

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

令和 7 年 4 月 1 日現在

1. 訪問リハビリテーション事業所（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 敬仁会
代表者名	理事長 小松 智英
本社住所地・連絡先	(住所) 長野県塩尻市宗賀 1295 番地 (電話) 0263-54-0012 (FAX) 0263-52-9315

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業者番号

事業所名	医療法人社団 敬仁会 桔梗ヶ原病院 訪問リハビリテーション
所在地・連絡先	(住所) 長野県塩尻市宗賀 1295 番地 (電話) 0263-54-0012 (携帯電話) 090-4731-9997 (FAX) 0263-52-9315
介護保険事業者番号	2011517147
管理者の氏名	小松 智英

(2) 事業所の実施地域

事業の実施地域	長野県塩尻市
---------	--------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(3) 営業日

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8:30～17:30
休業日	12 月 31 日～1 月 3 日、8 月 13 日～8 月 16 日

(4) 事業の職員体制及び職務内容

職種	資格	常勤	備考
管理者	医師	1 名	病院と兼務
専任医師	医師	1 名以上	病院と兼務
理学療法士	同左	1 名以上	病院と兼務
作業療法士	同左	1 名以上	病院と兼務
言語聴覚士	同左	1 名以上	病院と兼務
1 サービス担当者会議等への出席により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、その他の職種の者が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握をそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画書を作成します。計画作成に当たっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は利用者に交付します。 3 訪問リハビリテーション計画に基づき、訪問リハビリテーションサービスを提供します。 4 常に利用者の病状、心身状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。 それぞれの利用者について、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. 事業の目的

当事業は、利用者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、理学療法、作業療法又は言語聴覚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、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、心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

4. 運営の方針

- (1) 訪問リハビリテーション及び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等」という。）の提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとします。
- (2) 訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、事業所は自らその質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。
- (3) 訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、医師の指示並びに訪問リハビリテーション計画又は介護予防訪問リハビリテーション計画（以下、「訪問リハビリテーション計画等」という。）に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう適切に行います。
- (4) 訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明を行います。
- (5) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の 1 割又は 2 割、3 割が利用者の自己負担額となります。

【料金表】

20 分以上のリハビリテーションを行った場合に、1 回として算定します。

自己負担額は 1 割の場合の表記となります。

サービス内容	訪問リハビリテーション (要介護 1～5)	介護予防訪問リハビリテーション (要支援 1・2)
基本費用※1	1 回：3080 円 (自己負担額：308 円)	1 回：2980 円 (自己負担額：298 円) ※2
短期集中リハ加算	1 日：2000 円 (自己負担額：200 円)	訪問リハビリテーションと同様です
認知症短期集中リハ加算	1 日：2400 円 (自己負担額：240 円)	訪問リハビリテーションと同様です
リハビリテーション マネジメント加算 (イ)	1 月：1800 円 (自己負担額：180 円)	該当なし
リハビリテーション マネジメント加算 (ロ)	1 月：2130 円 (自己負担額：213 円)	該当なし
サービス提供体制強化加算 (I)	1 回：60 円 (自己負担額：6 円)	訪問リハビリテーションと同様です
退院時共同指導加算	1 回：6000 円 (自己負担額：600 円)	訪問リハビリテーションと同様です

※1 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一建
物に居住する利用者又は当事業所における 1 月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建
物に居住する利用者サービス提供を行った場合は、基本費用の 90/100 となり当事業所における 1
月当たりの利用者が同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物に居住する利用者に対して、サー
ビス提供を行った場合は、基本費用の 85/100 となります。

※2 利用開始した日の属する月から起算して 12 月を超えてリハビリテーションを行う場合は、1 回につ
き 300 円 (自己負担額 30 円) の減算となります。ただし、定期的なリハビリテーション会議による
リハビリテーション計画の見直しを行い、そのデータを厚生労働省に提出し、必要な情報を活用して
いる場合は減算を行いません。

介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用料金は、事業者が別に設定し全額が利用者の自己負担額とな
りますのでご相談ください。

介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、事業者介護保険給付が行われない場合があります。その
場合、利用者は 1 カ月につき料金表の利用金額全額をお支払い下さい。

(2) 交通費

2 の(2)の事業実施地域にお住まいの方は無料です。

通常事業の実施地域を越えて行う訪問リハビリテーションに要した交通費については、往復 10 キロ以内無料、10 キロを超えるごとに 200 円増しとします。また、有料道路や高速道路、有料駐車場等を利用する場合は、それらの利用料金をご負担頂きます。

(3) 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、電話等の費用はお客様の負担となります。

(4) キャンセル料

サービス提供の 24 時間前までに連絡があった場合	無料
サービス提供の 12 時間～24 時間前までに連絡があった	利用料自己負担額の 30%を請求します
サービス提供の 12 時間前までに連絡がなかった場合	利用料自己負担額の 50%を請求します

(5) 費用のお支払

月末締め、翌月中旬ごろにご請求をさせていただきますので、ご請求書発行月の末日までに、桔梗ヶ原病院窓口又は指定銀行口座振り込みにてお支払いをお願いします。

ご入金確認後、領収書を発行します。

6. サービス提供の記録

(1) サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録はサービスを終了した日から 5 年間保存します。

(2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の謄写物の交付を受けることができます。(有料)

7. 虐待の防止について

事業所は、利用者等の虐待の発生またはその再発を防止するため、以下の措置を講じるものとします。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。 担当：理学療法士 橋爪孝幸

(2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に十分に周知します。

(3) 虐待の防止のための指針を整備します。

(4) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。

(5) 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

8. 業務継続計画の策定等について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

(1) 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的を実施するものとします。

- (2) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

9. 秘密保持と個人情報の保護について

(1) 秘密保持

- ① 事業者は、利用者またはその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ③ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護

- ① 事業者は、利用者から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- ② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は遅延なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に関して謄写料等が必要な場合は利用者の負担となります。）

10. ハラスメントの防止について

事業者は、事業所職員等の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるように、次に掲げるとおりハラスメントの防止に取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、事業所職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを元に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) 事業所職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

11. 衛生管理等

- (1) サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

12. 身分証携行義務

指定(介護予防)訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証明する名札・名刺を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から掲示を求められた時は、いつでも掲示します。

13. 連携

指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供にあたり、居宅介護支援事業者及び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ます。

14. サービス内容に関する苦情等の窓口

窓口：直接来所、電話、FAX、文書等による苦情を受け付けます。

住所 〒399-6461 長野県塩尻市宗賀1295番地

電話 0263-54-0012 FAX 0263-52-9315

携帯 090-7208-3582

担当者：柳澤 義聡（やなぎさわ よしあき）

15. サービス利用にあたっての留意点

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び養介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者証の住所などの変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者または家族からの金銭の貸借、預貯金通帳、証書、書類などの預かり等は致しかねます。
- (3) 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ため緊急やむを得ない場合を除く）は行いません。
- (4) 事業所職員に対する贈り物や、飲食等のもてなしは一切不要です。
- (5) 訪問リハビリテーションおよび介護予防リハビリテーションの継続のため、3月に1回以上、当事業所の医師が診察を行います。

16. 緊急時における対応

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医（かかりつけ医）、救急隊、緊急時連絡先（御家族等）、居宅サービス計画書を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医 (かかりつけ医)	病院名及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急連絡先 (御家族等)	氏名 (続柄)	()
	住所	
	電話番号	

当事業所は重要事項説明書に基づい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のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和	年	月	日	事業者	住所	長野県塩尻市宗賀 1295 番地	
					法人名	医療法人社団 敬仁会	
					事業者名	桔梗ヶ原病院 訪問リハビリテーション	
					事業者番号	2011517147	
					代表者名	理事長 小松 智英	
					説明者		印

わたしは重要事項説明書に基づい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のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和	年	月	日	利用者	住所		
					氏名		印
				代理者	住所		
					氏名		印