

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

## 重要事項説明書

社会医療法人千秋会  
井野口病院

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重要事項説明書  
 [2024年6月1日現在]

1. 訪問リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会医療法人千秋会
代表者名	理事長 井野口 真吾
事業所所在地	(住所) 〒739-0007 広島県東広島市西条土与丸6丁目1番91号
連絡先	(電話) 082-422-3711 (FAX) 082-422-3714

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び事業所番号

事業所名	井野口病院
所在地・連絡先	(住所) 〒739-0007 広島県東広島市西条土与丸6丁目1番91号 (電話) 082-422-3711 (FAX) 082-422-3714
事業所番号	3412510962
管理者の氏名	病院長(所長) 井藤 久雄

(2) 事業所の従事者数

職 種	資 格	常勤 専従	常勤 兼務	非常勤 専従	非常勤 兼務	備 考
管理者	医師	—	1名	—	—	医師と兼務
医師	同左	1名以上	1名	—	—	常勤兼務は管理者と兼務
理学療法士	同左	—	—	1名以上	—	
作業療法士	同左	—	—	1名以上	—	
言語聴覚士	同左	—	—	1名以上	—	

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	営業日時	電話対応日時
管理者	月曜、火曜、木曜、金曜、土曜 8:30~17:30 祝日、年末年始(12月30日から翌年1月3日)、盆(8月15日を含む3日間)は休業	月曜、火曜、木曜、金曜、土曜 8:30~17:30 祝日、年末年始(12月30日から翌年1月3日)、盆(8月15日を含む3日間)は休業

医師	〃	〃
理学療法士	〃	〃
作業療法士	〃	〃
言語聴覚士	〃	〃

#### (4) 事業の実施地域

通常の事業の実施地域	東広島市の一部（西条、八本松、志和、高屋、黒瀬、福富）とする。 ※上記地域以外に利用希望者がいた場合等、希望者と相談の上、実状を考慮し利用の可否について、決定する。
------------	---

### 3. サービスの内容

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がご利用者様のご自宅を訪問し、ご利用者様の日常生活がより活動的なものとなるように機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。

- ① 生活リハビリテーション
- ② 予防リハビリテーション
- ③ 歩行練習、屋外リハビリテーション
- ④ その他必要に応じた援助

### 4. 費用

#### (1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割、2割または3割がご利用者様の負担額となります。

**利用料＝単位数×利用回数×10.17円×10%、20%もしくは30%**

#### 【訪問リハビリテーション】

項目	単位
訪問リハビリテーション費	308 単位／回
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位／日
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	180 単位／月
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213 単位／月
事業所の医師が利用者・家族に説明し同意を得た場合	270 単位／月
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位／日
口腔連携強化加算	50 単位／回
退院時共同指導加算	600 単位／回
移行支援加算	17 単位／日
サービス提供体制強化加算（I）	6 単位／回
訪問リハ計画診療未実施減算	-50 単位／回

【介護予防訪問リハビリテーション】

項 目	単 位
介護予防訪問リハビリテーション費	298 単位／回
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位／日
口腔連携強化加算	50 単位／回
退院時共同指導加算	600 単位／回
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6 単位／回
訪問リハ計画診療未実施減算	-50 単位／回
介護予防訪問リハビリ 12 月超減算	-30 単位／回

・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額がご利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接、介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払ください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う交通費については、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費が必要となります。なお、自動車を使用した場合の交通費は、以下の額が必要となります。

区分（片道の距離）	交通費
3. 5km未満	150円
3. 5km以上4. 5km未満	200円
4. 5km以上5. 5km未満	250円
5. 5km以上6. 5km未満	300円
6. 5km以上7. 5km未満	350円
以下、1km増すごとに50円を加算する。	
※消費税は別途徴収する。	

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、ご利用者様の負担となります。

(4) 利用料等のお支払方法

毎月10日以降から前月分のご利用料の請求を致しますので、お支払いは、銀行振込、現金払いのいずれかをご利用ください。

【振込先】

広島銀行西条支店

普通預金口座（口座番号 0711365）

口座名義 社会医療法人千秋会理事長 井野口真吾

## 5. 事業の目的

社会医療法人千秋会が開設する井野口病院（以下、「事業所」という。）が行う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の事業（以下、「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態（介護予防訪問リハビリテーションにあつては要支援状態）にある者に対し、適正な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を提供することを目的とする。

## 6. 事業所の運営方針

介護保険法及び関係法令、その他契約の履行に関する事項に従い、ご利用者様が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、訪問リハビリテーションサービスを提供します。

## 7. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所ご利用者様の 相談窓口	〒739-0007 広島県東広島市西条土与丸六丁目 1-91 相談窓口：地域医療連携室 電 話： 082-422-3711 担 当 者： 佐藤 奈保子 ご利用時間： 8：30 ～ 17：30
広島県国民健康保険 団体連合会 介護保険課	〒730-0004 広島市中区東白島町 19 番 49 号 国保会館 電話：082-554-0783 FAX：082-511-9126
東広島市 健康福祉部 介護保険課	〒739-8601 東広島市西条栄町 8 番 29 号 本館 2 階 電話：082-420-0927 FAX：082-422-6851

## 8. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあつた場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかにご利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、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します。

### 【主治医】

病院名 及 び 所在地	〒
-------------------	---

氏 名	
電話番号	

**【緊急連絡先（家族等）】**

氏名（続柄）	( )
住 所	
電話番号	(自宅) / (携帯)

**9. 損害賠償**

サービス提供に伴って利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由に寄らない場合はこの限りではありません。

**10. 虐待防止について**

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ます。

虐待防止に関する担当者	リハビリテーション科 野村 彰絵
-------------	------------------

(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者に周知徹底を図ります。

(3) 虐待防止のための指針の整備をします。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。

**11. ご利用者様へのお願い**

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

**12. 個人情報の使用について**

契約書別紙『個人情報使用同意書』のとおり

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項、個人情報の使用について説明し同意をいただきました。この重要事項説明書は、本証 2 通を作成し、利用者、事業者各署名して 1 通ずつ保有します。

年 月 日

事業者 住所 〒739-0007  
広島県東広島市西条土与丸 6 丁目 1 番 91 号  
事業者（法人）名 社会医療法人千秋会  
事業所名 井野口病院  
事業所番号 3412510962  
代表者名 理事長 井野口 真吾

説明者 職名  
氏名

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項、個人情報の使用についての説明を受け、本件について同意致します。

利用者 住所  
氏名

代理人（選任した場合） 住所  
(代筆者)  
氏名  
(続柄： )  
(代筆理由： )

家族代表者 住所  
氏名  
(続柄： )