

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

医療法人 明誠会 白根医院

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人明誠会 白根医院
主たる事務所の所在地	〒692 - 0007 島根県安来市荒島町 1817 - 1
代表者（職名・氏名）	理事長 白根 澄男
設立年月日	1983年10月4日
電話番号	0854-28-7000

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	白根医院訪問リハビリテーション
サービスの種類	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
事業所の所在地	〒692-0007 島根県安来市荒島町 1817-1
電話番号	0854-28-7000
事業所番号	3210210369
管理者の氏名	院長 白根 一
通常の事業の実施地域	事業所より片道 10 km圏内（10 km以上は別途交通費あり）

3. 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。

4. 提供するサービスの内容

①健康チェック 血圧・体温・脈拍・酸素飽和度・呼吸・病状チェック

日常の体調の把握と健康管理に努めます。また、緊急時等必要な場合は主治医あるいは協力機関などに責任もって引き継ぎます。

②リハビリテーション

理学療法士による、ご利用者様の身体状況・自宅環境に適したリハビリテーション・自主トレーニング等を行い、身体機能・生活機能の維持と改善に努めます。

③相談および援助

ご利用者様およびそのご家族様からの介護相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）及び夏季休暇を除きます。
営業時間	9：00 から 17：00 まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
医 師	常勤 1 人	理学療法士	常勤 1 人以上

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（理学療法士）及びその管理責任者は下記のとおりです。担当職員の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、管理者までご連絡ください。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	理学療法士	齋尾 峻太 永井 千沙斗
管理責任者の氏名	管 理 者	白根 一

8. 個人情報の保護について

(1) 利用期間

介護サービス提供に必要な時間および契約期間に準じます。

(2) 利用目的

- ・介護保険における介護認定の申請および更新・変更のため
- ・利用者様に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施する
- ・サービス担当者会議での情報提供のため
- ・医療機関、福祉事業所、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ・利用者様が医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要がある場合
- ・利用者様の利用する介護事業所のカンファレンスのため
- ・行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ・その他サービス提供で必要な場合
- ・上記に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(3) 使用条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外に決して利用しません。また、利用者様とのサービス提供に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。

個人情報を使用した会議の内容や相手方等について、経過を記録し請求があれば開示いたします。

事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

事業者が得た利用者様の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的には利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者様またはご家族様の了解を得るものとします。

9. 利用料

訪問リハビリテーション（要介護1～5）

算定項目	単位数
訪問リハビリテーション費	308単位/回
短期集中リハビリテーション実施加算	200単位/日
リハビリテーションマネジメント加算 イ	180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	213単位/月
事業所医師が利用者又はその家族に対して説明し同意を得た場合	270単位/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3単位/回
移行支援加算	17単位/日
退院時共同指導加算	600単位/回

2026年6月より算定するもの

介護職員等処遇改善加算	算定した単位数の1000分の15に相当する単位数
-------------	--------------------------

状況に応じて、また今後体制が整い次第算定するもの

事業所医師がやむを得ず診療できない場合の減算	-50単位
急性増悪等により医師から特別な指示が出た場合	医療保険対象
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6単位/回
口腔連携強化加算	50単位/月

介護予防訪問リハビリテーション（要支援1・2）

算定項目	単位数
介護予防訪問リハビリテーション費	298単位/回
利用12ヶ月を超えた場合の減算 要件を満たさない場合	-30単位/回
要件を満たした場合	減算なし
短期集中リハビリテーション実施加算	200単位/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3単位/回
退院時共同指導加算	600単位/回

2026年6月より算定するもの

介護職員等処遇改善加算	算定した単位数の1000分の15に相当する単位数
-------------	--------------------------

状況に応じて、また今後体制が整い次第算定するもの

事業所医師がやむを得ず診療できない場合の減算	-50単位
急性増悪等により医師から特別な指示が出た場合	医療保険対象
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6単位/回
口腔連携強化加算	50単位/月

その他費用について（税込み価格）

交通費	指定訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。	
	片道 10 km未満	無料
	片道 15 km～20 km未満	200 円
	片道 20 km～25 km未満	400 円
	片道 25 km～30 km未満	600 円
	以降 5 kmごとに	片道 100 円増 往復 200 円増

当事業所より 10 km圏内を対象範囲としているため範囲内でのご利用に交通費はかかりません。10 kmを超えた所から片道 5 kmにつき 100 円（往復 10 kmになるため 200 円）の範囲外交通費を請求します。

キャンセル料はかかりませんが、できる限り前日までに中止・変更についてご連絡ください。

支払い方法

毎月 15 日頃に前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

3 ヶ月分のお支払いが滞った場合は連帯保証人の方へ請求いたしますので予めご了承ください。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月末（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: black; width: 200px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> <div style="background-color: black; width: 150px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> <div style="background-color: black; width: 250px; height: 15px; margin: 5px auto;"></div> </div>
現金払い	サービスを利用した翌月の月末（休業日の場合は直前の営業日）までに、窓口で現金でお支払いください。 営業日：月・火・水・木・金・土 9:00～12:00（祝日休み）

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急連絡先（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者等へ連絡をします。

主治医

病院名	
所在地	
氏名（医師名）	
電話番号	

緊急時連絡先（ご家族等）

氏名（続柄）	
住所	
電話番号	

1 1. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 2. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

当事業所相談窓口	窓口責任者：齋尾 峻太 電話番号：0854 - 28 - 7000
島根県国民健康保険団体連合 会介護サービス苦情相談窓口	電話番号：0852-21-2811 場所：島根県松江市学園1丁目7番14号

担当者が必要であると判断した場合は、管理者まで処理結果を報告します。

苦情の内容・処理結果は台帳に記録を保管し、再発防止に役立てます。

1 3. 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。

1 4. サービスの利用にあたっての禁止行為

(1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

例：■物を投げつける ■蹴る ■叩く	■手を払いのける ■引っかく、つねる ■首を絞める	■唾を吐く ■服を引きちぎる
--------------------------	---------------------------------	-------------------

(2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

例：■大声を発する、怒鳴る ■サービスの状況を覗き見する ■気に入った職員以外に批判的な言動をする ■威圧的な態度で文句を言い続ける ■刃物をちらつかせる ■「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する ■特定の職員に嫌がらせをする	■家族等が利用者の発言を鵜呑みにし、理不尽な要求をする ■訪問時不在だった際に書置きを残すと「予定通りのサービスがない」と謝罪を要求する ■「たくさん費用を払っている」とサービスを強要する、断ると文句を言う ■利用料金の支払いを理不尽に拒否する ■利用者本人以外の親族等がサービスの提供を強要する
---	--

(3) セクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為。

例：■必要もなく手や腕を触る ■抱きしめる ■卑猥な言動を繰り返す	■サービス提供とは無関係に下半身を露出する ■サービス提供中の職員の服の中に手を入れる ■ヌード写真を見せる
---	--

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及び個人情報の使用に関わる説明を行いました。

事業者の名称 医療法人 明誠会 白根医院

事業者の所在地 島根県安来市荒島町 1817-1

事業所番号 3210210369

管理者 白根 一 ⑩

説明者職名 理学療法士

説明者氏名 ⑩

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。

また、事業者が利用者及び、利用者の家族の個人情報を第8条の利用目的に必要な最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 ⑩

代理人（選任した場合）

住所

氏名 ⑩

※代行の理由