

医療法人社団若葉会

高重記念クリニック

【訪問リハビリテーション】

重要事項説明書

サービス内容説明書
～ 居宅サービスを受ける利用者様へ ～

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提供にあたり、介護保険法に関する厚生労働省令に基づいて、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. 事業者の理念

私たちは、地域のかかりつけとして社会に貢献し、患者様から信頼される医療機関となることを目指します。

2. 事業者の基本方針

- 1 地域に根ざした活動を行い、高齢医療の向上及び福祉の増進に寄与します。
- 2 医療・介護・福祉・保健の各機関と連携を密に質の高い医療サービスを提供します。
- 3 患者様の意思を尊重し、信頼される診療・看護・介護に努めます。
- 4 リハビリテーションを通じて、機能回復向上を目指し、住み慣れた地域で自立した生活が出来るよう支援します。
- 5 職員は自分に向上心をもち、仕事に責任感あふれ、患者様に思いやりのある行動をいたします。

3. 事業者の概要

事業者名称	医療法人社団 若葉会
主たる事業所の所在地	富山県富山市元町二丁目3番20号
法人種別	医療法人
代表者の氏名	高尾昌明
電話番号	076-421-4363

4. ご利用事業所

名 称	高重記念クリニック 訪問リハビリテーション事業所
所在地	富山県富山市元町二丁目3番20号
都道府県知事許可番号	1610118117
管理者の氏名	高尾昌明
電話番号	076-421-4363
FAX 番号	076-421-4364

5. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	計画的な医療管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態にある方の自宅を訪問して、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、作業療法又は言語療法の必要なリハビリテーションを行なうことを目的とする
運営の方針	要介護状態となった場合においても、その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できるよう、利用者の居宅において理学療法、作業療法又は言語療法その他必要なリハビリテーションを行なうことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることとする。 訪問リハビリの提供に当たっては病状が安定期にあり、診察に基づき実施される計画的な医学管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要介護者を対象とする。 事業の実施にあたっては居宅介護支援事業者等との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供を行うものとする。

6. ご利用事業所の職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤	備 考
管理者	医師	1		クリニックと兼務
理学療法士	理学療法士	1 以上		

7. サービス提供日時

サービス提供日	毎週月曜日から金曜日 ＊日祝祭日及び例年法人が定める日（年末年始、お盆等）は休業
サービス提供時間	午前 9 時から午後 5 時

8. 秘密の保持について

当事業者はサービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また退職後も、在籍中に知り得た利用者及び家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応について

利用者に対する(予防)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（予防）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。

10. 苦情等申し立て窓口

当事業所のサービスについてご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記相談窓口までご一報ください。また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任を持って調査、改善をさせていただきます。

苦情相談窓口：法人本部 筒井 ひさよ 苦情解決責任者：高尾 昌明 電話番号：076-461-4403 受付時間：9：00～17：00（土日祝を除く）

苦情における施設外の受付は以下の保険者もしくは市町村までお申し付けください。

富山県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

住 所：富山県富山市下野995-3

電 話：076-431-9833

富山市介護保険課

住 所：富山県富山市桜町7-38

電 話：076-443-2041

富山県福祉サービス運営適正化委員会

住 所：富山県富山市安住町5-21 富山県総合福祉会館2階

電 話：076-432-3280

苦情等が発生した場合、以下のとおり対応いたします。

- ① 相談・苦情の発生
- ② 相談・苦情受付担当者への連絡、内容についての確認・報告
- ③ 相談・苦情解決責任者への報告
- ④ 関係職員との調整・改善策検討
- ⑤ 相談・苦情解決責任者への報告
- ⑥ 相談者への報告
- ⑦ 改善策の実施・点検

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施	無
外部評価の実施	無
評価結果の開示状況	-
掲載日	-

この重要事項説明書は平成 21 年 4 月 1 日施行

平成 24 年 4 月、平成 27 年 4 月、平成 30 年 4 月改正

令和 元年 10 月、令和 2 年 6 月一部改正

令和 3 年 4 月 1 日改正

令和 4 年 4 月 1 日一部改正

令和 4 年 10 月 1 日一部改正

令和 6 年 6 月 1 日一部改正

令和 8 年 4 月 1 日一部改正

令和 8 年 6 月 1 日一部改正

サービス内容説明書

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

1. 訪問リハビリテーションサービスの内容

曜 日	時間帯	内 容	訪問員

2. 担当の療法師

あなたの担当の療法士は_____（理学療法士）ですが、やむを得ない事由で変更する場合は事前に連絡をいたします。療法士は常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでもその提示をお求めください。

3. 基本料金（当事業所の地域区分は「7級地」で1単位あたりの単価は10.17円）

・訪問リハビリテーション費	<u>20 分につき 308 単位</u>	自己負担 1 割の場合 314 円／20 分 自己負担 2 割の場合 627 円／20 分 自己負担 3 割の場合 940 円／20 分
---------------	-----------------------	--

※20 分間リハビリテーションを行った場合に 1 回として算定

※感染症の流行や災害等の非常時において、特例として厚生労働省が定める基準に基づき、上記の単位数や自己負担金額が変更となる場合があります。

4. 加算料金

・サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日につき6単位	自己負担1割の場合	7円/日
		自己負担2割の場合	13円/日
		自己負担3割の場合	19円/日

・サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日につき3単位	自己負担1割の場合	3円/日
		自己負担2割の場合	6円/日
		自己負担3割の場合	9円/日

- ・短期集中リハビリテーション実施加算

<u>1 日につき 200 単位</u>	自己負担 1 割の場合 204 円／日
	自己負担 2 割の場合 407 円／日
	自己負担 3 割の場合 611 円／日

※退院・退所日又は新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内の場合

・リハビリテーションマネジメント加算（イ）

1 月につき 180 単位	自己負担 1 割の場合	183 円／月
	自己負担 2 割の場合	366 円／月
	自己負担 3 割の場合	549 円／月

・リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

1 月につき 213 単位	自己負担 1 割の場合	217 円／月
	自己負担 2 割の場合	434 円／月
	自己負担 3 割の場合	650 円／月

※事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、同意を得た場合上記に加え、270 単位を加算する

1 月につき 270 単位	自己負担 1 割の場合	275 円／月
	自己負担 2 割の場合	549 円／月
	自己負担 3 割の場合	824 円／月

・退院時共同指導加算

1 回につき 600 単位	自己負担 1 割の場合	611 円／回
	自己負担 2 割の場合	1,221 円／回
	自己負担 3 割の場合	1,831 円／回

・介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に 1.5% を乗じて算定

5. 減算料金

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、訪問リハビリテーション費 1 回につき 50 単位を減算いたします。

6. キャンセルについて

利用者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、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。

利用日の前日までに連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の 10%（移動費相当額）

7. 利用料のお支払い方法

毎月 11 日から前月分の請求をいたしますので当月末までに支払いをお願いいたします。支払いは受付窓口までご持参いただくか、療法士が居宅を訪問した際に受領いたします。口座振替による支払いを希望される方は事前にお申し込みください。

8. 利用時に必要な書類

介護保険被保険者証、老人医療受給者証、健康保険被保険者証、身体障害者手帳など

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、(甲1) 様 に対する

居宅サービス（訪問リハビリテーション）の提供にあたり、重要事項説明書に基づいて、重要事項ならびにサービス内容を書面により説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地：富山県富山市元町二丁目3番20号

名 称 ：医療法人社団 若葉会 高重記念クリニック
訪問リハビリテーション事業所 (印)

説明者 所 属 ：高重記念クリニック訪問リハビリテーション事業所

氏 名 ： (印)

(甲) 私は重要事項説明書ならびにサービス内容説明書に基づいて、乙から重要事項ならびにサービス内容についての説明を書面にて受けました。

(甲1) 利用者 住 所：

氏 名： (印)

(甲2) 利用者の家族 住 所：

氏 名： (印)

※ (甲2) ご家族欄は利用者の判断能力に障害が見られる場合、
家族もしくは成年後見人などが代わって記載をする

医療法人社団若葉会

高重記念クリニック

【介護予防訪問リハビリテーション】

重要事項説明書

サービス内容説明書

～ 居宅サービスを受ける利用者様へ ～

重要事項説明書

あなたに対する介護予防訪問リハビリテーションサービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生労働省令に基づいて、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. 事業者の理念

私たちは、地域のかかりつけとして社会に貢献し、患者様から信頼される医療機関となることを目指します。

2. 事業者の基本方針

- 1 地域に根ざした活動を行い、高齢医療の向上及び福祉の増進に寄与します。
- 2 医療・介護・福祉・保健の各機関と連携を密に質の高い医療サービスを提供します。
- 3 患者様の意思を尊重し、信頼される診療・看護・介護に努めます。
- 4 リハビリテーションを通じて、機能回復向上を目指し、住み慣れた地域で自立した生活が出来るよう支援します。
- 5 職員は自分に向上心をもち、仕事に責任感あふれ、患者様に思いやりのある行動をいたします。

3. 事業者の概要

事業者名称	医療法人社団 若葉会
主たる事業所の所在地	富山県富山市元町二丁目3番20号
法人種別	医療法人
代表者の氏名	高尾昌明
電話番号	076-421-4363

4. ご利用事業所

名 称	高重記念クリニック 介護予防訪問リハビリテーション事業所
所在地	富山県富山市元町二丁目3番20号
都道府県知事許可番号	1610118117
管理者の氏名	高尾昌明
電話番号	076-421-4363
ファックス番号	076-421-4364

5. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	計画的な医療管理を行っている医師の指示に基づき、要支援状態にある方の自宅を訪問して、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、作業療法又は言語療法の必要なリハビリテーションを行なうことを目的とする。
運営の方針	介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたって、要支援者が可能な限りその居宅において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、作業療法又は言語療法その他必要なリハビリテーションを行なうことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 介護予防訪問リハビリの提供にあたって、病状が安定期にあり、診察に基づき実施される計画的な医学管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要支援者を対象とする。 事業の実施にあたっては地域包括支援センター、介護予防支援事業者、保健医療福祉サービスを提供する者、居宅介護支援事業者等との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供を行なうものとする。

6. ご利用事業所の職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤	備 考
管理者	医師	1		クリニックと兼務
理学療法士	理学療法士	1 以上		

7. サービス提供日時

サービス提供日	毎週月曜日から金曜日 ＊日祝祭日及び例年法人が定める日（年末年始、お盆等）は休業
サービス提供時間	午前 9 時から午後 5 時

8. 秘密の保持について

当事業者はサービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また退職後も、在籍中に知り得た利用者及び家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応について

利用者に対する(予防)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（予防）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。

10. 苦情等申し立て窓口

当事業所のサービスについてご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記相談窓口までご一報ください。また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任を持って調査、改善をさせていただきます。

苦情相談窓口：法人本部 筒井 ひさよ 苦情解決責任者：高尾 昌明 電話番号：０７６－４６１－４４０３ 受付時間：９：００～１７：００（土日祝を除く）

苦情における施設外の受付は以下の保険者もしくは市町村までお申し付けください。

富山県国民健康保険団体連合会 苦情相談専用窓口

住 所：富山県富山市下野９９５－３

電 話：０７６－４３１－９８３３

富山市介護保険課

住 所：富山県富山市桜町７－３８

電 話：０７６－４４３－２０４１

富山県福祉サービス運営適正化委員会

住 所：富山県富山市安住町５－２１ 富山県総合福祉会館２階

電 話：０７６－４３２－３２８０

苦情等が発生した場合、以下のとおり対応いたします。

- ⑧ 相談・苦情の発生
- ⑨ 相談・苦情受付担当者への連絡、内容についての確認・報告
- ⑩ 相談・苦情解決責任者への報告
- ⑪ 関係職員との調整・改善策検討
- ⑫ 相談・苦情解決責任者への報告
- ⑬ 相談者への報告
- ⑭ 改善策の実施・点検

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施	無
外部評価の実施	無

評価結果の開示状況	-
掲載日	-

この重要事項説明書は平成 21 年 4 月 1 日施行

平成 24 年 4 月、平成 27 年 4 月、平成 30 年 4 月改正

令和 2 年 6 月 1 日一部改正

令和 3 年 4 月 1 日改正

令和 4 年 4 月 1 日一部改正

令和 4 年 10 月 1 日一部改正

令和 6 年 6 月 1 日一部改正

令和 8 年 4 月 1 日一部改正

令和 8 年 6 月 1 日一部改正

サービス内容説明書

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

1. 介護予防訪問リハビリテーションサービスの内容

曜 日	時間帯	内 容	訪問員

2. 担当の療法士

あなたの担当の療法士は_____（理学療法士）ですが、やむを得ない事由で変更する場合は事前に連絡をいたします。療法士は常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでもその提示をお求めください。

3. 基本料金（当事業所の地域区分は「7 級地」で 1 単位あたりの単価は 10.17 円）

予防訪問リハビリテーション費 20 分につき 298 単位 自己負担 1 割の場合 303 円／20 分
自己負担 2 割の場合 606 円／20 分
自己負担 3 割の場合 909 円／20 分

※20 分間リハビリテーションを行った場合に 1 回として算定

※感染症の流行や災害等の非常時において、特例として厚生労働省が定める基準に基づき、上記の単位数や自己負担金額が変更となる場合があります。

4. 加算料金

・ 予防訪問リハサービス提供強化加算Ⅰ

1 日につき 6 単位 自己負担 1 割の場合 7 円／日
自己負担 2 割の場合 13 円／日
自己負担 3 割の場合 19 円／日

・ 予防訪問リハサービス提供強化加算Ⅱ

1 日につき 3 単位 自己負担 1 割の場合 3 円／日
自己負担 2 割の場合 6 円／日
自己負担 3 割の場合 9 円／日

・ 予防訪問リハ短期集中リハビリテーション実施加算

<u>1 日につき 200 単位</u>	<u>自己負担 1 割の場合 204 円／日</u>
	<u>自己負担 2 割の場合 407 円／日</u>
	<u>自己負担 3 割の場合 611 円／日</u>

※退院・退所日又は新たに要介護認定を受けた日から 3 ヶ月以内の場合

- ・ 予防訪問リハ退院時共同指導加算

<u>1 回につき 600 単位</u>	<u>自己負担 1 割の場合 611 円／回</u>
	<u>自己負担 2 割の場合 1,221 円／回</u>
	<u>自己負担 3 割の場合 1,831 円／回</u>

- ・ 介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に 1.5% を乗じて算定

5. 減算料金

- ・ 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は、予防訪問リハビリテーション費 1 回につき 50 単位 減算いたします。
- ・ 利用開始月から 12 ヶ月を超えた期間にリハビリテーションを行った場合は、予防訪問リハビリテーション費 1 回につき 30 単位 減算いたします。

6. キャンセル料について

利用者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、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。

利用日の前日までに連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の 10%（移動費相当額）

7. 利用料のお支払い方法

毎月 11 日から前月分の請求をいたしますので当月末までに支払いをお願いいたします。支払いの際は受付窓口まで持参していただくか、療法士が居宅を訪問した際に受領いたします。口座振替による支払いを希望される方は事前にお申し込みください。

8. 利用時に必要な書類

介護保険被保険者証、老人医療受給者証、健康保険被保険者証、身体障害者手帳など

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、(甲1) 様 に対する

居宅サービス（介護予防訪問リハビリテーション）の提供にあたり、重要事項説明書に基づいて、重要事項ならびにサービス内容を書面により説明しました。

(丙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地：富山県富山市元町二丁目 3 番 20 号

名 称 : 医療法人社団 若葉会 高重記念クリニック
訪問リハビリテーション事業所 (印)

説明者 所 属 : 高重記念クリニック 訪問リハビリテーション事業所

氏 名 : _____ (印)

(乙) 私は重要事項説明書ならびにサービス内容説明書に基づいて、乙から重要事項ならびにサービス内容についての説明を書面にて受けました。

(甲1) 利用者 住 所:

氏 名： _____ (印)

(甲 2) 利用者の家族 住 所:

氏 名： _____ (印)

＊（甲２）ご家族欄は利用者の判断能力に障害が見られる場合、
家族もしくは成年後見人などが代わって記載をする