

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

## 重要事項説明書

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事業所

重要事項説明書

(2025 年 1 月 1 日現在)

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションのサービス提供の開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

|         |              |
|---------|--------------|
| 事業者の名称  | 久仁会          |
| 事業者の所在地 | 北見市桜町5丁目17番1 |
| 法人種別    | 医療法人社団       |
| 代表者名    | 白川 久統        |
| 電話番号    | 0157-24-7770 |

2. ご利用の事業所

|          |                                                         |
|----------|---------------------------------------------------------|
| 事業所の名称   | 介護老人保健施設いきいき<br>指定訪問リハビリテーション及び<br>指定介護予防訪問リハビリテーション事業所 |
| 事業所の所在地  | 北見市東相内町172番地80                                          |
| 管理者の氏名   | 田中 昌博                                                   |
| 電話番号     | 0157-66-1111                                            |
| ファクシミリ番号 | 0157-36-8181                                            |
| 指定事業所番号  | 0155080021                                              |

3. 事業所で合わせて実施する事業

| 事業の種類（予防含む）               | 北海道知事の事業者指定 |            |
|---------------------------|-------------|------------|
|                           | 指定年月日       | 指定番号       |
| 介護老人保健施設いきいき（入所、短期入所）     | 平成12年4月1日   | 0155080021 |
| 介護老人保健施設いきいき（通所リハビリテーション） | 平成12年4月1日   | 0155080021 |
| 介護老人保健施設いきいき（指定居宅支援事業所）   | 平成12年4月1日   | 0155080021 |

#### 4. 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に対し、主治医の指示に基づき機能訓練指導員が利用者の居宅を訪問し機能回復訓練及びその他必要なりハビリテーションを行い、利用者の療養生活の質の向上を図ること。                   |
| 運営の方針 | 利用者が要介護又は要支援状態になった場合でも、可能な限り居宅において、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配慮して行う。<br>市町村及び他の指定居宅サービス事業者・介護保険施設等との連携に努めて行う。 |

#### 5. 職員の職種、人数および職務内容

| 職種             | 資格                    | 常勤   | 職務内容  |
|----------------|-----------------------|------|-------|
| 1. 医師（兼務）      | 医師                    | 1 以上 | 医療・管理 |
| 2. 機能訓練指導員（兼務） | 理学療法士又は作業療法士<br>言語聴覚士 | 1 以上 | 機能訓練  |
| 3. 支援相談員（兼務）   | 介護支援専門員               | 1 以上 | 相談業務  |
| 4. 事務員（兼務）     |                       | 1 以上 | 請求管理  |

#### 6. 営業日・時間

|      |                                          |
|------|------------------------------------------|
| 営業日  | 月～金曜日までとし、日曜及び 12 月 30 日～1 月 3 日までは休みとする |
| 営業時間 | 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までとする            |

#### 7. 実施地域

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 実施地域                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 北海道北見自治区 |
| <p>実施地域を越えて行う訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの交通費はその実費を徴収します（北見市留辺蘂町・北見市端野町・置戸町・訓子府町等）。</p> <p>なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額とします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業所から片道おおむね 30 k m 未満      500 円/回（往復）      250 円/回（片道）</li> <li>2. 事業所から片道おおむね 30 k m 以上      1,000 円/回（往復）      500 円/回（片道）</li> </ol> |          |

#### 8. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- (2) 医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- (3) 前2項のほか、当事業所は利用者の保護者等利用者又は家族が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

#### 9. 要望又は苦情等申立先

|              |       |                 |
|--------------|-------|-----------------|
| 介護老人保健施設いきいき | 窓口担当者 | 渡部 雅道           |
|              | ご利用時間 | 8：30～17：30      |
|              | ご利用方法 | 電話 0157-66-1111 |

#### 10. 賠償責任

- (1) 訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの提供に伴って当事業所の責に帰すべき事由によって利用者が被害を被った場合、当事業所は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。
- (2) 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

#### 11. サービス内容

＜訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション＞

ご自宅まで訪問致します。

心身機能の維持・回復を目的に、ご利用者様に適した訓練プログラムや、ご家族様への必要な助言・指導等を理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士が評価・作成・計画・実施致します。なお、本事業の地域特性による豪雨・降雪等における基幹道路の通行規制で、移動の困難な場合、リハビリ職員が病欠し調整が付かない場合、ご利用中止をお願いすることがございます。

## 12. 利用料

### 12-① 訪問リハビリテーション利用料

介護保険法に定められた基本料金の1割、2割、または3割負担となります。

| サービス提供時間 | 1回の利用時間は20分 週6回まで<br>(退院・退所の日から起算して3ヶ月以内は週12回まで)     |                  |
|----------|------------------------------------------------------|------------------|
| 利用料金     | 訪問リハビリテーション費                                         | 1割 308円(1回につき)   |
|          |                                                      | 2割 616円(1回につき)   |
|          |                                                      | 3割 924円(1回につき)   |
|          | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br>※1                                | 1割 6円(1回につき)     |
|          |                                                      | 2割 12円(1回につき)    |
|          |                                                      | 3割 18円(1回につき)    |
|          | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br>※1                                | 1割 3円(1回につき)     |
|          |                                                      | 2割 6円(1回につき)     |
|          |                                                      | 3割 9円(1回につき)     |
|          | 短期集中リハビリテーション実施加算<br>※2                              | 1割 200円(1日につき)   |
|          |                                                      | 2割 400円(1日につき)   |
|          |                                                      | 3割 600円(1日につき)   |
|          | リハビリテーション<br>マネジメント加算(イ)<br>※3                       | 1割 180円(1月につき)   |
|          |                                                      | 2割 360円(1月につき)   |
|          |                                                      | 3割 540円(1月につき)   |
|          | リハビリテーション<br>マネジメント加算(ロ)<br>※3                       | 1割 213円(1月につき)   |
|          |                                                      | 2割 426円(1月につき)   |
|          |                                                      | 3割 639円(1月につき)   |
|          | リハビリテーションマネジメント加算において、事業所の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 | 1割 270円(1月につき)   |
|          |                                                      | 2割 540円(1月につき)   |
|          |                                                      | 3割 810円(1月につき)   |
|          | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算<br>※4                           | 1割 240円(1月につき)   |
|          |                                                      | 2割 480円(1月につき)   |
|          |                                                      | 3割 720円(1月につき)   |
|          | 口腔連携強化加算<br>※5                                       | 1割 50円(1月につき)    |
|          |                                                      | 2割 100円(1月につき)   |
|          |                                                      | 3割 150円(1月につき)   |
|          | 退院時共同指導加算<br>※6                                      | 1割 600円(1回につき)   |
|          |                                                      | 2割 1,200円(1回につき) |
|          |                                                      | 3割 1,800円(1回につき) |

|  |                                     |     |                   |
|--|-------------------------------------|-----|-------------------|
|  | 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 | 1 割 | － 5 0 円(1 回につき)   |
|  |                                     | 2 割 | － 1 0 0 円(1 回につき) |
|  |                                     | 3 割 | － 1 5 0 円(1 回につき) |
|  | 移行支援加算 ※ 7                          | 1 割 | 1 7 円(1 日につき)     |
|  |                                     | 2 割 | 3 4 円(1 日につき)     |
|  |                                     | 3 割 | 5 1 円(1 日につき)     |

- ※ 1 サービス提供体制加算（Ⅰ）…事業所に理学療法士等のうち、勤続年数 7 年以上の者が一人以上いる場合にご利用料金に加算されます。
- サービス提供体制加算（Ⅱ）…事業所に理学療法士等のうち、勤続年数 3 年以上の者が一人以上いる場合にご利用料金に加算されます。（Ⅰ）と（Ⅱ）は併用不可。
- ※ 2 短期集中リハビリテーション実施加算…退院・退所日又は認定日から起算して 3 ヶ月以内の期間に 1 週につき概ね 2 日以上 1 日当たり 20 分以上実施する場合のみご利用料金に加算されます。
- ※ 3 リハビリテーションマネジメント加算（イ）…リハビリテーション会議の開催、医師、理学療法士等、居宅介護支援専門員、指定居宅サービス等の担当者、その他関係者と情報を共有し、会議の内容を記録していること。訪問リハビリテーション計画について、理学療法士等が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ており、3 月に 1 回以上リハビリテーション会議を開催し、利用者の変化に応じて当該計画を見直していること。理学療法士等が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行っている場合に加算されます。
- リハビリテーションマネジメント加算（ロ）…上記に加え、リハビリテーションを厚生労働省へ提出し、フィードバックを受けた場合に加算されます。
- ※ 4 認知症短期集中リハビリテーション実施加算…認知症であると医師が判断した利用者であってリハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、医師または医師の指示を受けた理学療法士等が退院または退所日、若しくは訪問開始から 3 月以内の期間に 1 週に 2 日を限度としてリハビリテーションを集中的に行う場合に加算されます。
- ※ 5 口腔連携強化加算…利用者の口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し当該評価の結果の情報提供を行った場合、1 月に 1 回限り加算されます。

※6 退院時共同指導加算…医療機関からの退院後に訪問リハビリテーションを開始する際、当事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合に初回の訪問リハビリテーションを行った際に当該退院につき1回に限り算定されます。

※7 移行支援加算…評価対象期間において訪問リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護、通所事業その他社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が100分の5を超えており、訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、リハビリテーション終了者に対して電話等により指定通所介護等の実施状況を確認し記録する。また、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供する場合に加算されます。

#### 12-② 介護予防訪問リハビリテーション利用料

介護保険法に定められた基本料金の1割、2割または3割負担となります。

| サービス提供時間 | 1回の利用時間は20分 週6回まで<br>(退院・退所の日から起算して3ヶ月以内は週12回まで) |                  |
|----------|--------------------------------------------------|------------------|
| 利用料金     | 訪問リハビリテーション費(予防)                                 | 1割 298円(1回につき)   |
|          |                                                  | 2割 596円(1回につき)   |
|          |                                                  | 3割 894円(1回につき)   |
|          | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br>※1                            | 1割 6円(1回につき)     |
|          |                                                  | 2割 12円(1回につき)    |
|          |                                                  | 3割 18円(1回につき)    |
|          | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br>※1                            | 1割 3円(1回につき)     |
|          |                                                  | 2割 6円(1回につき)     |
|          |                                                  | 3割 9円(1回につき)     |
|          | 短期集中リハビリテーション実施加算<br>※2                          | 1割 200円(1日につき)   |
|          |                                                  | 2割 400円(1日につき)   |
|          |                                                  | 3割 600円(1日につき)   |
|          | 口腔連携強化加算<br>※3                                   | 1割 50円(1月につき)    |
|          |                                                  | 2割 100円(1月につき)   |
|          |                                                  | 3割 150円(1月につき)   |
|          | 退院時共同指導加算<br>※4                                  | 1割 600円(1回につき)   |
|          |                                                  | 2割 1,200円(1回につき) |
|          |                                                  | 3割 1,800円(1回につき) |
|          | 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              | 1割 -50円(1回につき)   |
|          |                                                  | 2割 -100円(1回につき)  |

|  |                                            |     |                   |
|--|--------------------------------------------|-----|-------------------|
|  | 利用を開始した日の属する月から起算して<br>1 2 か月を超えて利用を継続する場合 | 3 割 | － 1 5 0 円(1 回につき) |
|  |                                            | 1 割 | － 3 0 円(1 回につき)   |
|  |                                            | 2 割 | － 6 0 円(1 回につき)   |
|  |                                            | 3 割 | － 9 0 円(1 回につき)   |

※ 1 前項の※ 1 参照

※ 2 退院・退所日又は認定日から起算して 3 ヶ月以内の場合のみ利用料金に加算されます。

2-①退院・退所日又は認定日から起算して 1 ヶ月以内の場合

(週に概ね 2 日以上、1 日 4 0 分以上実施〈連続〉 ⇒ 週 4 回以上利用)

2-②退院・退所日又は認定日から起算して 1 ヶ月超 3 ヶ月以内の場合

(週に概ね 2 日以上、1 日 2 0 分以上実施 ⇒ 週 2 回以上利用)

※ 3 前項の※ 5 参照

※ 4 前項の※ 6 参照

### 13. お支払い方法

当施設は利用者及び扶養者が指定する送付先に対し前月額合計額の請求書及び明細書を毎月 1 0 日までに発行し、利用者及び身元引受人は連帯して当施設に対し、当該合計額をその月の 1 5 日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上双方合意した方法になります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。

#### 請求書及び明細書等の発行

|              |       |              |
|--------------|-------|--------------|
| 紙媒体による書面郵送   | 発行手数料 | 220 円／通 (税込) |
| 電子メールによる電子送付 | 発行手数料 | 無料           |

施設メールアドレス [info@kyujinkaiiki.jp](mailto:info@kyujinkaiiki.jp)

※ご希望の方は上記のメールアドレス宛てに、ご利用者様のお名前、請求書送付先のご家族様のお名前を入力の上、送信してください。

### 14. サービスの終了方法

(1) ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の 7 日前迄に、文書でお申し出下さい。

(2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了7日前迄に、文書にて通知致します。

### (3) 自動終了

以下の場合には、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了致します。

- ・ ご利用者様が、介護保険施設に入所された場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護・要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合  
※要介護の方が要支援へ変更、要支援の方が要介護へ変更された場合には  
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のサービスへ自動変更となります。
- ・ ご利用者様がお亡くなりになられた場合

### (4) その他

- ・ 当法人が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様ご家族様等に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することが出来ます。
- ・ ご利用者様のサービス利用料金の支払いが請求した月末までに行われず、料金を支払うよう催告した日より2週間以内に支払われない場合、ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者様の入院もしくは病気等により、2ヶ月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様またはその身元引受人、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は文書で通知することにより即座に契約を終了させて頂く場合もございます。

## 15. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、利用者又は身元引受人等が指定する連絡先に連絡いたします。

## 16. 身元引受人

サービス提供を開始するにあたり、利用者は次の各号の要件をみたす身元引受人を立てて頂きます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合は除きます。

- (1) ①行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること。
- ②弁済をする資力を有すること。

- (2) 身元引受人は、利用者が本重要事項説明書上、当事業所に対する一切の債務を極度額 20 万円の範囲で、利用者と連帯して支払う責任を負います。
- (3) 身元引受人が第 1 項各号の要件を満たさない場合、又は当事業所、当事業所の職員に対して窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内に身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第 1 項但書の場合はこの限りではありません。
- (4) 身元引受人の請求があったときは、当事業所は身元引受人に対し、当事業所に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれからの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

## 17. 記録

- (1) 当事業所は、利用者のサービス提供に関する記録を作成します。記録の保管期間は、計画書等の期間の定めがある記録の場合は直近の計画書の有後期限の最終日、サービス内容の記録等の期間の定めがない記録の場合はサービス提供日から 2 年間保管します。（診療録については、5 年間保管します。）
- (2) 当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めたときには、原則として、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。
- (3) 当事業所は、保護者が第 1 項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする情報を確認して当事業所が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思を表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当事業所が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。
- (4) 前項は、当事業所が身元引受人に対して連帯保証義務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。
- (5) 当事業所は、利用者及び身元引受人以外の親族が第 1 項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者の承諾がある場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当事業所が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

## 18. 秘密の保持及び個人情報の保護

- (1) 当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知りえた利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報を、適切に取り扱います。また、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。
  - ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
  - ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）等との連携

③利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

④利用者の病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

⑤生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

（２）前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

#### 19. 提出書類

利用者が提出する書類は以下のとおりとします。

（１）契約書

（２）利用同意書

（３）訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション診療情報提供書