

医療法人 弘昭会 大森整形外科リウマチ科
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
重要事項説明書

2026 年 4 月 1 日現在

1. 事業所の概要

(1) 事業所名 医療法人 弘昭会 訪問リハビリテーション「ロコモケア」

事業者名 医療法人 弘昭会 理事長 大森弘則

所在地 〒918-8205 福井県福井市北四ツ居 3-14-12

電話番号:0776-57-0065 FAX:0776-57-5011 介護保険事業所番号:1810120814

法人設立年月日 2005 年 12 月 9 日

(2) 職員体制

ア 管理者 1 名（医師と兼務）

事業所の従業者の管理及び指定訪問リハビリテーションの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を行います。

イ 職員

医師	4 名	（常勤・兼務 2 名・非常勤・兼務 2 名） 訪問リハビリテーション・予防訪問リハビリテーション計画の作成にあたり利用者の診察、および指示、指導、管理を行います。
理学療法士	3 名	医師の指示及び訪問リハビリテーション計画書に基づき訪問リハビリテーションを提供します。
作業療法士	1 名	医師の指示及び訪問リハビリテーション計画書に基づき訪問リハビリテーションを提供します。

サービス提供時間	※祝日も営業しております。
月曜日～金曜日	8:30～16:45

2. 利用料金

(1) 利用料

利用料に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額が自己負担分となります。

1 単位 10.17 円でご請求させていただきます。

※被保険者による保険料の滞納などにより、保険給付金が事業所に支払われない場合は、一旦は全額を支払っていただきます。

ア. 介護予防訪問リハビリテーション(要支援)

基本料金	単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
1 回 20 分以上のサービス(1 週に 6 回が限度)	298			
40 分利用時	596	606 円	1212 円	1818 円
60 分利用時	894	909 円	1818 円	2727 円
利用を開始した日の属する月から <u>12 月を超えた場合</u> (1 回ごと)	-30	305 円	610 円	915 円
40 分利用時	-60	610 円	1220 円	1830 円
60 分利用時	-90	915 円	1830 円	2745 円

加算一覧	単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
短期集中リハビリテーション実施加算	200	203 円	406 円	610 円
サービス提供体制加算(Ⅱ)	3	3 円	6 円	9 円
退院時共同指導加算	600	610 円	1220 円	1830 円
事業所の医師が診察を行わなかった場合の減算	-50	50 円	101 円	152 円

イ. 訪問リハビリテーション(要介護)

基本料金	単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
1 回 20 分以上のサービス(1 週に 6 回が限度)	308			
40 分利用時	616	626 円	1252 円	1878 円
60 分利用時	924	939 円	1879 円	2819 円

加算一覧	単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
短期集中リハビリテーション実施加算	200	203 円	406 円	610 円
サービス提供体制加算(Ⅱ)	3	3 円	6 円	9 円
移行支援加算	17	17 円	34 円	52 円
退院時共同指導加算	600	610 円	1220 円	1830 円
事業所の医師が診察を行わなかった場合の減算	-50	50 円	101 円	152 円

※利用料は消費税率の変更や介護報酬の改定等により、随時変わる場合があります。

※短期集中リハビリテーション実施加算は利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。

退院(退所)日または要介護認定や要支援認定を受けた日から起算して 3 か月以内の期間に 1 週間につき概ね 2 日以上、1 日あたり 20 分以上の個別リハビリテーションを行います。

(2) 自費

医療費控除証明書	45 円/月
駐車場代	実費
公共交通機関を利用時の訓練時の費用	実費

※要介護認定更新により介護度が自立(非該当)となった際にご利用がされていた場合は介護

(介護予防)ケアプランに基づいた介護度相応の利用料を全額自己負担にて徴取する場合があります。

(3) 利用料金の支払い方法

◇月ごとに自動口座引落でお願いします。

※各月の 15 日までに前月分の請求書をお渡しします。ただし、年末年始及び連休の場合は、15 日を過ぎる場合があります。口座引落は 20 日となりますので、それまでに所定の金額を口座にご用意ください。20 日が休日の場合、翌営業日が口座引落となります。

何らかの理由で、利用料金が引落できなかった場合、1ヶ月以内に現金でお支払いいただくか、翌月に再度請求させていただきます。

(4) 料金の滞納について

利用者が正当な理由なく利用料を 2 ヶ月以上滞納した場合には、利用者等に対し文書により 30 日以内の期間を定めてその期間内に滞納額の全額を支払わなければ、契約を解約させていただきます。

(5) 解約料

ご利用者の都合により、サービス利用予定日当日に解約した場合には、当該サービス利用料の 1 割または 2 割を頂く場合があります。

3. サービス利用上の留意事項

(1) 利用者に対するサービスは、医師などが策定したリハビリテーション計画に添って実施する。

また病状によりサービス内容が異なることがあります。

(2) 利用開始前の飲酒、利用時の喫煙は硬くお断りしています。また金品の授受もお断りしています。

4. 訪問リハビリテーション計画または介護予防訪問リハビリテーション計画の作成、記録簿について

(1) 介護予防サービス・支援計画表または居宅サービス計画書に基づいた訪問リハビリテーション計画書を作成し、利用者およびご家族に説明し、同意書を交付するとともに、計画に沿ったサービスを提供します。

5. 記録の整備

(1) 事業所は事業提供の際に作成した記録をサービス終了後 5 年間保管します

(ア) 訪問リハビリテーション計画

(イ) 提供した具体的なサービスの内容等の記録

(ウ) 市町への通知に係る記録

(エ) 苦情内容等の記録

(オ) 事故の状況及び事故に際して執った処置についての記録

(2) 記録の開示要求があれば所定の手続きを踏んだ上行うことは可能です。

6. 身分証携行義務

リハビリテーションを実施する者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められたときはいつでも身分証を提示します。

7. サービス提供拒否の禁止と提供困難時の対応

原則利用者へのサービス提供を拒否することはいたしません。なおサービス提供が困難な場合には、居宅介護支援事業者、地域包括支援センターに対して必要な対応を行います。

- (1) 事業所内の職員数により利用申し込みに応じきれない場合
- (2) 利用申込者の居住地が当該事業所の実施区域外である場合
- (3) 適切なサービスを提供することが困難な場合

8. 事故発生時および緊急時の対応

(1) 事故発生時の対応

サービス提供中、事故や症状の急変等の緊急事態が生じたときは速やかに主治医やご家族、保険者に連絡します。また、利用時にご自宅に不在の際は、敷地内を見回るなどの安否の確認をさせていただきます場合がございます。

事故の状況及び事故に際して執った処置について記録をさせていただきます。

(2) 損害賠償について

事業者の責任により利用者様に生じた損害については速やかにその損害を賠償します。ただし損害の発生についてご利用者様に故意、過失が認められた場合にはその限りではありません。

9. 秘密保持

当事業所は、個人情報に関する法令及び内部規定にもとづいて、サービスを提供する上で知り得た利用者様およびご家族の秘密を守ることを義務とします。なお、以下の場合等で利用者様の同意のもと、個人情報を提供する場合があります。

(ア) サービス担当者会議

(イ) サービス終了後に他事業所に変更となった際

10. プライバシーの保護

ご利用者様の尊厳を最大に尊重し、プライバシーの保護に努めます。

11. 衛生管理等

サービス提供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。また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。

12. 業務継続計画の策定等について

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。

(1) 非常災害対策

(ア) 事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

(イ) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

(ウ) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。(年2回)

(2) 感染症予防及び感染症の発生時の対応(衛生管理を含む)

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以下の措置を行います。

- (ア) 指定訪問リハビリテーションの用に供する施設、設備および備品等の衛生管理に努め、医薬品および医療品の管理を適正に行います。
- (イ) 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 ヶ月に 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。
- (ウ) 事業所における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備しています。
- (エ) 従業員に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修および訓練を定期的に行います。(年 1 回以上)

13. 虐待防止について

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発防止のため必要な措置を講じます。虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対して、虐待防止するための定期的な研修を実施しています。(年 1 回以上)
- (4) 虐待防止に関する担当者を設置しています。

＜対応時間＞（年末年始を除く）

月曜日～金曜日 7:45～17:00

土曜日 8:00～12:00

＜連絡先＞

TEL 0776-57-0065

FAX 0776-57-5011

＜担当窓口＞

五十嵐敏和 通所リハビリテーション ロコモケア 職員

14. サービス終了について

ご利用者様は、本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、ご利用者様は契約を希望する日の 7 日前までに事業者へ通知するものとします。当事業所の人員不足のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、その 30 日以内に文書で通知するとともに、地域の他の事業所を紹介するなどの措置をいたします。

次の場合には自動終了となります。

- (1) ご利用者様が介護保険施設などへ入所した場合
- (2) 介護認定において「非該当」と認定された場合
- (3) 1 ヶ月以上、利用者のサービス利用がなく、介護支援専門員および本人または家族から終了の確認を得た場合
- (4) ご利用者様が亡くなられた場合

15. 身体拘束について

- (1) 当事業所において、原則として身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご本人または他人の身体に対し危険が及ぶことが考えられる場合は、ご契約者および家族に対し説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は身体拘束を行った日時、理由および様態等についての記録を行います。
 - (ア) 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、ご契約者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
 - (イ) 非代替性：身体拘束以外に、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限ります。
 - (ウ) 一時性：ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 身体的拘束等の適正化のため指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止するための定期的な研修を実施しています。(年1回以上)

16. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当事業所のサービス内容等に関するご相談・苦情については、下記の窓口で承ります

＜対応時間＞（年末年始を除く）

月曜日～金曜日 7:45～17:00

土曜日 8:00～12:00

＜連絡先＞

TEL 0776-57-0065

FAX 0776-57-5011

＜担当窓口＞

山岡翼 通所リハビリテーション ロコモケア

福井市 介護保険課

＜住所＞ 〒910-0005 福井県福井市大手3丁目10-1

＜対応時間＞ 月曜日～金曜日 8:30～17:15

＜連絡先＞ TEL 0776-20-5715

- (2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するため手順は以下のとおりとします。

- (ア) 利用者等への周知徹底

施設内への掲示等により苦情受付担当者の氏名、連絡先や苦情解決の仕組みについて周知する。

- (イ) 苦情の受付

利用者からの苦情は随時受け付けると共に、苦情受付票を作成する。

- (ウ) 苦情受付の記録、報告

苦情受付担当者は苦情内容、その対応等についた記録を行い、管理者に報告する。解決・

改善までに時間を要する際は管理者へ報告、対応を協議し、利用者等に経過等について報告する。

17. サービス内容についての説明と同意について

サービスの利用開始にあたり、当方が用意した規約と重要事項説明書をもって説明いたします。

年 月 日

サービスの提供開始にあたり、ご利用者様にサービス内容及び重要事項を説明しました。

■事業者:医療法人 弘昭会 理事長 大森弘則

■事業所:医療法人 弘昭会 大森整形外科リウマチ科 訪問リハビリテーション

説明者 _____

私はサービス内容及び重要事項について、文書に基づいて事業者から説明を受けました。

■利用者: _____

代理者名: _____ (続柄 _____)