

# 訪問リハビリテーション しらかば

## 重要事項説明書

《 令和 7年 11月 1日 現在 》

この重要事項説明書は、契約にあたり利用者やその家族の方に知って頂きたい事項を記載したものです。

### 1.訪問リハビリテーション事業所の概要

目的・運営方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、療法士が居宅を訪問し、リハビリテーションサービスを提供します。 例) 関節拘縮の予防、筋力・体力・バランス能力の改善等
名称	医療法人 讀生会 訪問リハビリテーション しらかば
所在地	網走市字潮見 153 番地 1
連絡先	(電話) 0152-61-0101 (携帯電話) 080-3366-8777 (FAX) 0152-61-0066
指定事業所番号	0115311888
通常の訪問実施地域	網走市内
営業日・営業時間	平 日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分 土曜日 午前 8 時 30 分～午後 12 時 00 分 ただし、第 1 土曜日、第 3 土曜日、日曜日、国民の祝日、 盆休み（8月 15 日）、年末年始（12月 31 日～1月 3 日）は休業 また、緊急時等は病院代表に連絡下されば待機体制にて対応しております。

### 2.当訪問リハビリテーションの職員体制

	常勤	非常勤	計	資格等
医師	1人以上	人	1人以上	医師
理学療法士	2人以上	人	2人以上	理学療法士
言語聴覚士	1人以上	人	1人以上	言語聴覚士

### 3.訪問リハビリテーションの内容及びサービス従事者

- (1) バイタルサイン測定：必要に応じてリハビリテーション前後、または途中に血圧、脈拍等を測定します。
- (2) リハビリテーションの目標と具体的なサービス内容を記載した訪問リハビリテーション計画書を作成します。
- (3) リハビリテーション：医師の指示に基づき、居宅にて利用者的心身の機能の維持・回復に努めます。
- (4) 指導：利用者またはその介護に当たる家族の方に対して指導致します。
- (5) 理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士は訪問日、提供したリハビリテーション内容等を診療録に記載します。
- (6) その他医師の指示による医療処置（理学療法士・作業療法士・言語療法士法に法った範囲内）。

※各々のサービス内容やその実施方法等の詳細につきましては、サービス従事者までお気軽にお尋ね下さい。

- ① サービス従事者とは、利用者の訪問リハビリテーションを提供する本事業所の職員であり、主としてリハビリスタッフ、そして、サービス提供者が該当します。
- ② 利用者の担当になる訪問リハビリスタッフの選任（担当の変更を含みます）は、本事業所が行います。そのため、訪問リハビリスタッフを指名する事はできません。
- 本事業所の都合により担当の訪問リハビリスタッフを変更する場合は、利用者やその家族に対し、事前に連絡させて頂くと共に、サービス利用に関する不利益が生じないように十分に配慮します。

#### 4. 利用料およびお支払い方法（利用料その他費用詳細は別紙、利用料金表を参照）

- (1) 訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるとき、その1割～3割の支払いを受けるものとさせて頂きます。
- サービス利用の翌月15日頃までに請求書を送付させて頂きます。現金でお支払の場合が月末までに当院会計窓口でお支払ください。口座引落の場合は27日に指定の口座から引き落としさせて頂きます。
- ※介護保険の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合がございます。その場合は、一旦利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行致しますので、これをお住まいの市区町村にご提出の上、差額の払い戻しを受けて下さい。
- (2) その他の費用として、サービス提供の為に利用者の居宅において使用する水道、電気、ガス、電話等の費用は利用者の負担となります。また、サービス提供記録の複写物を必要とする場合には、一部につき30円の実費を頂きます。
- 通常の実施地域（網走市内）を超えてのサービス提供を行った場合、一律500円を交通費として頂きます。

#### 5. 緊急・事故発生時の対応及び損害責任について

利用者に対するサービス提供によって事故等が生じた場合には、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。また、その際の状況及び処置等を記録し、2年間保存します。事業者は利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、誠実に対応します。

- (1) 本事業所は、サービス提供に伴って、当該事業所のサービス従事者の責めに帰すべき事由により、利用者又は、その家族等介護者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
- (2) 利用者又はその家族等介護者は、利用者又はその家族等介護者の責めに帰すべき事由により、訪問リハビリテーション事業所のサービス従事者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当範囲内においてその損害賠償を請求させて頂きます。

#### 6. 苦情処理

当事業所が提供するサービスについて、苦情がございましたら次の窓口までご遠慮なくお申し出下さい。

受付窓口	当事業所に対する苦情やご相談は下記の窓口でお受け致しております。
	<input type="radio"/> 苦情相談窓口（担当者） 石澤 篤 <input type="radio"/> 受付時間 月～金曜日 8：30～17：00 土曜日 8：30～12：00（第1・第3土曜日は休業）

尚、行政の機関は次の通りです。

網走市介護保険課	(〒093-8555) 網走市南6条東5丁目 電話 0152-44-6111
国保連合会介護保険課	(〒060-0062) 札幌市中央区南2条西14丁目 電話 011-231-5161

## 7. 守秘義務

- (1) 本事業所及びサービス従事者は、訪問リハビリテーションを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 本事業所は、利用者に係る居宅介護支援事業者との連携を図るなど、正当な理由により利用者又は家族の個人情報を用いる場合には、本書及び個人情報提供同意書・利用契約書により同意を得られたものとします。

## 8. 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定時には、その趣旨に法り、国が示すサービス等に改訂させて頂きます。  
訪問リハビリテーション料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

## 9. 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、利用者的人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講じること。
  - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知する。
  - ② 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施。
  - ③ 虐待防止のための指針を整備。
  - ④ 利用者及びその家族から苦情処理体制の整備。
  - ⑤ その他虐待防止のために必要な措置。
  - ⑥ 以上に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (2) 事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

## 10. 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

## 11. 業務継続計画作成等

- (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。
- (2) 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に実施するものとする。
- (3) 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。

## 12. 留意事項

- (1) 社会的使命を充分認識し、職員の質的向上を図るため、研究、研修の機会を設けるものとし、また業務体制を整備します。
- (2) 事業所のやむをえない都合や担当者の病気等による正当な理由により、休業、又はサービスの提供曜日の振り替え・時間の変更をさせて頂くことがあります。その場合には、事前に利用者の了解を得るようにします。

令和 年 月 日

サービス契約に当たり、上記のとおり説明致しました。

(事業者)

所在地 網走市字潮見 153 番地 1  
名称 医療法人 讀生会 訪問リハビリテーション しらかば  
代表者 理事長 河本 俊 公印省略

(説明者)

所属 医療法人 讀生会 訪問リハビリテーション しらかば  
氏名 \_\_\_\_\_

本書面に基づいて説明を受けた内容について同意します。

(利用者)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

(家族・代理人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
(利用者との関係 \_\_\_\_\_)