

# 指定訪問リハビリテーション

## 指定介護予防訪問リハビリテーション

### 「重要事項説明書」

当施設は介護保険の指定を受けています。

介護保険事業所番号 第 1315422118 号

- |            |                             |
|------------|-----------------------------|
| (1) 法人名    | 医療法人社団伸進会                   |
| (2) 事業所名   | 六角地蔵整形外科クリニック訪問リハビリテーション    |
| (3) 事業所所在地 | 東京都西東京市西原5-1-8 西原クリニックビル 1階 |
| (4) 電話番号   | 042-452-6006                |
| (5) 管理者氏名  | 岩澤 範彦                       |
| (6) 開所年月日  | 令和8年3月1日                    |

# 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

## 重要事項説明書

### 1. 事業所概要

法人名	医療法人社団伸進会
理事長	吉本 伸之
事業所名称	六角地蔵整形外科クリニック訪問リハビリテーション
事業所の所在地	東京都西東京市西原5-1-8 西原クリニックビル1階
院長	岩澤 範彦
連絡先 電話番号	042-452-6006
FAX 番号	042-452-6006
指定年月日	令和8年3月1日指定
事業所番号	1315422118
通常の事業の実施地域	東京都西東京市全域・東久留米市の一部・小平市の一部

### 2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

### 3. 提供するサービスの内容

(1) 訪問リハビリテーション（又は介護予防訪問リハビリテーション）は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士(以下「理学療法士等」といいます。)が、通院が困難な利用者の居宅を訪問してその方の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、リハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るサービスです。サービスの提供中に、リハビリの記録の為と、甲の疾患対処等で判断に困った際、スマートフォン等の操作を致します。ご理解ください。

## (2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

## 4. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日とする。 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始及び夏季休業日を除く。
営業時間	9:00 から 17:00 まで

## 5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 1 名以上
理学療法士及び作業療法士 言語聴覚士	常勤 1 名以上

## 6. サービスの提供及びサービスの利用

(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、要介護又は要支援認定の有無及び要介護又は要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。

(2) 利用者が要介護又は要支援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、居宅介護又は介護予防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、要介護又は要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護又は要支援認定の有効期間が終了する 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) 利用者に係る居宅介護支援事業所が作成する「居宅サービス計画（介護予防サービス支援計画）（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「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）」を作成します。なお、作成した「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）」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします

(4) サービスの提供は「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）」に基づいて行ないます。なお、サービスの提供にあたり、ケア・カンファレンス等の情報を基に、利用者の心身機能及び介護支援状況を把握し、利用者の安全管理に努めます。

(5) サービスの提供に関する具体的な指示や命令は、すべて事業所が行ないますが、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ないます。

## 7. 利用料

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の利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用は別表1のとおりとなります。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

### （1）キャンセル料

訪問事業者が利用者の居宅（施設を含む）に訪問した際に不在であり、事前に事業者側に不在となる連絡が無かった場合、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
訪問時連絡なく不在だった場合	1000 円

### （2）支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、口座振替にてお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、発行しお渡しします。領収書等の再発行は行っておりませんので大切に保管するようにお願いします。

## 8. 事故発生時及び緊急時の対応

（1）事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市区、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

（2）前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

（3）管理者は事故の状況を詳細に把握し、事故原因の分析や今後の対策を協議する等、再発の防止に努めるとともに、必要に応じて居宅介護支援事業所、市町村等関係機関に連絡を行います。

（4）事業所は、サービスの提供に伴い、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

（5）事業所は、利用者に対し、施設医師の医学的な判断により、対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

（6）前項の他、サービスの利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、事業所は利用者及び家族が指定する者に対し緊急に連絡します。

（7）サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求め等、必要な措置を講じます。

●緊急連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話番号			

●主治医

氏名	
病院又は診療所	
電話番号	

9. 非常災害対策

事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行います。

10. 虐待防止

事業所は、利用者等の人権意識・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 事業所において、職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

虐待防止に関する責任者	土井 将太
-------------	-------

⑤ 西東京市虐待防止相談窓口

西東京市 高齢者支援課 地域支援係	〒188-8666 西東京市南町 5-6-13 電話：042-420-2811
東久留米市 福祉保健部 介護福祉課 地域ケア係	〒203-8555 東久留米市本町 3-3-1 電話：042-470-7818
小平市 高齢者支援課 給付指導担当	〒187-8701 小平市小川町 2-1333 健康福祉事務センター1階 電話：042-346-9595

## 1 1. 苦情相談窓口

(1) 事業所に関する利用者その家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付ける窓口を設置し、その内容等を記録します。

(2) 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

(3) 月に1回、苦情及び相談についての検討会を行い、再発防止に努めます。

(4) 事業所に関し、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、市町村職員からの質問若しくは紹介に応じます。また、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の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行い、必要に応じてその改善内容を市区町村に報告します。

(5) サービスの提供に関する利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行い、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、その改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告する。

(6) 苦情申立の窓口

六角地蔵整形外科クリニック 訪問リハビリテーション 苦情相談窓口	担当者 土井 将太 電話/FAX 042-452-6006 受付時間 9:00～17:00 (営業日のみ)
西東京市 健康福祉部 高齢者支援課認定相談係	〒188-8666 西東京市南町 5-6-13 田無第二庁舎 1階 電話：042-420-2816
東久留米市 福祉保健部 介護福祉課介護サービス係	〒203-8555 東久留米市本町 3-3-1 電話：042-470-7750
小平市 高齢者支援課 地域支援担当	〒187-8701 小平市小川町 2-1333 健康福祉事務センター1階 電話：042-346-9539
東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課	電話：03-6238-0177

## 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、理学療法士等は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

(2) 理学療法士等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
この重要事項説明書の説明者氏名	
	電話 042-452-6006

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

### 事業者

法人名 医療法人社団伸進会

代表者職・氏名 理事長・医師・吉本 伸之

事業者名 六角地蔵整形外科クリニック訪問リハビリテーション

所在地 〒188-0004

東京都西東京市西原町 5-1-8 西原クリニックビル 1階

契約締結代理人 岩澤 範彦 ㊞

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_

家族等氏名 \_\_\_\_\_ (印)

利用者との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

署名代行者(又は法廷代理人) \_\_\_\_\_ (印)

利用者との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

立会人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_

## 料金表

令和 8 年 6 月 1 日現在

## 《負担額の計算方法》

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×負担割合 ※（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

なお、実際の請求と料金表の合計とは小数点以下の処理から誤差が発生することがあります。

## ★訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション

【20分毎】

1単位=10.83円（3級地）

区分	1回につき 単位数	1割負担 利用者負担額	2割負担 利用者負担額	3割負担 利用者負担額
要介護1～5	308	333円	667円	1000円
要支援1～2	298	322円	645円	968円

## ★訪問リハビリテーションにおける加算

1単位=10.83円（3級地）

	単位数	1割負担 利用者 負担額	2割負担 利用者 負担額	3割負担 利用者 負担額	
短期リハビリテーション 実施加算	200	216円	433円	649円	1日につき
リハビリテーション マネジメント加算					
リハビリテーション マネジメント加算(イ)	180	194円	389円	584円	1月につき
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	213	230円	461円	692円	1月につき
医師がリハビリテーション 計画を説明した場合	270	292円	584円	877円	1月につき
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（医療機 関から退院した場合を除く）	-50	-54円	-108円	-162円	1回につき
認知症短期リハビリテー ション実施加算	240	259円	519円	779円	1週に2日を 限度として 1日につき
退院時共同指導加算	600	649円	1299円	1949円	当該退院に つき1回