番号や順番等の内容に変更があった場合には受付（一階事務室）で「緊急連絡先」の再記入や修正をして下さい。
各種証明書	・各種証明書の作成には別途料金が発生します。金額については個別にお問い合わせください。ただし年金の未受給分の請求のための生計同一関係にあったことの証明等、当施設として実情の把握が困難な場合又はその証明が金銭に関わる場合は証明書の作成をお断りすることがあります。
設備・器具の利用	・当施設の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用によって破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
宗教活動・政治活動	・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」は全て禁止します。

１２．個人情報の利用目的

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ます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】
［当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
　－利用開始・中止の管理
　－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、医療機関等との連携
　－他の事業者からの照会への回答
　－利用者の診療等に当たり、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
　－家族等への心身の状況説明
・介護保険事務のうち
　－保険事務の委託
　－審査支払機関への介護給付費請求書の提出
　－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
［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
　－行政への緊急時・災害時において生命、身体の保護のための安否情報の提供
［外部サービスに係る利用目的］
・当法人のホームページのうち
　－ホームページの中で施設利用中の利用者等の写真・動画を公開することがあります。ホームページには個人が特定できるような利用者等の氏名・生年月日や住所等の個人情報は記載しませんが、事前に利用者等の写真・動画の使用について拒否等の申し出があった場合にはできる限り配慮します。

１３．ご利用時説明

利用者が快適な生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の

身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴う事を十分にご理解下さい。

□歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
□当施設は、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
□高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する可能性があります。
□高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦でも表皮剥離ができやすい状態にあります。
□高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
□健常者では通常感染しない状態であっても、高齢者は免疫力の低下により感染しやすく、悪化しやすい可能性があります。
□加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
□高齢者は、加齢に伴い肺や気管支炎等の呼吸気管の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重症化する危険があります。
□高齢であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
□本人の身体の状態が悪い場合、病院への受診を依頼することがあります。
□本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行う事があります。
□認知症は記憶障害や知的機能の低下といった基本症状の他に、心理・行動障害（周辺症状）が出現する場合があり、徘徊や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害を起す可能性があります。

１４．虐待の防止のための措置に関する事項

施設（事業所）は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
（１）施設（事業所）における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
（２）施設（事業所）における虐待の防止のための指針を整備すること。
（３）施設（事業所）において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年２回以上）実施し、また新規採用時にも虐待防止の研修を実施すること。
（４）　前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

１５．その他

当施設についての詳細は、パンフレットをご用意してありますので、ご請求下さい。
当施設における行事や特別ご案内すべき事項につきましては、施設内掲示板又は当法人ホームページ新着情報にてお知らせいたしますので、随時ご確認ください。なお、重要事項説明書に変更がある場合は随時ホームページ上で公開します。
施設内で撮影された写真・動画等については、御本人と特定できる可能性がある場合においても、ホームページやチラシ等の広報活動、写真販売サービス、研究資料として使用する場合があります。
施設利用についてご不明な点は、支援相談員にお気軽にご相談ください。
上記に記載の無い内容については関係諸法令によるものとします。

【別紙 1】 ≪介護老人保健施設利用料金表≫訪問リハビリテーション費（介護保険法で定めるところによる）

【1 割負担】

［予防給付］（単位：円／日）

要支援１・2
323

- ○ 短期集中リハビリテーション実施加算‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 217 円／日
  ※退院（所）日又は認定日から 3 月以内
- ○ 口腔連携強化加算‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 55 円／回
- ○ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかわる診療を行わなかった場合‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ -55 円／回
- ○ 利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防リハビリテーションを行った場合‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ -33 円／回
- ○ 退院時共同指導加算（退院時 1 回を限度）‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 650 円／回
- ○ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 7 円／回
- ○ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 4 円／回

※上記介護保険一部負担料金に下記が加算されます。

- ○ 介護職員等処遇改善加算‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 1000 分の 15
- ○ 高齢者虐待防止措置未実施減算‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ -100 分の 1
- ○ 業務継続計画未策定減算‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ -100 分の 1

［介護給付］（単位：円／日）

要介護１・2・3・4・5
334

- ○ 短期集中リハビリテーション実施加算‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 217 円／日
  ※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（イ）‥‥‥‥‥‥‥‥ 195 円／月
- ○ リハビリテーションマネジメント加算（ロ）‥‥‥‥‥‥‥‥ 230 円／月

○　リハビリテーションマネジメント加算・・・・・・・・・・・・・　293 円／月

事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合

○　認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算（週 2 回まで）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　260 円／日

※退院（所）日又は認定日から 3 月以内

○　口腔連携強化加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　55 円／回

○　事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかわる診療を行わなかった場合

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　-55 円／回

○　退院時共同指導加算（退院時 1 回を限度）・・・・・・・・・・　650 円／回

○　移行支援加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　19 円／日

○　サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　7 円／回

○　サービス提供体制強化加算(Ⅱ)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　4 円／回

※上記介護保険一部負担料金に下記が加算されます。

○　介護職員等処遇改善加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1000 分の 15

○　高齢者虐待防止措置未実施減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　-100 分の 1

○　業務継続計画未策定減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　-100 分の 1

【2 割負担】

［予防給付］（単位：円／日）

要支援 1 ・2
646

○　短期集中リハビリテーション実施加算・・・・・・・・・・・・・・　434 円／日

※退院（所）日又は認定日から 3 月以内

○　口腔連携強化加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　109 円／回

○　事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかわる診療を行わなかった場合

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　-109 円／回

○　利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防リハビリテーションを行った場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　-65 円／回

○　退院時共同指導加算（退院時 1 回を限度）・・・・・・・・・・　1,300 円／回

○　サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　13 円／回

○　サービス提供体制強化加算(Ⅱ)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　7 円／回

※上記介護保険一部負担料金に下記が加算されます。

- ○ 介護職員等処遇改善加算････････････････････････ 1000分の15
- ○ 高齢者虐待防止措置未実施減算････････････････････ -100分の1
- ○ 業務継続計画未策定減算･････････････････････････ -100分の1

［介護給付］（単位：円／日）

要介護1・2・3・4・5
667

- ○ 短期集中リハビリテーション実施加算･･････････････ 434円／日

  ※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（イ）･････････ 390円／月
- ○ リハビリテーションマネジメント加算（ロ）･････････ 462円／月
- ○ リハビリテーションマネジメント加算･･････････････ 585円／月

  事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合
- ○ 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算（週2回まで）

  ････････････････････････････････ 520円／日

  ※退院（所）日又は認定日から3月以内
- ○ 口腔連携強化加算･････････････････････････････････ 109円／回
- ○ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかわる診療を行わなかった場合

  ････････････････････････････ -109円／回
- ○ 退院時共同指導加算（退院時1回を限度）･･･････････ 1,300円／回
- ○ 移行支援加算･･･････････････････････････････････････ 37円／日
- ○ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)････････････････････････ 13円／回
- ○ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)････････････････････････ 7円／回

※上記介護保険一部負担料金に下記が加算されます。

- ○ 介護職員等処遇改善加算････････････････････････ 1000分の15
- ○ 高齢者虐待防止措置未実施減算････････････････････ -100分の1
- ○ 業務継続計画未策定減算･････････････････････････ -100分の1

【3 割負担】

［予防給付］（単位：円／日）

要支援１・2
969

○ 短期集中リハビリテーション実施加算･･･････････････ 650 円／日

※退院（所）日又は認定日から 3 月以内

○ 口腔連携強化加算･･･････････････････････････････ 163 円／回

○ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかわる診療を行わなかった場合

･･･････････････････････ -163 円／回

○ 利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防リハビリテーションを行った場合･･･････････････････････ -98 円／回

○ 退院時共同指導加算（退院時 1 回を限度）･･･････････ 1,950 円／回

○ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)･･･････････････････ 20 円／回

○ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)･･･････････････････ 10 円／回

※上記介護保険一部負担料金に下記が加算されます。

○ 介護職員等処遇改善加算･･･････････････････････ 1000 分の 15

○ 高齢者虐待防止措置未実施減算･･･････････････････ -100 分の 1

○ 業務継続計画未策定減算･･･････････････････････ -100 分の 1

［介護給付］（単位：円／日）

要介護１・2・3・4・5
1,001

○ 短期集中リハビリテーション実施加算･･･････････････ 650 円／日

※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（イ）･･･････ 585 円／月

○ リハビリテーションマネジメント加算（ロ）･･･････ 692 円／月

○ リハビリテーションマネジメント加算･･･････････････ 878 円／月

事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合

○ 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算（週 2 回まで）

･･･････････････････････ 780 円／日

※退院（所）日又は認定日から３月以内

- ○　口腔連携強化加算･････････････････････････････　163 円／回
- ○　事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかわる診療を行わなかった場合 ･････････････････････････････　-163 円／回
- ○　退院時共同指導加算（退院時１回を限度）･･････････　1,950 円／回
- ○　移行支援加算･････････････････････････････････　56 円／日
- ○　サービス提供体制強化加算(Ⅰ)･･････････････････････　20 円／回
- ○　サービス提供体制強化加算(Ⅱ)･･････････････････････　10 円／回

※上記介護保険一部負担料金に下記が加算されます。

- ○　介護職員等処遇改善加算･････････････････････････　1000 分の 15
- ○　高齢者虐待防止措置未実施減算････････････････････　-100 分の 1
- ○　業務継続計画未策定減算･････････････････････････　-100 分の 1