

重要事項説明書

あなたに対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令 37号8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名	医療法人社団 愛友会 津田沼中央総合病院 訪問リハビリテーション
所在地	千葉県習志野市谷津 1-9-17
介護保険指定番号	千葉県 1210210518
代表者氏名	理事長 中村 康彦
管理者氏名	院長 須田 明
電話番号	047-476-5111
FAX 番号	047-472-5151

2. 事業の目的と運営方針

1) 事業の目的

- ・介護保険法令に従って、利用者またはその家族が、可能な限り快適な日常生活を営むことができるよう、利用者に応じた訪問リハビリテーションサービスを提供します。

2) 運営方針

- ・事業の実施にあたっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成し計画に沿って、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、居宅においてリハビリテーションその他必要な付随業務を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図ります。
- ・事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者ならびにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

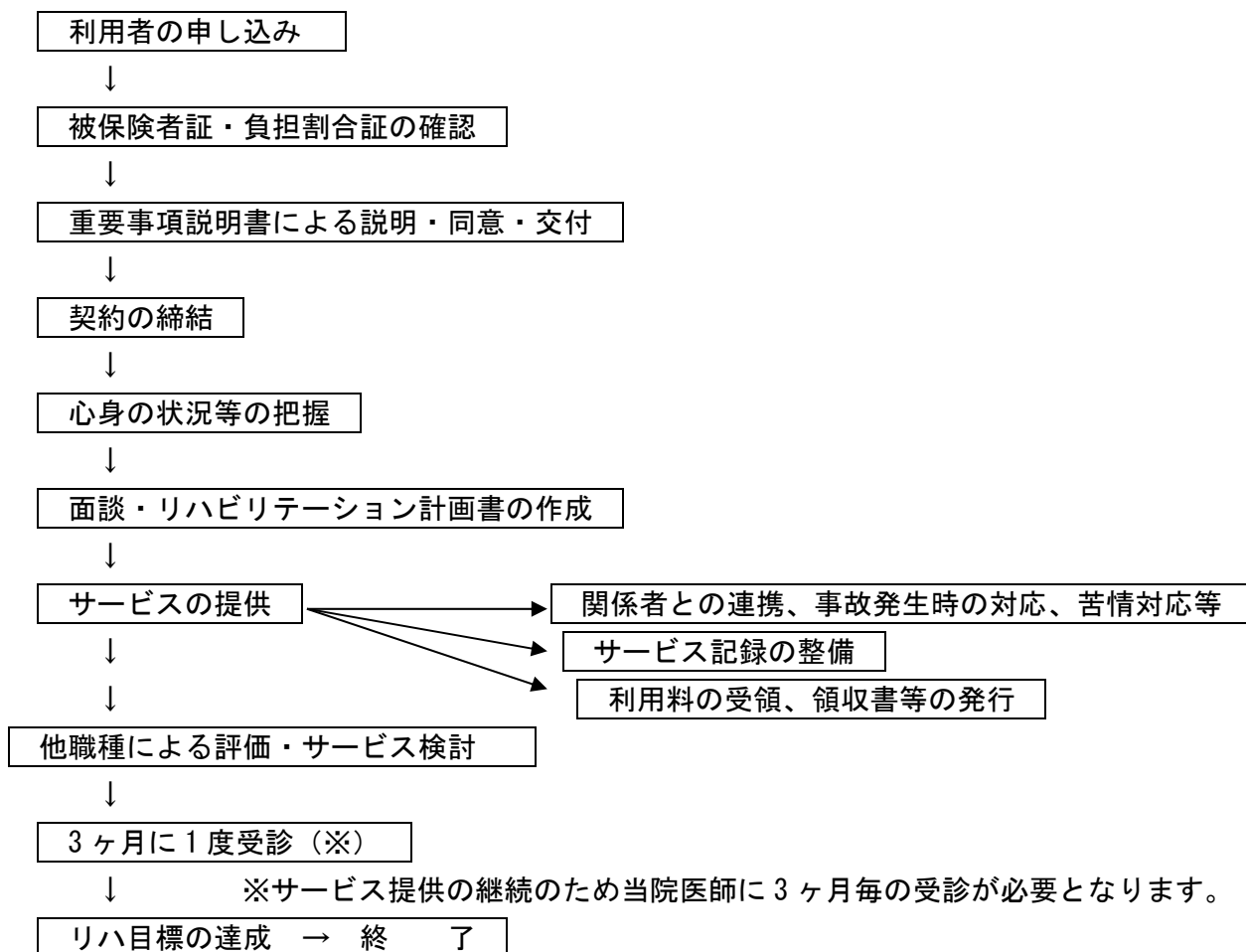
3. 事業所の職員体制

理学療法士・作業療法士 2名以上

4. 営業時間

平日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
休業日	日曜・祝日および 12 月 31 日～1 月 3 日

5. サービス提供の流れ



6. 提供するサービスの内容と費用について

1) 提供するサービス内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
指定訪問 リハビリテーション	利用者が可能な限り居宅において、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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なり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り、生活機能の維持、向上を目指します。

2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション（20分）	308	3283 円	329 円	657 円	985 円
介護予防訪問リハビリテーション（20分）	298	3176 円	318 円	636 円	953 円

1 回 20 分以上のサービス、20 分を 1 回と換算、1 週に 6 回が限度
 介護予防訪問リハビリテーション（20 分）は利用開始日の属する月から 12 月超 30 単位／回数減

加算

加算（要介護度による区分なし）	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			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	200	2132 円	213 円	426 円	639 円	1 日につき
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	180	1919 円	192 円	384 円	576 円	1 月につき
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213	2271 円	227 円	454 円	681 円	
移行支援加算	17	181 円	18 円	36 円	54 円	1 日につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ	6	64 円	6 円	13 円	19 円	1 回につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ	3	32 円	3 円	6 円	10 円	1 回につき
退院時共同指導加算	600	6396 円	639 円	1279 円	1918 円	1 回のみ

短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させる為、週2日以上短期集中的にリハビリテーションを実施した場合に加算する。（退院・退所日又は認定有効日のうち、最も遅い日から起算して3月以内）

※この期間はリハビリの充実を図る観点から週12回まで算定可能

リハビリテーションマネジメント加算

マネジメント加算（イ）

3ヶ月に1回以上リハビリテーション会議を実施し、医師が詳細な指示を行う。
 利用者の状態変化に応じ、リハビリテーション計画を見直す。
 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が介護支援専門員やその他構成員に対し情報共有を行うこと。
 リハビリテーション計画について、計画作成に関与した理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が説明するとともに、医師に報告すること。
 これらを満たした場合に1月に一度加算する。

マネジメント加算（ロ）

リハビリマネジメント加算（イ）の要件を満たしており、利用者毎の訪問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、リハビリテーションの提供に当たってフィードバックを受け適切に活用している場合に加算する。

※ 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、利用者の同意を得た場合、上記加算（イ）・（ロ）に加えて270単位/月。

※ 地域区分別の単価（習志野市、船橋市：4級地 10.66円、千葉市：3級地 10.83円、お住まいの地域により変動があります）

サービス提供体制強化加算Ⅰ、Ⅱ

訪問リハビリを利用者に直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数7年目以上がいる場合には加算Ⅰを、3年目以上がいる場合には加算Ⅱを算定する。

移行支援加算

訪問リハビリテーションの利用により、ADL・IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い訪問リハビリテーションを提供した場合に加算する。

退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、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、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

※ 利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーションに反映させること

減算

計画診療未実施減算

主治医の定期的な(3ヶ月に一回以上)診察を行わずに訪問リハビリを行う場合に減算対象となる。
※20分のリハビリにつき50単位の減算

3) その他の費用について

① 交通費	指定訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することはありません。
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセル料は不要です。 ただし、可能な限り、事前連絡をお願いいたします。
③ その他、訓練に伴う費用 (希望者のみ)	あらかじめ利用者又はその家族に説明を行った上で、公共交通機関を利用した訓練に伴う交通費や家事動作習得に向けた材料費などの費用に関しては利用者負担とさせていただきます。

4) 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求および支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>1 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）およびその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>2 上記に係わる請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月半ばまでに利用者宛に郵送します。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>1 請求月の翌月 20 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>（ア）窓口でのお支払い （イ）利用者指定口座からの自動振替</p> <p>2 お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります）。</p>

（介護保険を適用する場合）およびその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払期日から 3 月以上遅延し、さらに支払いの催促から 30 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

※口座引き落としの際はりそなネットをご利用頂きます。

口座引き落としの引き落とし手数料は 110 円／件、当院の訪問看護ステーションをご利用頂いている方は、重複しないよう合算して請求させていただきます。

7. サービスの提供にあたって

- 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、要介護認定の有無および要介護認定の有効期間）、負担割合証の内容（利用者負担の割合、負担割合証の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに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) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等

の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

- 3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。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。
- 4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

8. 虐待の防止について

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。

- 1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- 2) 成年後見制度の利用を支援します。
- 3) 苦情解決体制を整備しています。

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<ol style="list-style-type: none">① 事業者は、利用者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ためのガイドライン」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及び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。③ 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。④ 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 個人情報の保護について	<ol style="list-style-type: none">① 事業者は、利用者から予め文書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ぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書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ぬ。② 事業者は、利用者及び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

	<p>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します。</p> <p>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、遅滞なく調査を行い、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します。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

11. 身分証携行義務

指定訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

12. 心身の状況の把握

指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとしします。

13. 居宅介護支援事業者等との連携

訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

14. 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、提供の日から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閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15. 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。

16. 実習生、研修生の受け入れについて

当院では、実習生、研修生を受け入れており、訪問リハビリの見学等させて頂くことがあります。ご協力よろしくお願い致します。

17. サービス提供に関する相談、苦情について

- ・サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望の受付、要望の発生等の際の受付窓口は以下通りです。

①訪問リハビリテーション事業所

事業者名	医療法人社団 愛友会 津田沼中央総合病院 リハビリテーション科
担当者	九里 麻衣子 ・ 大友 将男
電話番号	047-476-5111
FAX 番号	047-472-5151
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
備考	

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望に添えない場合もありますことを予めご了承ください。

②その他の相談・苦情受付

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

- ・市町村の相談・苦情受付窓口

市町村名	習志野市
担当部署	介護保険課
電話番号	047-453-7345
FAX 番号	047-453-9309
受付時間	午前8時30分～午後5時（平日）
備考	

市町村名	船橋市
担当部署	介護保険課
電話番号	047-436-2302
FAX 番号	047-436-3307
受付時間	午前9時～午後5時（平日）
備考	

市町村名	千葉市
担当部署	介護保険課
電話番号	043-245-5256
FAX 番号	043-245-5621
受付時間	午前8時30分～午後5時30分（平日）
備考	

・ 国民健康保険連合会の相談・苦情受付窓口

国保連合会	千葉県国民健康保険団体連合会
担当部署	苦情処理係
電話番号	047-254-7428
FAX 番号	043-254-7401
受付時間	午前8時30分～午後5時30分（平日）
備考	

18. 訪問リハビリテーションサービス内容の見積りについて

訪問予定

曜日	時間	担当者
	: ~ :	
	: ~ :	

予定訓練内容（該当するものに○）

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| 1 身体機能チェック | 5 筋力トレーニング | 10 介助者への介助指導 |
| 2 基本動作指導 | 6 移動動作指導 | 11 家事練習 |
| 3 日常生活動作練習 | 7 福祉用具・装具の相談 | 12 転倒予防練習 |
| 4 関節可動域運動 | 8 住宅改修の相談 | 13 その他 |

1 日あたりの利用者負担

リハビリテーション料＋サービス提供体制強化加算（＋短期集中リハ加算）（＋移行支援加算）

= ① 単位

1 か月あたりのお支払い額の目安

① 単位 × 日分（＋マネジメント加算） = ② 単位

② 単位 × 10.66 円（※） × 負担割合 = 目安金額 円

※ 地域区分別の単価（習志野市：4 級地 10.66 円 お住まいの地域により変動があります）

19. 緊急時の対応方法

当院規定の緊急時対応に従って対応させていただきます。

医療機関への連絡や救急車を要請する場合には、原則ご在宅のご家族様にお願いしています。

同居のご家族様がご不在の場合、ケアマネージャーや緊急連絡先へ連絡し対応させていただきます。

緊急連絡先の確認

①搬送病院

指定搬送先病院 （ あり ・ なし ）

主治医	病院名	病院
	診療科	
	担当医師	

※搬送先は救急要請先の医療機関の状況によって変更になる可能性もございます。

②緊急時の連絡先

緊急連絡先	氏名（続柄）	（ ）
	電話番号	
	携帯電話	

* 必ず、連絡取れるものを記入してください。

2013 年 2 月 1 日改訂

2014 年 6 月 1 日改訂

2017 年 10 月 1 日改訂

2018 年 5 月 1 日改訂

2018 年 8 月 1 日改訂

2019 年 10 月 1 日改訂

2021 年 4 月 1 日改訂

2021 年 7 月 1 日改訂

2023 年 7 月 1 日改訂

2024 年 4 月 17 日改訂

2024 年 5 月 31 日改訂

2025 年 1 月 1 日改訂

契約時の重要事項説明確認

年 月 日

訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

【事業者】

〈事業所名〉 医療法人社団 愛友会
津田沼中央総合病院 訪問リハビリテーション
〈事業所番号〉 1210210518
〈所在地〉 千葉県習志野市谷津1丁目9番17号
〈代表者氏名〉 中村 康彦 印

【説明者】

所 属 : リハビリテーション科
氏 名 : _____ 印

私は、契約書及び重要事項説明書に基づいて、事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

【利用者】

住 所 : _____
氏 名 : _____ 印

署名代行者

利用者は、身体状況等により署名が出来ないため、本人の契約意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、署名代行いたしました。

住 所 : _____
氏 名 : _____ (続柄: _____) 印