

# (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（法人）の概要

|         |                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------|
| 名称・法人種別 | 医療法人社団ヘルスアライアンス                                                  |
| 代 表 者 名 | 谷崎 俊哉                                                            |
| 所在地・連絡先 | (住所) 熊本市中央区帯山8丁目1番11号<br>(電話) 096-374-7878<br>(FAX) 096-374-7879 |

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

|         |                                                                   |
|---------|-------------------------------------------------------------------|
| 事業所名    | レジリエ正直家                                                           |
| 所在地・連絡先 | (住所) 熊本市中央区帯山8丁目1番11号<br>(電話) 080-7346-5182<br>(FAX) 096-237-7570 |
| 事業所番号   | 4310128816                                                        |
| 管理者の氏名  | 谷崎 俊哉                                                             |

### (2) 職員の勤務体制

| 職員の職種 | 勤務時間       |         |
|-------|------------|---------|
| 管 理 者 | 9:00~18:00 |         |
| 理学療法士 | 9:00~18:00 | 休憩60分含む |

### (3) 事業の実施地域

|         |             |
|---------|-------------|
| 事業の実施地域 | 熊本市・合志市・菊陽町 |
|---------|-------------|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

### (4) 営業日

| 営業日         | 営業時間         |
|-------------|--------------|
| 月・火・水・木・金曜日 | 9:00 ~ 18:00 |

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 営業しない日 | 土・日曜日 12月31日~1月3日 |
|--------|-------------------|

## 3 サービスの内容及び費用

### (1) サービス内容

(介護予防) 訪問リハビリテーションの内容について

主治医の指示に基づき、要介護者（介護予防にあつては要支援者）の心身の機能の回復を図るため、療養上の目標と具体的なサービスの内容を記載した訪問リハビリテーション計画（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、主要な事項について利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得て、当該計画を利用者に交付するとともに、当該計画に基づく適切なりハビリテーションを提供します。

### (2) 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として利用料金に負担割合を乗じた数が利用者の負担額となります。

| 内容                                                       | 金額          |              |              | 備考                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                          | 1割負担        | 2割負担         | 3割負担         |                                                                                                                    |
| 訪問<br>リハビリテーション費<br>308単位（1回）                            | 308円/回      | 616円/回       | 924円/回       | 1回は20分。基本時間は1日40分になりますので1日で2回分の料金になります。<br>週6回が限度です。                                                               |
| 介護予防訪問<br>リハビリテーション費<br>298単位（1回）                        | 298円/回      | 596円/回       | 894円/回       | 1回は20分。基本時間は1日40分になりますので1日で2回分の料金になります。<br>週6回が限度です。                                                               |
| リハビリテーション<br>マネジメント加算<br>（ロ）<br>213単位                    | 213円/月      | 426円/月       | 639円/月       | （イ）を満たし、訪問リハビリテーション計画の内容を厚生労働省に提出している場合に<br>加算します。                                                                 |
| 短期集中リハビリ<br>テーション実施加算<br>200単位                           | 200円/日      | 400円/日       | 600円/日       | 短期間に集中的なリハビリテーションを実施することで、機能向上の効果を高めることを<br>目的とした加算です。（退院日もしくは訪問<br>開始日から起算して3月以内の期間に算定）                           |
| 認知症短期集中リハビリ<br>テーション実施加算<br>240単位                        | 240円/日      | 480円/日       | 720円/日       | 認知症の利用者であって、生活機能の改善が<br>見込まれると判断された者に短期間に集中的<br>なリハビリテーションを行った場合に加算し<br>ます。（退院日もしくは訪問開始日から起算<br>して3月以内の期間に算定）      |
| 退院時共同指導加算<br>600単位                                       | 600円/月      | 1200円/月      | 1800円/月      | 訪問リハビリテーション事業所の理学療法士<br>等が、医療機関の退院前カンファレンスに参<br>加し、退院時共同支援を行った後に初回の訪<br>問リハビリテーションを行った場合に加算し<br>ます（当該退院につき1回に限り加算） |
| 事業所の医師がリハビリ<br>テーション計画の作<br>成に係る診療を行わな<br>かった場合<br>－50単位 | 50円/回<br>減算 | 100円/回<br>減算 | 150円/回<br>減算 | 谷崎MAクリニックの診察を受けず、他院の医<br>師から情報提供をいただき、リハビリテーシ<br>ョンの指示が出されている場合に減算されま<br>す。<br>1日で2回分減算されます。                       |

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が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、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

### (3) その他の費用

#### ○キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。  
ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| 利用日の前日に連絡があった場合    | 無料             |
| 利用日の前日までに連絡がなかった場合 | キャンセル費用 1,000円 |

#### 4 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求書兼領収書を送付いたします。26日に自動振替のご契約口座より通知した請求金額を自動引き落としさせていただきます。

#### 5 事業所の特色等

##### (1) 事業の目的

ご利用者の①心身機能の維持向上②社会的孤立感の解消③介護者の負担軽減を大きな目的とします。また、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、訪問リハビリテーションを提供します。

##### (2) 運営方針

生活の継続性や家族介護の支援を行うとともに、個人としての尊厳を保つ心豊かなケアを目指します。

##### (3) その他

| 事 項                    | 内 容                                                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問リハビリテーション計画の作成及び事後評価 | 担当の理学療法士等が、課題等を評価し、希望を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載し説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修                  | 年2回、業務向上の研修を行います。                                                                                     |

#### 6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

|             |       |                                      |
|-------------|-------|--------------------------------------|
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口責任者 | 村田 修造                                |
|             | ご利用時間 | 9：00～17：00<br>(土・日曜日と12月29日～1月3日を除く) |
|             | ご利用方法 | 電話 080-7346-5182                     |
|             |       |                                      |

#### 7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

#### 8 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため虐待を防止するための従業者に対する研修の実施及びその担当者等の措置を講じています。また、事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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いたします。

#### 9 感染症及び非常災害対策

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居宅介護支援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、必要な措置を講じます。

## 10 身体拘束等の原則禁止

利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行いません。サービス提供中でやむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又はご家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由、対応サービス事業所など必要な事項を記録いたします。

## 11 ハラスメント防止のための措置

適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより理学療法士等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

## 12 サービス利用にあたっての留意事項

- (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要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、有効期限が終了する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、作業療法士または言語聴覚士は、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計画について、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います。

## 13 サービスの終了に関して

- (1) 利用者は事業者に対して、7日間の予告期間を置いて文書で通知をすることにより、この契約を解約することができます。
- (2) 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月前の予告期間を置いて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- (3) 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
  - ② 事業者が守秘義務に反した場合
  - ③ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合
  - ④ 事業者が破産した場合
- (4) 次の事由に該当した場合には、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ① 利用者のサービス利用料金の支払が2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず

ず30日以内に支払われない場合

- ② 利用者又はその家族が事業者やサービス従事者にたいして本契約を継続し難いほどの背信行為（セクハラ、暴力等）をおこなった場合

(5) 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ① 利用者の都合により、1ヶ月以上の中止期間があった場合  
② 利用者が介護保険施設に入所した場合  
③ 利用者の要介護状態区分が非該当（自立）と認定された場合  
④ 利用者が死亡した場合

#### 1 4 医療費控除

要介護者が、居宅サービス計画または介護予防サービス計画に基づき、（介護予防）訪問リハビリテーションサービスを受け、自己負担額として支払った金額は、医療費控除の対象となります。

#### 1 5 守秘義務及び個人情報の保護（契約書第 1 2 条参照）

事業所及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏洩しません。

また、ご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などにおいて、ご利用者及びご家族の個人情報を用いません。

守秘義務及び個人情報の保護義務は、本契約が終了した後においても継続いたします。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、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しました。

令和 年 月 日

事業者

住 所 熊本市中央区帯山8丁目1番11号

事業者（法人）名 医療法人社団ヘルスアライアンス

事業所名 レジリエ正直家

（事業所番号） 4 3 1 0 1 2 8 8 1 6

代表者名 谷崎 俊哉

説明者

職 名 責任者

氏 名 村田 修造

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、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

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人（選任した場合）

氏 名 \_\_\_\_\_