

介護老人保健施設リカバリーセンター章仁苑  
(介護予防)訪問リハビリテーション重要事項説明書  
<令和6年6月1日現在>

1. (介護予防)訪問リハビリテーション事業者(法人)の概要

名称・法人種別	社会福祉法人章仁会
代表者名	理事長 佐竹辰男
所在地・連絡先	(所在地) 三次市和知町11800番地21 (電話) 0824-66-2755 (FAX) 0824-66-1184

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	リカバリーセンター章仁苑
所在地・連絡先	(所在地) 三次市和知町11800番地21 (電話) 0824-66-2755 (FAX) 0824-66-1184
介護保険指定番号	3451980027

(2) 事業の目的

(介護予防)訪問リハビリテーションは、要介護状態または要支援状態と認定されたご利用者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法の必要なリハビリテーションを行うことを目的とします。

(3) 運営の方針

- ア. ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する心身の機能に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、リハビリテーション計画を作成し、必要なリハビリテーションを行うことによりご利用者の心身の機能の維持回復を図ります。
- イ. (介護予防)訪問リハビリテーションの実施にあたっては居宅介護支援事業者やその他の関係機関と緊密な連携を図り、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

(介護予防)訪問リハビリテーションを提供する職員配置は、療法士 2名です。  
( 管理者(医師)1名、理学療法士 2名 )

4. 事業の実施地域

事業を通常実施する地域は次のとおりです。

- (1)三次市
- (2)庄原市

※ 上記以外の地域の方も、ご希望の方はご相談下さい。

## 5. 営業日及び時間

- 1 営業日 月曜日～土曜日。
- 2 営業時間 午後1時～午後5時30分。ただし、移動時間を含みます。  
(電話等への対応は、終日行っております)
- 3 休日 日曜日、1月1日～1月3日
- 4 中止 本事業の地域特性による豪雨・降雪等における基幹道路の通行規制で、移動の困難な場合、ご利用の中止をお願いすることがございます。

## 6. ご利用方法・回数・時間

### (1)主治医の指示書について

当事業所をご利用いただくには、主治医が(介護予防)訪問リハビリテーションサービスを必要と認め、3ヶ月ごとに「訪問リハビリテーション診療情報提供書」の交付を行っていただくことが必要です。このため定期的な受診をお願いします。

ご利用者の身体状況把握のため、当事業所の医師が3ヶ月ごとに診察させていただきます。

### (2)ご利用回数・ご利用時間

ご利用回数やご利用時間については、担当の介護支援専門員が居宅介護サービスに位置付けた日に訪問いたしますが、病状により訪問回数・時間を適宜変更することも可能です。

## 7. (介護予防)訪問リハビリテーションサービス内容について

当事業所が行う(介護予防)訪問リハビリテーションの内容は、次のとおりです。

### (1)健康チェック

血圧・体温・呼吸・脈拍などの測定、病状観察

### (2)リハビリテーション

- ・日常生活動作の練習(歩行、食事、トイレ、入浴等)
- ・日常生活関連動作の練習(家事、外出等)
- ・介護方法の検討指導
- ・住宅改修、福祉用具の選定、装具作成のアドバイス
- ・自主トレーニングの指導
- ・その他(様々な生活上の困難に対するアプローチ)

## 8. ご利用料金

(1)ご利用料金は下記の自己負担額となります。(所得に応じて負担割合が変わります)

基本単価 (1回につき) 1割: 1割負担の方 2割: 2割負担の方 3割: 3割負担の方

内 容	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費 一回につき(20分)	308円	616円	924円
介護予防訪問リハビリテーション費 一回につき(20分)	298円	596円	894円

加算 (1日につき) 1割: 1割負担の方 2割: 2割負担の方 3割: 3割負担の方

内 容	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加算 退院(退所)日又は認定日から起算して3月以内リハビリテーションマネジメント(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していること	200円	400円	600円
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院(所)日又は訪問開始 日から3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと(1週に2日を限度)	240円	480円	720円

加算 (1月につき) 1割: 1割負担の方 2割: 2割負担の方 3割: 3割負担の方

内 容	1割負担	2割負担	3割負担
リハビリテーションマネジメント加算イ (1)指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。 (2) (1)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。 (3) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。 (4) 訪問リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。 (5) 三月に一回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直していること。 (6) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。	180円	360円	540円

内 容	1 割負担	2 割負担	3 割負担
(7) 以下のいずれかに適合すること。 (一) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。 (二) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。 (8) (1)から(7)までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。			
リハビリテーションマネジメント加算ロ (1) リハビリテーションマネジメント加算(A)イの算定要件を満たしていること。 利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報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、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	213 円	426 円	639 円
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	270 円	540 円	810 円

加算（1回につき） 1割：1割負担の方 2割：2割負担の方 3割：3割負担の方

内 容	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 勤続7年以上の者がいること。	6 円	12 円	18 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 勤続3年以上の者がいること。	3 円	6 円	9 円

減算（1回につき） 1割：1割負担の方 2割：2割負担の方 3割：3割負担の方

内 容	1 割負担	2 割負担	3 割負担
介護予防訪問リハビリテーションの長期提供による減算 サービス開始日の属する月から12月超の利用者に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合で ・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していなかった場合。 ・利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報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、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していなかった場合。	-30 円	-60 円	-90 円

内 容	1 割負担	2 割負担	3 割負担
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（診療未実施減算） (1) 指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。 (2) 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。 (3) 当該情報の提供を受けた指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。 ○ 上記の規定に関わらず、令和9年3月31日までの間に、次に掲げる基準のいずれにも適合する場合には、同期間に限り、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。・上記(1)及び(3)に適合すること。・(2)に規定する研修の修了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載していること。 ○ 以下のいずれにも該当する場合、訪問リハビリテーションの診療未実施減算を適用しない。・医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。・訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けていること。・当該利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供であること。	-50 円	-100 円	-150 円

○介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて上記負担額を変更します。

○介護保険給付額の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた金額の全額をご負担いただくこととなります。

## (2) 利用料等のお支払方法

毎月5日までに前月分の請求をいたしますので、その月の15日までにお支払下さい。お支払いただきますと、領収書を発行いたします。お支払いの方法は、現金支払かゆうちょ銀行・広島銀行・三次農協の振込又は自動引き落としの3方法があります。

ゆうちょ銀行 普通預金(口座番号15180-22584901)  
 口座名義 社会福祉法人章仁会  
 理事 佐竹辰男

広島銀行十日市支店 普通預金(口座番号1045720)  
 口座名義 社会福祉法人章仁会  
 理事 佐竹辰男

ひろしま農業協同組合三次東支店 普通預金(口座番号0026491)  
 口座名義 社会福祉法人章仁会  
 理事 佐竹辰男

※なお、振込・自動引き落としの場合、金融機関手数料がかかります。

9. 事故発生時の対応

- (1) (介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及びご家族に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
- (2) (介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供により、ご利用者に対し医療事故や器物破損を起こし損害を与えるような行為があった場合、その損害を速やかに賠償いたします。

10. 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 理学療法士 片岡 泰夫 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話(0824-66-2755) 苦情箱(1階エレベーター前に設置)
苦情受付行政窓口	三次市高齢者福祉課介護保険係 受付時間 8:30～17:15 (12/29～1/3、土・日・祝祭日を除く) ご利用方法 電話(0824-62-6387) 広島県国民健康保険団体連合会 受付時間 8:30～17:15 (12/29～1/3、土・日・祝祭日を除く) ご利用方法 電話(082)554-0783
その他の苦情受付窓口	広島県社会福祉協議会(広島県福祉サービス適正委員会) 受付時間 8:30～17:15(土・日・祝祭日を除く) ご利用方法 電話(0824-63-6284) * 広島県福祉サービス適正委員会にご相談の際には事前に電話での予約が必要です。

11. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	
	住所	
	電話番号	
緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	
	住所	
	電話番号	

12. 守秘義務

当事業所は、業務上知り得たご利用者またはご家族の秘密を厳守するとともに秘密が漏れることの無いよう管理を徹底いたします。なお、この守秘義務は契約終了後も職員退職後も同様といたします。

### 13. 個人情報保護方針と使用に関する同意

#### (1) 個人情報

個人情報とは、個人に関する情報であり、その情報を構成する「氏名」「住所」「電話番号」「生年月日」及びその他の情報で、特定の個人を識別できる情報をいいます。

#### (2) 個人情報の収集及び利用

前項の守秘義務の規定に関わらず、当事業所職員は業務上以下の目的でご利用者及びご家族の個人情報を使用(提供又は収集)させていただきます。

- ① ご利用者に関わる担当介護支援専門員の立案する居宅サービス計画や円滑にサービスを提供するために実施される関係者によるサービス担当者会議での情報提供のため。
- ② 介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整のための情報交換
- ③ サービス提供のためのリハビリテーション計画立案に関係する情報収集
- ④ 主治医への月間報告書提出時
- ⑤ ご利用者の病状急変時の緊急連絡を要する場合

#### (3) 個人情報に関する情報共有のために使用する書類は次のとおりです。

介護保険被保険者証・居宅介護サービス計画書・要介護認定時の主治医の意見書・リハビリテーション計画書・訪問リハビリテーション月間報告書・訪問リハビリテーション診療情報提供書・身体障害者手帳・医療受給者証・健康保険証・後期高齢者医療被保険者証・医療機関からの退院時要約書(サマリー)等。

#### (4) 個人情報保護に関する関係法令の遵守

当事業所は、個人情報保護法等関係法令及びガイドラインを遵守し、個人情報管理に関する規定を定めて個人情報の保護に取り組みます。

#### (5) 個人情報の開示、訂正又は削除

当事業所は、個人情報の主体(本人)及びその代理人から、個人情報の開示、訂正、又は削除を求められた場合には、遅滞なくこれに応じます。

#### (6) 個人情報の保護の維持、改善

当事業所は、個人情報の適正な取り扱いが行われるよう、職員に対して教育啓発活動を実施するとともに個人情報の取り組みを見直し、その改善に努めます。

当事業者は、(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、ご利用者に対し重要事項説明書に基づいて、サービスの内容等及び個人情報に関する同意について、ご説明いたしました。

令和 年 月 日

<事業者>

住 所 三次市和知町11800番地21  
事業者(法人) 社会福祉法人章仁会  
施 設 名 介護老人保健施設  
リハビリセンター章仁苑  
(事業所番号) 3451980027  
代 表 者 名 理事長 佐 竹 辰 男

印

<説明者>

職 名  
氏 名

印

私は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの内容等及び個人情報に関する同意について説明を受け、(介護予防)訪問リハビリテーションの開始に同意しました。必要があれば、ご利用者及びご家族の情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所  
氏 名

印

<代理人(選任した場合)>

住 所  
氏 名

印