

# 訪問リハビリテーション（ 介護 ・ 介護予防 ）

## 重要事項説明書

〈令和8年3月1日現在〉

### 1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0984-25-7373

\*ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

### 2. 事業の目的

- (1) 医療法人友愛会が開設する、(介護予防)訪問リハビリテーション事業所(以下「事業所」という)が行う(介護予防)訪問リハビリテーションの事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士、看護職員、介護職員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な(介護予防)訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。

### 3. 運営の方針

- (1) 事業者は、利用者に対し介護保険法令の趣旨に従って、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出来るよう(介護予防)訪問リハビリテーションを提供する。
- (2) 事業の実施に当たっては、指定居宅介護支援事業所、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るものとする。

### 4. 通所リハビリテーション施設の概要

- (1) 提供できるサービスの種類

施設名称	医療法人 友愛会 野尻中央病院
所在地	宮崎県小林市野尻町東麓 1207-2
介護保険指定番号	4510510946
サービス提供地域	小林市、高原町、都城市

- (2) 同施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師	1名	0名	1名
	医師	2名	1名	3名
	理学療法士	1名	0名	0名
	作業療法士	0名	0名	0名

- (3) 同施設(法人)の職員体制(勤続年数)

	資格	3年未満	3年以上	計
管理者	医師	0名	1名	1名
	医師	1名	2名	3名
	理学療法士	0名	1名	1名
	作業療法士	0名	0名	0名

#### (4) 営業時間

月曜日～土曜日	8:00～17:00（サービス提供時間 9:00～16:00）
定休日	日曜日（年末年始を含む）

\* 緊急連絡電話 0984-25-7373

### 5. 従業者の職務内容

（介護予防）訪問リハビリテーション施設職員の職務内容は、次のとおりとする。

- （1）管理者は、（介護予防）訪問リハビリテーションに携わる従業者の総括管理、指導を行う。
- （2）医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
- （3）理学療法士及び作業療法士は（介護予防）訪問リハビリテーション利用者のリハビリテーションプログラムを作成するとともに、（介護予防）訪問リハビリテーション利用者に対し、利用者の自宅に赴き、（介護予防）訪問リハビリテーション計画・変更を行うほか、関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、機能訓練の実施に際して医師の指示に基づき指導を行う。

### 6. サービス内容

- ① （介護予防）訪問リハビリテーションサービス計画の立案
- ② 医学的管理
- ③ リハビリテーション
- ④ 相談援助サービス

### 7. 利用料金

（1）基本利用料金 1回20分

項目	単位	本人負担額 （1割）	本人負担額 （2割）	本人負担額 （3割）
訪問リハビリ テーション費	308 単位/回	308 円/回	616 円/回	924 円/回
介護予防 訪問リハビリ テーション費	298 単位/回	298 円/回	596 円/回	894 円/回

\* 区分支給限度額を超える利用をご希望の場合は、利用料金全額負担（10割負担）となります。

（2）（介護予防）訪問リハビリテーション加算料金

内容	本人負担額（1割負担）
リハビリテーションマネジメント加算 1	180 円/月
リハビリテーションマネジメント加算 3	270 円/月
短期集中リハビリテーション実施加算	200 円/回
サービス提供体制加算Ⅱ	3 円/回
（予防）訪問リハ計画診療未実施減算	-50 円/回
予防訪問リハ 12ヶ月超減算（1年以上の利用）	-30 円/回
科学的介護情報システム(LIFE)の導入	1年以上の利用に応じて

介護職員等処遇改善加算	総単位数の 1.5%
-------------	------------

その他、介護保険給付対象外追加料金

項目		本人負担額
交通費	小林市、高原町、都城市以外 ※通常の実施区域を越えた地点から徴収	30円/1km (片道につき)
その他の費用	サービス提供に必要な居宅の水道・ガス・電気・ 電話等の費用	利用者様の負担

### (3) 支払方法

#### 口座振替

毎月、15日までに前月のサービス利用分の請求書を配布し27日に（土日祝の場合は翌営業日）指定口座より振替を行います。口座振替確認後、領収書を発行、配布致します。

※請求書及び領収書の再発行は致しませんので、しっかりと保管をお願いします

#### 窓口支払い

※上記の口座振替手続き関係上、手続きが完了するまでの間、窓口支払いになる場合があります。毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、10日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。尚、御家族が遠方の方等にご相談下さい。

## 9. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当施設職員がお伺いいたします。

訪問リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

### (2) サービスの終了

#### ①お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

#### ②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

#### ③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（※この場合、条件を変更して再度契約する事ができます。）
- ・お客様がお亡くなりになった場合

#### ④その他

- ・当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを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10日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの

中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

## 10. 緊急時の対応方法

- \* 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- \* 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- \* ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。
- \* 自宅にて体調不良などでお休みをされる場合は前日の 17:00 又は当日 8:00 までには、当事業所へご連絡頂きますよう宜しくお願い致します。

## 11. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する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、当該利用者の家族、当該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。
- (2) 事故の状況及び事故に際して採った処置については事故報告書に記載します。
- (3) 利用者に対する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。

## 12. 非常災害対策

- (1) 災害時の対応 …… 自然災害、火災、その他の防災対策については、計画的な防災訓練を行い職員がいかなる時も緊急時に対応出来るよう緊急連絡網等の整備を行っている。  
訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努める。
- (2) 防災設備 …… 消火器、非常誘導灯 等
- (3) 防災訓練 …… 防災、通報、消火訓練（年2回実施）
- (4) 防火管理者 …… **山城 幸治**

## 13. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者
-------------

原田 翔太
-------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

## 14. 身体拘束等の禁止

- (1) 事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者もしくは他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わないものとします。
- (2) 事業所は、身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。

## 15. 衛生管理等

- (1) 指定訪問リハビリテーションの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 16. 業務継続計画の策定等について

- (1) 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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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実施します。
- (3) 定期的な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います。

## 17. その他運営についての留意事項

- (1) 秘密保持
  - ・ 正当な理由がない限り、業務上知り得たご本人及びご家族の秘密は漏らしません。
  - ・ 職員の退職後も順守します。
  - ・ サービス計画等で個人情報をを用いる場合には、事前に同意を得てから行います。

## 18. サービス内容に関する相談・苦情処理

- (1) 苦情相談窓口を設置し利用者、その家族からの苦情に迅速かつ適切に対応いたします。
- (2) 苦情を受けた場合は、苦情の内容をクレーム報告書に記録いたします。
- (3) 提供した「サービス」に関し市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員から質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から助言を受けた場合においては、指導、助言にしたがい必要な改善を行います。
- (4) 市町村から求めがあった場合には、指導、助言の改善内容を市町村に報告いたします。
- (5) 国民健康保険団体連合会の指導、助言を受けた場合においても指導、助言に従い必要な改善を行います。
- (6) 国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、指導、助言の内容を国民健康保険団体連合会に報告いたします。
- (7) 当施設ご利用者相談・苦情担当  
担当 野尻中央病院 地域医療連携室相談員  
電話 0984-44-1141

※その他のご相談・苦情窓口

小林市		直通電話	0984-23-1140
小林市野尻町		電話	0984-44-1100
小林市須木村		電話	0984-48-3111
高原町	ほほえみ館	直通電話	0984-42-2550
都城市		直通電話	0986-23-2114
都城市高崎町		電話	0986-36-8112
宮崎県社会福祉協議会		電話	0985-22-3145
宮崎県国民健康保険連合会		電話	0985-25-0260

19. 第三者による評価の実施状況等

1 あり	実施日		
	評価機関名称		
	結果の開示	1 あり	2 なし
② なし			

私は、訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 宮崎県小林市野尻町東麓 1207-2  
名 称 医療法人友愛会 野尻中央病院  
所 属 訪問リハビリテーション施設

代表者名 理事長 園田 定彦 印

説明者 印

私は、本書面により、事業者から訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、サービスの提供に同意します。

令和 年 月 日

(利用者) 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

本人との関係 ( )

署名代行の理由 ( )