

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

<令和8年6月1日現在>

1. 事業者の概要

名 称	特 定 医 療 法 人 共 和 会
所 在 地	愛知県大府市梶田町二丁目 123 番地
代表者名	理 事 長 西岡 和郎
電話番号	0562-46-2222

(1) ご利用施設

名 称	共 和 病 院 訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン
所 在 地	愛知県大府市梶田町二丁目 70 番地
知事許可番号	2314200086
施 設 長	院 長 西岡 和郎
電話番号	0562-48-1918
F A X	0562-48-1916

(2) 事業所の目的と運営の方針

事業所の目的	要介護状態又は要支援状態にある者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法・作業療法・言語聴覚療法の必要なリハビリテーションを行う事を目的とする。
運営の方針	自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要介護者・要支援者に対して、可能な限りその居宅において日常生活が営むことが出来るよう、利用者の居宅において理学療法・作業療法・言語聴覚療法のリハビリテーションを行うこととする。 又、居宅介護支援事業者その他、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者及び関係市町村との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

2. 職員の勤務体制

従業者の職種	常勤	勤 務 体 制
管理者	1 名	8 : 30 ~ 17 : 15
医師	1 名以上 兼務あり	8 : 30 ~ 17 : 15
理学療法士	1 名以上 兼務あり	8 : 30 ~ 17 : 15
作業療法士	1 名以上 兼務あり	8 : 30 ~ 17 : 15
言語聴覚士	0.5 名以上 兼務あり	8 : 30 ~ 17 : 15

3. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日
休業日	土曜日・日曜日・祝日・夏季休業日・年末年始
営業時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間	午前9時～午後5時

4. 利用料（※地域区分 1単位につき10.17円となります）

○訪問リハビリテーション費

1回（20分につき）	308単位
------------	-------

※事業所の医師が計画作成に係る診療を行わなかった場合 1回につき 50単位減算
 （入院中リハビリテーションを受けた利用者の退院後1ヶ月に限り減算を適応しない）
 ※同一建物に20人以上居住する場合 90/100を算定

・サービス提供体制強化加算

（I）1回につき	6単位
----------	-----

・リハビリテーションマネジメント加算（1ヶ月につき）

リハビリテーションマネジメント加算（イ）	180単位
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213単位
事業所医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得た場合	上記に加えて270単位

・短期集中リハビリテーション実施加算（1日につき）

退院（所）日又は認定日から3ヶ月以内	200単位
--------------------	-------

・移行支援加算（1日につき）

通所介護等へ移行支援した実績	17単位
----------------	------

・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

1週に2日を限度とし、退院（所）日又は訪問開始日から3ヶ月以内の期間（1日につき）	240単位
---	-------

・退院時共同指導加算

退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合（1回につき）	600単位
------------------------------------	-------

・口腔連携強化加算

歯科医療機関及び介護支援専門員に口腔の健康状態の評価の結果を情報提供した場合（1月1回につき）	50単位
---	------

・介護職員等処遇改善加算

処遇改善加算を除く加減後の総単位数に加算率を乗じる	1.5%乗じる
---------------------------	---------

・業務継続計画未実施減算

業務継続計画未策定事業所に対する減算	所定単位数の1.0%を減算
--------------------	---------------

・高齢者虐待防止措置未実施減算

高齢者虐待防止措置が講じられていない場合	所定単位数の1.0%を減算
----------------------	---------------

○介護予防 訪問リハビリテーション費

1回（20分につき）	298単位
------------	-------

- | | |
|--|--------------|
| ※利用開始月から起算して12月を超えた場合
3か月に1回以上リハビリ会議を開催し、情報をLIFEへ提出し活用した場合は減算を適用しない | 1回につき 30単位減算 |
| ※事業所の医師が計画作成に係る診療を行わなかった場合
(入院中リハビリテーションを受けた利用者の退院後1ヶ月に限り減算を適用しない) | 1回につき 50単位減算 |
| ※同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 | 90/100を算定 |

・サービス提供体制強化加算

(I) 1回につき	6単位
-----------	-----

・短期集中リハビリテーション実施加算（1日につき）

退院(所)日又は認定日から3ヶ月以内	200単位
--------------------	-------

・退院時共同指導加算(1回につき)

退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った場合	600単位
-----------------------------	-------

・口腔連携強化加算

歯科医療機関及び介護支援専門員に口腔の健康状態の評価の結果を情報提供した場合(1月1回につき)	50単位
---	------

・介護職員等処遇改善加算

処遇改善加算を除く加減後の総単位数に加算率を乗じる	1.5%乗じる
---------------------------	---------

・業務継続計画未実施減算

業務継続計画未策定事業所に対する減算	所定単位数の1.0%を減算
--------------------	---------------

・高齢者虐待防止措置未実施減算

高齢者虐待防止措置が講じられていない場合	所定単位数の1.0%を減算
----------------------	---------------

○交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う指定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)に要した交通費は、以下の額を徴収致します。

※通常の事業の実施地域は、大府市、東海市、東浦町、豊明市、名古屋市緑区の区域とする。

通常の事業の実施地域を越えてから	1kmあたり100円+税
------------------	--------------

5. キャンセル料

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)をキャンセルした場合に、以下の通り、キャンセル料を頂きます。

当日午前9時までのキャンセル	無料
当日午前9時以降のキャンセル	一律 800円+税

※ただし、利用者様の病状の急変など緊急や、やむを得ない事情がある場合は不要です。

6. 利用料金の請求及び支払方法

- (1) 訪問リハビリサービスが、介護保険の適用を受ける場合、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額をお支払い頂きます。
- (2) 提供を受ける訪問リハビリサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払い頂きます。
- (3) お支払い方法は、預金口座振替でお願い致します。
口座振替が困難な場合は、ご相談下さい。
- (4) 口座からの引き落とし日は、翌々月の6日となります。
6日が銀行休業日の場合は、翌営業日が引き落としとなります。
- (5) 事業者は、利用者に対し、毎月末日締めで、翌月の20日以降に請求書と利用料明細書を作成しお渡しします。領収書はご入金確認後お渡しさせて頂きます。
- (7) 領収書は、医療費控除の対象となります。
- (8) 領収書の再発行はできませんので、大切に保管して下さい。やむを得ず、領収書が必要な場合は、支払証明書を発行させて頂きます。(証明書料：1,500円+税)

7. サービスの説明

- (1) 訪問リハビリの提供に際しては、主治医の文書による指示に従います。
- (2) 主治医からの診療情報提供書の交付につきましては、医療機関より診療情報提供料として、定期的に請求されます。
- (3) 事業所は、主治医・ケアマネに対し、計画書及び報告書を提出します。
- (4) サービス提供した際は、利用者の確認(確認印)を受けます。
- (5) 感染症対策として、訪問前・後に洗面所などをお借りし、手洗いをさせて頂きます。
(石鹸・タオルなどは持参致します)
また、感染状況により、マスクや防護服などを着用し訪問させて頂きます。

- (6) 当事業所は、学校・病院などの医療機関等から学生、研修生の受け入れをしております。指導・教育の一環として、訪問に同行させて頂くこともありますので、ご理解とご協力の程お願い致します。
(なお、同行の際には、事前に確認をとらせて頂きます)
- (7) 事業所の都合により、訪問日時、担当者を変更させて頂くこともありますので、ご理解とご協力の程お願い致します。
(なお、変更の際には、事前に連絡させて頂きます)
- (8) 事業所の情報開示について、当事業所では、本人の申し出により情報の開示、訂正、利用停止、削除等を行います。なお、法令等の定めによりご希望に添えない場合もあります。
- (9) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が体位排痰法等の呼吸リハビリ、食事訓練、嚥下訓練等を行うにあたり、状況に応じて喀痰吸引が必要となった際、一時的に吸引行為をさせて頂く場合があります。
- (10) ペット等や事故に繋がる状況があり、サービス提供に支障をきたす可能性がある環境がうかがえる際は、サービス提供中の対策などについて、相談させて頂く場合があります。

8. サービスの中止について

- (1) 気象庁発表による地震や台風などの天災害のために安全に訪問に伺えない状況の際は電話連絡の上で当日のサービスを中止させて頂くことがあります。
- (2) 飲酒、暴言暴力、これらに類する状態のために正常なサービスの提供が困難だと判断した際は、管理者の判断で当該サービスの中止をさせて頂くことがあります。
- (3) (1) (2) の理由で算定は行わない、もしくは短時間算定とする場合があります。
- (4) 疾患や症状によらないハラスメント行為が発生した際は、管理者に報告の上で当該サービスの中止をさせて頂きます。ハラスメント行為とは、心身への攻撃（暴行・暴言・中傷）、威圧的な言動、土下座の要求、執拗な言動、拘束的な言動、差別的な言動、性的な言動、謝罪の要求、支払うべき費用の不払い要求、金銭保証の要求などの行為です。

9. 解約権について

- (1) 利用者は、事業者に対しいつでも7日以上予告期間をもって、この契約を解約することができます。
- (2) 事業者は、利用者及びその家族からの著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、30日以上予告期間をもって、その理由を記載した文書によりこの契約を解約することができます。
ただし、利用者及びその家族からの暴力、脅迫等の犯罪行為、ハラスメント、過度なクレーム等訪問リハビリサービス利用の基礎となる信頼関係を破綻させる行為が認められた場合は、予告期間なく契約を解除することができます。
事業者は、この契約を解約しようとする場合は、前もって居宅サービス計画を作成した介護支援事業所にその旨を連絡します。

10. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に病状の変化などがあった場合は、速やかに主治医、救急隊、ご家族、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行う等の必要な処置を講じます。

11. 事故発生時の対応方法について

- (1) サービス提供にあたって、利用者の生命、身体、財産に損害を与えるような事故が発生した場合、市町村、ご家族、関係機関へ連絡し適切な処置を行います。
- (2) 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- (3) 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業者は自己の責に帰すべき理由がなかった場合はこの限りではありません。
- (4) 事故が生じた場合には、その原因を解明し再発防止のための対策を行います。

12. 苦情申立窓口

・ご利用ご相談 窓口 ご不明な点等がございましたら右記へお問い合わせ下さい。	【当施設のご利用方法】 ご利用時間 午前8時30分～午後5時15分 電話 0562-48-1918 (FAX)0562-48-1916 担当 訪問リハビリテーション責任者
	【その他関係機関のご利用方法】 ・愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課 電話 052-971-4165 (FAX) 052-962-8870 ・各市町村の苦情相談窓口 大府市健康福祉部 福祉課 電話 0562-45-6228 豊明市健康福祉部高齢者福祉課 電話 0562-92-1261 名古屋市緑区役所 区民福祉部 介護保険係 電話 052-625-3964

13. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
 - ①虐待防止に関する担当者を選定しています。
 - ②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
 - ③虐待防止のための指針の整備をしています。
 - ④従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (2) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

14. 身体拘束等の禁止について

- (1) 事業所は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行わない。
- (2) 事業者は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じるものとする。
 - ① 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
 - ② 身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
 - ③ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的 to 実施しています。

15. 衛生管理等について

- (1) 看護職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。
- (2) 指定訪問看護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。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的 to 実施します。

16. 業務継続計画の策定等について

- (1) 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看護等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（業務継続計画）を策定し当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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 to 実施します。
- (3) 定期的 to 業務継続計画の見直しを行い、必要に応じ業務継続計画の変更を行います。

17. ハラスメントの防止等について

- (1) 事業所は、適切な指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の提供を確保する観点から職場におけるハラスメント及びカスタマーハラスメントの防止のため次の措置を講じます。
 - ① ハラスメント防止のため、従業者に対する新規採用時及び年1回以上の定期的な研修を実施するとともに、周知と啓発をします。
 - ② ハラスメント防止のための指針の整備、相談体制の整備をします。
 - ③ 被害者への配慮のための取り組みをします。

この重要事項説明書及びサービス内容説明書については、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとする。

年 月 日

当事業者は、本書面に基づいて、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）サービスの内容及び重要事項を説明しました。

【事業者】

事業者名 特定医療法人 共和会
住 所 愛知県大府市梶田町二丁目 123 番地
代表者名 理事長 西岡 和郎 印
施設名 共和病院（知事許可番号 2314200086）
管理者 院長 西岡 和郎 印

私は、本書面に基づいて事業者の職員から上記重要事項及びサービス内容の説明を受け了承しました。

【利用者】

住 所：
氏 名： 印

【署名代行人】（利用者との関係： ）

住 所：
氏 名： 印

加算についての説明および同意書（介護保険）

該 当 (○)	加算項目		単位（料金）	内容
	短期集中リハ 実施加算	退院(所)日又は 認定日から 3ヶ月以内	200 単位 (2,034 円) / 1日につき	
	退院時共同 指導加算	退院カンファレ ンスに参加し、 初回訪問日	600 単位/回	
	認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算	退院日又は 訪問開始日から 3ヶ月以内	240 単位/日	1週間に2回を 限度
	リハビリテーション マネジメント加算	(イ) (医師が説明 した場合)	(イ)180 単位/月 (イ)に加えて 270 単位/月	
	口腔連携強化加算	口腔の健康状態 の評価をした 場合	50 単位/1月に1回	
○	介護職員等処遇 改善加算	処遇改善加算を 除く加減後の総 単位数に加算率 を乗じる	1.5%乗じる	

料金＝単位×10.17円（地域単価）

保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額をお支払いいただきます。

共和病院 訪問リハビリテーション

上記の加算についての説明を受け、算定に同意します。

令和 年 月 日

利用者 氏名 _____ 印

代理人 氏名 _____ 印 利用者との関係（ ）

[利用者様⇒事業者]

訪問リハビリテーションサービス解約通知書

このたび、共和病院 と締結しておりました訪問リハビリテーション契約を
令和 年 月 日 をもって解約したいので
訪問リハビリテーション契約書第7条の規定により通知します。

令和 年 月 日

[利用者]

住所:

氏名:

印

[代理人] (利用者との関係)

住所:

氏名:

印

<事業者名> 医療法人 共和会
共和病院

[事業者⇒利用者様]

訪問リハビリテーションサービス解約通知書

利用者
<氏名> _____ 様

代理人
<氏名> _____ 様

このたび _____ 様と締結しておりました

訪問リハビリテーションサービスを

令和 年 月 日をもって解約したいので訪問リハビリテーション契約書

第8条の規定により通知します。

解約理由 _____

解約年月日： 令和 年 月 日

令和 年 月 日

<事業者名> 医療法人 共和会

<住 所> 大府市梶田町二丁目 123 番地

<代表者名> 理事長 西岡 和郎 印

<事業所名> 共和病院

<管理者> 西岡 和郎 印