

訪問リハビリテーションきぼう

重要事項説明書

医療法人 畏敬会

重要事項説明書

利用しようと考えている訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておい
ていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問
して下さい。

この「重要事項説明書」は、「大分市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等
を定める条例（令和6年3月26日条例第16号）」に基づき、訪問リハビリテーション提供契約締結に
際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

1、訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

- (1) 事業者名称 医療法人 畏敬会 井野辺病院
- (2) 代表者氏名 理事長 井野邊 純一
- (3) 法人所在地 大分市大字中尾字平255番地
TEL097-586-5522 FAX097-586-5656

2、ご利用者へのサービス提供を担当する事業について

- (1) 事業者の所在地等
 - 1) 事業者名称 訪問リハビリテーションきぼう
 - 2) 介護保険指定
事業者番号 4470105901
 - 3) 事業者所在地 大分市大字中尾字平255番地
 - 4) 連絡先 TEL097-586-5558 FAX097-586-5558
 - 5) 相談担当者 阿南 彰浩
 - 6) 事業実施地域 大分市全域（大在、坂ノ市、佐賀関を除く）
由布市（挾間町・庄内町）
- (2) 事業の目的および運営方針
 - 1) 事業の目的（運営規定記載内容の要約）
 - ①利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問リハビリテ
ーションの提供を確保することを目的とする。
 - 2) 運営方針（運営規定記載内容の要約）
 - ①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
営むことが出来るように配慮して、その療養生活を支援し、生活機能の維持回復を
図るものとする。
- 3) 営業日及び営業時間
 - ①営業日 月曜日～土曜日とする。ただし、祝祭日及び8/13～15、
12/30～1/3は除く
 - ②営業時間 8時30分～17時30分
 - ③サービス提供時間 9時00分～17時00分

4) 事業の職員体制

①事業の管理者	医 師	常勤	0名	非常勤	1名
②従業員	医師（専任）	常勤	0名	非常勤	1名
	理学療法士	常勤	7名	非常勤	0名
	作業療法士	常勤	7名	非常勤	0名
	言語聴覚士	常勤	1名	非常勤	0名

3、提供するサービスの内容と料金及び利用料について

(1) 提供するサービスの内容について

1) 訪問リハビリテーション 介護保険給付範囲内での、在宅リハビリテーション

2) 介護予防訪問リハビリテーション 介護保険給付範囲内での、在宅リハビリテーション

(2) 提供するサービスの料金とその利用料について（負担割合に応じて異なる）

1) 訪問リハビリテーション

・ 1割負担

①基本料金 料金 3080円 負担料金 308円（20分）

②加算 短期集中リハビリテーション実施加算（認定日・退院・退所後3ヶ月以内）

料金 2000円 負担料金 200円（1日）

サービス提供体制強化加算（I）

料金 60円 負担料金 6円（20分）

リハビリテーションマネジメント加算（イ）

料金 1800円 負担料金 180円（月1回）

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

料金 2130円 負担料金 213円（月1回）

事業所の医師が説明し同意を得た場合は（イ）（ロ）に加え

料金 2700円 負担料金 270円（月1回）

移行支援加算

料金 170円 負担料金 17円（1日）

退院時共同指導加算

料金 6000円 負担料金 600円（退院時に1回）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

料金 2400円 負担料金 240円（1日）

口腔連携強化加算

料金 500円 負担料金 50円（月1回）

・ 2割負担

①基本料金 料金 3080円 負担料金 616円（20分）

②加算 短期集中リハビリテーション実施加算（認定日・退院・退所後3ヶ月以内）

料金 2000円 負担料金 400円（1日）

サービス提供体制強化加算（I）

料金 60円 負担料金 12円（20分）

リハビリテーションマネジメント加算（イ）

料金 1800円 負担料金 360円（月1回）

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

料金 2130円 負担料金 426円（月1回）

事業所の医師が説明し同意を得た場合は（イ）（ロ）に加え

料金 2700円 負担料金 540円（月1回）

移行支援加算

料金 170円 負担料金 34円（1日）

退院時共同指導加算

料金 6000円 負担料金 1200円（退院時に1回）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

料金 2400円 負担料金 480円（1日）

口腔連携強化加算

料金 500円 負担料金 100円（月1回）

・3割負担

①基本料金 料金 3080円 負担料金 924円（20分）

②加算 短期集中リハビリテーション実施加算（認定日・退院・退所後3ヶ月以内）

料金 2000円 負担料金 600円（1日）

サービス提供体制強化加算（I）

料金 60円 負担料金 18円（20分）

リハビリテーションマネジメント加算（イ）

料金 1800円 負担料金 540円（月1回）

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

料金 2130円 負担料金 639円（月1回）

事業所の医師が説明し同意を得た場合は（イ）（ロ）に加え

料金 2700円 負担料金 810円（月1回）

移行支援加算

料金 170円 負担料金 51円（1日）

退院時共同指導加算

料金 6000円 負担料金 1800円（退院時に1回）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

料金 2400円 負担料金 720円（1日）

口腔連携強化加算

料金 500円 負担料金 150円（月1回）

2) 介護予防訪問リハビリテーション

・1割負担

①基本料金 料金 2980円 負担料金 298円（20分）

②加算 短期集中リハビリテーション実施加算（認定日・退院・退所後3ヶ月以内）

料金 2000円 負担料金 200円（1日）

サービス提供体制強化加算（I）

料金 60円 負担料金 6円（20分）

退院時共同指導加算

料金 6000円 負担料金 600円（退院時に1回）

口腔連携強化加算

料金	500円	負担料金	50円（月1回）
----	------	------	----------

・2割負担

- | | | | | |
|-------|------------------------------------|-------|------|---------------|
| ①基本料金 | 料金 | 2980円 | 負担料金 | 596円（20分） |
| ②加算 | 短期集中リハビリテーション実施加算（認定日・退院・退所後3ヶ月以内） | | | |
| | 料金 | 2000円 | 負担料金 | 400円（1日） |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | | | |
| | 料金 | 60円 | 負担料金 | 12円（20分） |
| | 退院時共同指導加算 | | | |
| | 料金 | 6000円 | 負担料金 | 1200円（退院時に1回） |
| | 口腔連携強化加算 | | | |
| | 料金 | 500円 | 負担料金 | 100円（月1回） |

・3割負担

- | | | | | |
|-------|------------------------------------|-------|------|---------------|
| ①基本料金 | 料金 | 2980円 | 負担料金 | 894円（20分） |
| ②加算 | 短期集中リハビリテーション実施加算（認定日・退院・退所後3ヶ月以内） | | | |
| | 料金 | 2000円 | 負担料金 | 600円（1日） |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | | | |
| | 料金 | 60円 | 負担料金 | 18円（20分） |
| | 退院時共同指導加算 | | | |
| | 料金 | 6000円 | 負担料金 | 1800円（退院時に1回） |
| | 口腔連携強化加算 | | | |
| | 料金 | 500円 | 負担料金 | 150円（月1回） |

4、その他の費用について

- （1）交通費 片道概ね20km以上の場合（事業実施地域以外）、その実費を徴収します。
1km10円
- （2）サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用は利用者負担となります

5、利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

- （1）利用料、その他の費用の請求
 - 1）利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
 - 2）請求書は、利用月の翌月10日までに利用者にお届けします。
- （2）利用料、その他の費用の支払い
 - 1）請求書内容を照合して頂き、請求月の26日までに口座振替、現金にて事業者にお支払い下さい。
 - 2）お支払いを確認次第、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。
- （3）その他
 - 1）利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払い督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い

分をお支払いいただくことになります。

6、秘密の保持と個人情報保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- 1) 事業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由無く、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報の保護について

- 1) 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。

7、緊急時の対応

- (1) サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

1) 主治医

①利用者の主治医

②医療機関の名称

③連絡先

2) 家族等

①緊急連絡先の家族等の氏名

②連絡先

(2) 緊急時等における対応方法

事業者及びその従業者は、サービスの提供中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたとき、又は事故が発生したときは、速やかに主治医に連絡し適切な措置を講ずるとともに、管理者の指示に従い、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡しなければならない。

8、事故発生時の対応

訪問リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合には、速やかにかかりつけ医、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じる。利用者に対する訪問リハビリテーション等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う。ただし、事業の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではない。

9、虐待防止指針について

(1) 虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じる

- 1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- 2) 虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- 4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

10、業務継続計画の策定について

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

- 1) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- 2) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

11、サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 事業者の窓口（医療法人畏敬会 井野辺病院）

- 1) 連絡先 TEL097-586-5558 FAX097-586-5558
- 2) 受付時間 月～土 8時30分～17時30分
- 3) 担当者 阿南 彰浩

(2) 市町村の窓口

大分市役所

- 1) 連絡先 TEL097-534-6111
- 2) 受付時間 平日 8時30分～17時00分

由布市役所

- 1) 連絡先 TEL097-582-1111
- 2) 受付時間 平日 8時30分～17時00分

(3) 公的団体の窓口（大分県国民健康保険団体連合会）

- 1) 連絡先 TEL097-534-8475
- 2) 受付時間 月～土 8時30分～17時00分

重要事項の説明年月日 令和 年 月 日

上記内容について、「大分市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（令和6年3月26日条例第16号）」に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大分市中尾字平255番地
	事業者名	井野辺病院
	代表者名	理事長 井野邊 純一 印
	説明者	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました

利用者	住所	_____
	氏名	_____ 印
代理人	住所	_____
	氏名	_____ 印

個人情報開示に関する承諾書

令和 年 月 日

<利用者>

私は、必要なサービス担当国会議等において、必要と思われる個人情報の提供について承諾いたします。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<代理人>

私は、必要なサービス担当国会議等において、必要と思われる個人情報の提供について承諾する旨、利用者の意思を確認しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<利用者の家族>

私は、必要なサービス担当国会議等において、必要と思われる利用者の家族の個人情報の提供について承諾いたします。

住 所 _____

氏 名 _____ 印