

# 指定（介護予防） 訪問リハビリテーション

## 重要事項説明書

— 必ずお読みください —

医療法人財団 友朋会  
嬉野温泉病院  
ゆうほう会 訪問リハビリ

令和8年6月 改定版

## <指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業内容のご説明>

あなたに対する訪問リハビリテーションのサービス提供にあたり、厚労省第37号第83条に基づいて、当事業所があなたにご説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業者

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 事業者の名称  | 医療法人財団 友朋会           |
| 事業者の所在地 | 佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙1919番地 |
| 法人種別    | 医療法人財団               |
| 代表者名    | 理事長 中川 龍治            |
| 電話番号    | 0954-43-0157         |

### 2. ご利用の事業所

|                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| 事業所の種類           | 訪問リハビリテーション                          |
| 事業所の名称           | 嬉野温泉病院 ゆうほう会 訪問リハビリ                  |
| 事業所の所在地          | 佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙1919番地                 |
| 管理者の氏名           | 院長 中川 龍治                             |
| 電話番号<br>FAX番号    | 0954-43-0226（リハビリ直通）<br>0954-43-2335 |
| 開設年月日<br>指定事業所番号 | 平成12年4月1日<br>4111710481              |

### 3. 事業の目的

理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士が要介護状態或いは要支援状態にある利用者様に対して、その利用者様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、必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者様の心身機能の維持回復を図るよう支援して参ります。

### 4. 事業の運営方針

1)指定訪問リハビリテーション及び指定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とする）の提供に当たっては、医師の指示及び訪問リハビリテーションの計画に基づき、利用者様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なりハビリテーションを提供します。

- 2)訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者様又はご家族様に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。
- 3)常に利用者様の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境的的確な把握に努め、利用者様に対し適切なサービスを提供致します。
- 4)介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービス提供を行います。
- 5)それぞれの利用者様の訪問リハビリテーション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は速やかに診療録を作成するとともに、医師に報告します。

## 5. 従業員の人数及び職種・職務内容

|       | 人数   | 常 勤 |      | 職 種                   | 職 務 内 容                                         |
|-------|------|-----|------|-----------------------|-------------------------------------------------|
|       |      | 専 従 | 非専従  |                       |                                                 |
| 責 任 者 | 1    |     | 1    | 理学療法士                 | 従事者及び業務の管理を行い、必要な指揮命令を行う                        |
| 従 事 者 | 1 以上 |     | 1 以上 | 理学療法士<br>または<br>作業療法士 | 医師の診療に基づいたリハビリテーション計画を作成し、その計画に沿って必要なサービスを提供します |

※管理者は、「嬉野温泉病院 院長」。

## 6. 営業日及び営業時間

|       |                                                  |
|-------|--------------------------------------------------|
| 営 業 日 | 月曜日から金曜日、及び第一土曜日です。<br>但し、12月30日から1月3日と祝祭日を除きます。 |
| 営業時間  | 9：00から17：00までです。<br>第一土曜日は、9：00から12：30までです。      |

## 7. サービスの概要

リハビリテーション計画に従ったサービスの実施及びその評価。

## 8. 事業の実施地域

通常の事業の実施地域は嬉野市内とします。実施可能な地域は、片道30分の範囲までとし、嬉野市（嬉野町・塩田町）、鹿島市（鹿島・能古見・古枝・浜・北鹿島）、武雄市（武雄町・朝日町・橘町・東川登町・西川登町・山内町）、有田町（旧有田町のみ）、波佐見町、東彼杵町とします。

## 9. 利用料金

### 【指定訪問リハビリテーションの場合】 要介護1～5

| 介護保険負担割合 |                                     | 1割負担<br>20分（1回）      | 2割負担<br>20分（1回） | 3割負担<br>20分（1回） |
|----------|-------------------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| 利用料の額    |                                     | 308円<br>1回あたり        | 616円<br>1回あたり   | 924円<br>1回あたり   |
| 加<br>算   | サービス提供体制強化加算Ⅰ                       | 6円<br>1回あたり          | 12円<br>1回あたり    | 18円<br>1回あたり    |
|          | 短期集中リハビリテーション<br>実施加算 注1)           | 200円<br>1日あたり        | 400円<br>1日あたり   | 600円<br>1日あたり   |
|          | 認知症短期集中リハビリ<br>テーション実施加算 注2)        | 240円<br>1日あたり        | 480円<br>1日あたり   | 720円<br>1日あたり   |
|          | リハビリテーション<br>マネジメント加算 イ             | 180円<br>1月あたり        | 360円<br>1月あたり   | 540円<br>1月あたり   |
|          | リハビリテーションマネジ<br>メント加算に係る医師による<br>説明 | 270円<br>1月あたり        | 540円<br>1月あたり   | 810円<br>1月あたり   |
|          | 移行支援加算                              | 17円<br>1日あたり         | 34円<br>1日あたり    | 51円<br>1日あたり    |
|          | 退院時共同指導加算 注3)                       | 600円<br>1度限り         | 1200円<br>1度限り   | 1800円<br>1度限り   |
|          | 介護職員等処遇改善加算                         | 総基本料金に1.5%を乗じた額を別途加算 |                 |                 |

### 【指定介護予防訪問リハビリテーションの場合】 要支援1～2

| 介護保険負担割合  |                           | 1割負担<br>20分（1回）      | 2割負担<br>20分（1回） | 3割負担<br>20分（1回） |
|-----------|---------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| 利用料の額 注4) |                           | 298円<br>1回あたり        | 596円<br>1回あたり   | 894円<br>1回あたり   |
| 加<br>算    | サービス提供体制強化加算Ⅰ             | 6円<br>1回あたり          | 12円<br>1回あたり    | 18円<br>1回あたり    |
|           | 短期集中リハビリ<br>テーション実施加算 注1) | 200円<br>1日あたり        | 400円<br>1日あたり   | 600円<br>1日あたり   |
|           | 退院時共同指導加算 注3)             | 600円<br>1度限り         | 1200円<br>1度限り   | 1800円<br>1度限り   |
|           | 介護職員等処遇改善加算               | 総基本料金に1.5%を乗じた額を別途加算 |                 |                 |

※当事業所において、訪問リハビリテーション費に定める加算の内、上記以外の加算については算定いたしません。

注1) 病院、介護老人保健施設から退院・退所あるいは認定日から3月以内とします。  
(週2回以上利用の時)

注2) 病院、介護老人保健施設から退院・退所あるいは訪問開始日から3月以内とします。  
(週2回を限度として加算)

注3) 病院または診療所より退院するに当たり、当事業所の訪問リハスタッフ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を行った場合に、当該退院につき1回限り加算となります。

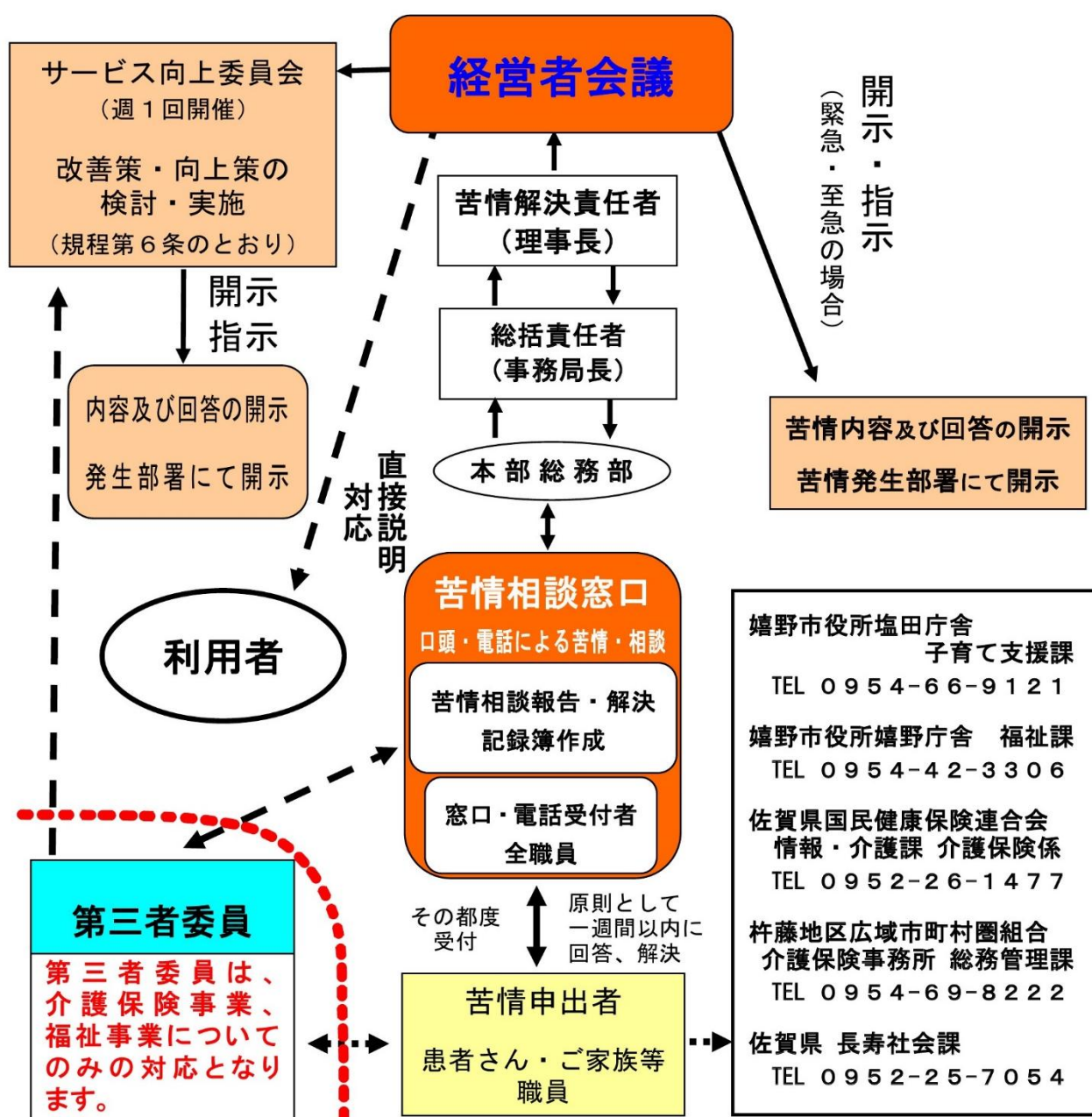
注4) 利用開始から12ヵ月超の場合、1回につき30単位が減算となります。

## 10. 苦情などの申し立て先

1) 当事業所・当会における苦情のご相談は、以下の窓口で受け付けます。

|           |                                                 |
|-----------|-------------------------------------------------|
| 窓口及び担当者   | ゆうほう会 訪問リハビリ 小部 智美（管理者）<br>（電話番号） 0954-43-0226  |
| 担 当 責 任 者 | 医療法人財団 友朋会 苦情相談窓口（地域連携室）<br>（電話番号） 0954-43-0255 |

## 【苦情解決の組織体制及び苦情報告・解決の流れ】



2)行政機関、その他の苦情受付機関は以下の通りです。

|                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 嬉野市役所塩田庁舎・子育て支援課             | (電話番号) 0 9 5 4 - 6 6 - 9 1 2 1 |
| 嬉野市役所嬉野庁舎・福祉課                | (電話番号) 0 9 5 4 - 4 2 - 3 3 0 6 |
| 佐賀県国民健康保険連合会<br>介護保険係        | (電話番号) 0 9 5 2 - 2 6 - 1 4 7 7 |
| 杵藤地区広域市町村圏組合<br>介護保険事務所総務管理課 | (電話番号) 0 9 5 4 - 6 9 - 8 2 2 2 |
| 佐賀県長寿社会課                     | (電話番号) 0 9 5 2 - 2 5 - 7 0 5 4 |

## <当事業所をご利用の際に留意いただく事項>

### 1. サービスの開始と終了

|    |                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開始 | 訪問リハビリテーションは、医師の指示に基づき開始いたします。                                                                              |
| 終了 | 1) 利用者様の意思表示があった時及び利用者様が介護保険施設や医療施設へ入所又は入院された時。<br>2) 利用者様が自立（非該当）と確定された時。<br>3) 訪問リハビリテーション計画に掲げた目標を達成した時。 |

### 2. サービス内容と提供

当事業所は、利用者様の居宅を訪問し訪問リハビリテーション計画に沿ってサービスを提供し、実施ごとに内容を記録します。サービス提供記録については契約終了後2年間保管し、利用者様の求めに応じ閲覧、又は複写物を交付します。但し、複写に関しては、利用者様に対して実費相当額（54円／枚）を請求できるものとします。

### 3. 個人情報と守秘義務

当事業所の従業員は、ガイドラインに基づき、個人情報の適切な取り扱いを行い、利用者様やご家族様の秘密を一切漏らす事はありません。また、従業員が退職後、その業務上知り得た利用者様やそのご家族様の秘密を漏らすことがないよう誓約書を交わし、教育指導を徹底致します。

但し、サービス担当者会議等で利用者様へのより良いサービス提供のために利用者様やそのご家族様の個人情報が必要となる場合がございます。その際は必要最低限の情報を提供することがありますので、あらかじめご了承ください。

#### 4. 緊急時・事故発生時の対応

当事業所は、サービスの提供を行っている際に、利用者様の病状の急変や事故等が生じた場合は、かかりつけ医及びご家族様、居宅介護支援事業所、市町へ速やかに連絡を行い、必要な措置を講じます。

#### 5. 損害責任

当事業所は、サービスの提供に当たって利用者様の生命・身体・財産等に損害を与えた場合には、事実関係を確認の上、損害を賠償します。但し、利用者様又はそのご家族様に過失がある場合は、賠償額を減額又は支払わないことがあります。

#### 6. ご利用料金の請求

毎月、月末締めにて翌月 15 日前後に請求書を発行し、一括して徴収させていただきます。

#### 7. サービス利用申し込み手続き

当事業所の説明を受けられた内容につきましてご理解いただき同意された方は、別紙の同意書及び利用契約書に記入の上、担当者にお渡し下さい。

#### 8. 虐待防止のための措置

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擁護する者）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、速やかに市町へ通報します。

利用者の人権擁護・虐待等の未然防止・早期発見のため、次の措置を講じます。

- （１）虐待防止体制として専任の担当者の選出、対策を検討する委員会の実施
- （２）指針の整備、虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- （３）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- （４）その他、虐待防止のために必要な措置

# 重要事項説明書への同意及び

## 「ゆうほう会訪問リハビリ」との利用契約書

私は、事業者より重要事項説明書についての説明を受け、同意しました。  
その上で、以下の利用者について訪問リハビリテーションサービスについての利用契約を致します。

令和 年 月 日

|                       |        |                          |  |        |         |  |
|-----------------------|--------|--------------------------|--|--------|---------|--|
| 利<br>用<br>者           | 氏<br>名 | フリガナ                     |  | 性 別    |         |  |
|                       |        | ⑩                        |  | 男 ・ 女  |         |  |
|                       | 生年月日   | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 ( 歳 ) |  |        |         |  |
|                       | 住<br>所 | 〒 □ □ □ - □ □ □ □        |  |        |         |  |
| 申<br>請<br>者           | 氏<br>名 | フリガナ                     |  | 性 別    | 利用者との続柄 |  |
|                       |        | ⑩                        |  | 男 ・ 女  |         |  |
|                       | 住<br>所 | 〒 □ □ □ - □ □ □ □        |  |        |         |  |
| 緊<br>急<br>連<br>絡<br>先 | ①      | 氏 名 :                    |  | 続柄 ( ) |         |  |
|                       |        | 携帯番号 :                   |  | 固定電話 : |         |  |
|                       | ②      | 氏 名 :                    |  | 続柄 ( ) |         |  |
|                       |        | 携帯番号 :                   |  | 固定電話 : |         |  |

利用者の申し込みを受諾し、訪問リハビリテーションサービスの提供を誠実かつ責任をもって実施して参ります。

事 業 者 所 在 地 佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙 1919 番地  
事業者(法人)名 医療法人財団 友 朋 会  
代表者職・氏名 理事長 中 川 龍 治 印

重要事項説明書の内容を説明したうえで、契約に立ち会いました。

立 会 人 氏 名 \_\_\_\_\_ 印