

介護保険訪問リハビリサービスの提供に基づく重要事項説明書

介護保険訪問リハビリサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて知りたい重要な事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人財団 俊陽会
主たる事務所の所在地	神奈川県横浜市神奈川区子安通 2-286
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 進藤 彦二
電話番号	045-441-3366

2. ご利用事業所

利用事業所の名称	医療法人財団 俊陽会 古川病院
指定番号	神奈川県 1410200071
所在地	神奈川県横浜市神奈川区子安通 2-286
電話番号	045-441-3366

3. 事業目的と運営方針

事業目的	介護保険法に従い、要介護状態と認定されたご契約者に対して、リハビリのサービスを提供し、居宅において可能な限り自立した生活を確保することができるよう、支援することを目的とします。
運営方針	通院が困難な患者様（契約者）に対し、その居宅に訪問して心身の状況や環境などを把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、生活の質の向上を図ります。 ご契約者個々の主体性を尊重し、地域の保健医療、福祉との連携のもと総合的なリハビリサービスの提供に努めます。

4. 事業所の職員体制 (令和7年4月1日現在)

職種	員数	勤務の体制
理学療法士	1名以上	常勤：4名 非常勤：0名
作業療法士	1名以上	常勤：2名 非常勤：0名

5. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日
事業所営業時間	08:30～17:00 (リハビリ利用時間 9:00～16:00)
休診日	土・日曜日・祝祭日・年末年始

6. 訪問リハビリサービスを利用する場合の自己負担額について

介護保険基本利用料

自己負担額は原則として基本料金の1割で下記の通りです。

ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービスについては全額自費負担になります。

20分～120分まで20分区切りでの利用となります。

所要時間	1回あたりの基本料金	1割負担の目安	利用限度
20分	3,080円	308円	1週間120分以内

その他、ご利用者様のご病状により加算の料金が生じる場合がございます。

〔令和3年4月1日 介護保険法に基づく〕

その他費用

・交通費

訪問リハビリテーション等に要した交通費や自動車を使用した際のガソリン代については徴収いたしません。

・リハビリマネジメント加算A1（Aイ）

3か月に一度、訪問リハビリ会議で利用者及び家族にリハビリ計画書等の説明と同意及び、見直しの会議等を行う。月180単位。月180～540円（介護割合負担額による）

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問リハビリ従事者

サービス契約時に、主担当の訪問リハビリ従事者を決定します。

(2) サービスの流れ

ご契約者、ご家族と面談し、医師の指示および居宅サービス計画のもとご契約者の状態把握、ご希望をお聴きします。（当院以外の医師の指示の場合、当院担当医の診察が必要です。）

居宅サービス計画のもと、主担当リハビリ従事者が介護保険訪問リハビリ計画を作成し、それにそってサービスの提供をいたします。

(3) 訪問リハビリ、訪問時間の変更

諸事情により、訪問リハビリ従事者の交替、訪問時間の変更をお願いすることがあります。

その場合には、ご契約者およびそのご家族に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分配慮するものとします。

(4) サービス実施時の留意事項

サービス利用当日に、ご契約者の体調などの理由で予定されていた

サービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービス内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

サービス実施のための必要な備品など（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

交通道路事情等により当日のお約束の時間に訪問が遅れる場合があります。

(5) サービス実施地域

通常の事業の実施地域は横浜市神奈川区、鶴見区とします。

(6) 秘密保持

従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後も同様とします。

8. 緊急時の対応

サービス提供中に、ご契約者の容態の変化などがあった場合は、主治医や関連の医療機関にすみやかに連絡し、医師の指示に従います。また、緊急連絡先(ご家族など)、サービス計画を作成した居宅介護支援事業者に連絡をします。

9. サービス利用料金の支払い

事業者は、契約者が支払うべき介護保険給付サービスに要した費用について、契約者が居宅介護サービス費として市町村・区から給付を受ける額〔以下、介護保険給付額という〕の限度において、契約者に代わって市町村・区から支払いを受けます。

契約者は、所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分〔自己負担分：通常はサービス利用料金の1割〕を事業者に支払うものとします。また、それは1ヶ月ごとに計算し、訪問診療費とともにご請求させていただきます。

10. キャンセル

やむを得ないお客様の都合でサービスをキャンセルする場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。

キャンセルが続くような場合には、訪問リハビリ終了になる場合もございます。ご了承ください。

11. 苦情申立

当院が提供した訪問リハビリサービスに関する相談・苦情は、次の窓口までご連絡ください。誠意をもってすみやかに対応します。

ご利用者相談窓口	担当 地域連携室（柳田 謹一郎） ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 045-441-3366 面接 場所 当院にて
横浜市神奈川区 高齢・障害支援課	ご利用時間・ご利用方法は下記にご連絡の上ご相談下さい。 電話 045-411-7019
国民健康保険団体 連合会介護保険課	ご利用時間・ご利用方法は下記にご連絡の上ご相談下さい。 電話 045-210-1111

12. 損害賠償について

サービスの提供にあたってご利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を当院加入保険により賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

13. 従業員の研修について

当事業所は従業者の資質向上を図るため、次に掲げる研修の機会を設け、業務体制を整備します。

- (1) 採用時研修 採用後 6ヶ月以内
- (2) 継続研修 1回/年

令和 年 月 日

介護保険訪問看護サービスの提供開始に際し、重要事項の説明を行いました。

乙) 居宅サービス事業者
主たる事務所所在地
横浜市神奈川区子安通 2-286

名称 医療法人財団 俊陽会 古川病院
理事長 進藤 彦二 印

説明者
職名
氏名 印

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護保険訪問リハビリサービスの提供開始に同意しました。

甲) 契約者

住所：_____

氏名：_____ 印

上記代理人〔代理人を選定した場合のみ記入〕

住所：_____

氏名：_____ 印

(ご利用者との続柄：)