

訪問リハビリぎのわんおもと園 { 介護予防訪問リハビリテーション
訪問リハビリテーション } 重要事項説明書

<令和7年4月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人おもと会
代表者名	理事長 石井 和博
所在地・連絡先	(住所) 沖縄県那覇市安里1-7-3 (電話) 098-862-1000 (FAX) 098-864-1974

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問リハビリぎのわんおもと園
所在地・連絡先	(住所) 沖縄県宜野湾市嘉数4-4-10 (代表) 098-898-1070 (直通) (FAX) 098-898-1032
事業所番号	4 7 5 0 5 8 0 0 1 3
指定年月日	平成22年5月7日
管理者の氏名	施設長 知名 耕一郎

(2) 事業の目的

関係法令及び契約書に従い、利用者の「心身機能」「活動」「参加」などの生活機能の維持・向上を図ること、また、日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的としております。

(3) 運営方針

- ①居宅サービス計画を基本として利用者が在宅での生活を維持できる為のサービスを提供する。
- ②利用者及び家族のニーズを優先する。
- ③在宅介護事業所や在宅医療機関と協力し、地域におけるチームケアの一員としての責任を積極的に果たす。
- ④介護保険法に則った訪問リハビリテーション事業所としての責務を果たす。
- ⑤事業を通して、職員の自己実現と資質向上に努める。

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	宜野湾市、浦添市、那覇市（一部）西原町、
---------	----------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間
平日（月曜～金曜）	8:30～17:30
土曜日	8:30～17:30

営業しない日	日曜日・祝日・年末（31日）～正月・年始（2,3日）・
--------	-----------------------------

(6) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数（人）	区分		職務の内容
		常勤（人）	非常勤（人）	
管理者	1	1		介護老人保健施設 ぎのわんおもと園 施設長：医師
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	4人以上	6人以上		訪問での理学療法 訪問での作業療法

3 サービスの内容

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者のご自宅を訪問し、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、また介護者の心理的・身体的な負担が軽減するように次のようなサービスを行います。

身体面では関節拘縮の予防、筋力・柔軟性・バランス等の運動機能の改善、起居動作・歩行・日常生活動作の自立度向上、精神面では認知能力の維持改善、社会活動の拡大などをめざして、必要な訓練や指導、福祉用具や住宅改善のアドバイス等を、医師の指示に基づき行います。

4 禁止行為

訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- (1) 利用者又は家族等からサービス料金以外の金銭または高価な物品の授受。
- (2) 利用者又は家族等からの金銭、預金通帳、証書、書類などの預かり
- (3) 利用者宅での飲酒、喫煙
- (4) 利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

5 利用料金

- (1) 介護保険給付対象サービス

【料金表】

＜訪問リハビリ基本料金＞ ※所得が一定以上の場合は、利用者負担割合が変わることがあります。

サービスの内容 1回あたりの所要時間	基本利用料	利用者負担金（一割※）
（要介護）基本料金 20分利用	3,080円	308円
（要介護）基本料金 40分利用	6,160円	616円
（要介護）基本料金 60分利用	9,240円	924円
（要支援）基本料金 20分利用	2,980円	298円
（要支援）基本料金 40分利用	5,960円	596円
（要支援）基本料金 60分利用	8,940円	894円
予防訪問リハビリの利用が12か月を超える場合（20分につき）	－300円	－30円
	リハビリ会議実施および厚生労働省のデータを活用する場合、減算なし	
自事業所の医師の診療を行わない場合	－500円	－50円

<加算>

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	負担金(一割)
サービス提供体制強化加算Ⅰ(20分につき)	指定訪問リハビリを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者がいる	60円	6円
サービス提供体制強化加算Ⅱ(20分につき)	指定訪問リハビリを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数3年以上の者がいる	30円	3円
リハビリテーションマネジメント加算(イ)(1月につき)	リハビリ会議を開催し、リハビリ計画を立案する	1,800円	180円
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)(1月につき)	加算(イ)に加え、リハビリ計画書等の内容などの情報を厚生労働省に提出し、得られた情報を活用	2,130円	213円
医師がリハビリテーション計画を説明	リハビリ計画の内容を医師から利用者・家族に説明を行う	2,700円	270円
訪問リハ移行支援加算(1日につき)	リハビリ計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成したうえで、利用者の日常生活動作等を向上させ、指定通所介護等に移行した実績がある事業所が算定	170円	17円
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)日または認定日から起算して3ヶ月以内の期間に、1週につき2日以上、1日当たり20分以上の訪問リハビリを実施した際に算定	2,000円	200円
認知症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)日または訪問開始日から3ヶ月以内の期間に、訪問リハビリを集中的に実施した際に算定	2,400円	240円
退院時共同指導加算(初回訪問日のみ)	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後に初回の訪問リハビリを行った場合に算定	6,000円	600円
口腔連携強化加算	口腔の健康状態を評価し、歯科医療機関及び介護支援専門員に評価結果を情報提供した場合	500円	50円
高齢者虐待防止措置未実施減算	基本料金の100分の1を減算 当事業所は高齢者虐待防止措置を講じているため減算なし		

- ・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、全額が利用者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、利用者は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。
通常の実施地域を越えて1kmにつき 500円その際は利用者の同意を得て行います。

(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、お客様の負担となります。

(4) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日までに連絡があった場合	無料
利用日の前日までに連絡がなかった場合	500円

(5) 利用料等のお支払方法

サービス利用料金は1ヶ月ごとに計算し、毎月15日に前月分の請求を発送いたしますので請求書発行月の月末までに下記の方法でお支払い下さい。

●金融機関からの自動引落し（口座振替）

◇銀行 【ご利用できる金融機関】 沖縄銀行、琉球銀行、海邦銀行、JA（農協）、
コザ信用金庫、労働金庫

・振替日は、請求書発行月の月末平日営業日

◇郵便貯金

・振替日は、請求書発行月の月末平日営業日

※入金確認後、領収証を発行致します。

※自動引落し（口座振替）手数料は無料（施設負担）となっております。

●振り込み

◇振込先金融機関

沖縄銀行 本店 普通口座 口座番号：2392346

琉球銀行 壺屋支店 普通口座 口座番号：575744

名義人：医療法人 おもと会 理事長 石井 和弘

※振込の際は利用者様のお名前で振込頂くようお願いいたします。

※振込手数料は利用者様ご負担となります、各金融機関に金額の確認をお願いいたします。

6 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 体調不良や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。
- (2) 訪問中は、大切なペットを守るため、また、サービス提供が安全に行えるために、ペットをゲージへ入れる、リードに繋ぐ、他のお部屋へ保護する等の協力をお願いします。
- (3) ペットのダニ・ノミは肺炎の原因となり、また、職員を介し、他の利用者様宅への持ち込みの可能性があるので、駆除対策にご協力ください。

7 虐待の防止のための取組について

- (1) 虐待防止に関する責任者は、以下の者を選定しています。

- (虐待防止に関する責任者) (氏名) 高嶺 めぐみ
- (2) 虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に開催しています。
- (3) 利用者及びその家族からの虐待等に関する相談に対応します。

8 身体拘束等について

当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、当該利用者の生命または身体を保護するため等、緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、その様態及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録に記載します。

9 個人情報の保護について

個人情報の保護については、別紙「個人情報利用同意書」に定めることを遵守します。

10 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が生じたと判断した場合は、速やかに利用者の主治医、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	病院名および 所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	
	住所	
	電話番号	

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講じます。また、利用者に対す訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12 身分証携行義務

指定訪問リハビリテーションを行う者は、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時は、いつでも身分証を提示します。

13 サービス内容等の記録

- (1) 事業者は、利用者の指定訪問リハビリテーションのサービス提供に関する記録を作成し、この契約の終了後も5年間保管します。
- (2) 利用者およびその家族は、前項のサービス記録の閲覧および複写物の交付を受けることができます。ただし、複写物にかかる費用については事業所が定める料金を、利用者またはその家族が支払います。

14 衛生管理

- (1) 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。
- (2) 指定訪問リハビリテーション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。

1 5 業務継続の取り組み

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所は、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実施するものとする。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1 6 ハラスメント

事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりする行為
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、関連事業所の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

1 7 サービス内容に関する相談・苦情について

提供した指定訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

利用事業所利用者相談窓口	窓口責任者 訪問リハビリぎのわんおもと園 管理者 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話（098-898-1070） 面接・苦情箱（事業所内に設置）
那覇市役所ちゃーがんじゅう課	所在地：那覇市泉崎1丁目1番1号 電話番号：098-862-9010 受付時間：8:30-12:00 13:00-17:15
宜野湾市役所介護長寿課	所在地：宜野湾市野嵩1-1 電話番号：098-893-4411 受付時間：8:30-12:00 13:00-17:15
沖縄県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理相談窓口	所在地：那覇市西3丁目14-18 国保会館 電話番号：098-860-9026 受付時間：9:00-17:00

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を説明しました。

西暦 年 月 日

事業者	住所	沖縄県那覇市安里1-7-3
	事業者（法人）名	医療法人 おもと会
	事業所名	訪問リハビリぎのわんおもと園
	（事業所番号）	4750580013
	代表者名	石井 和 博

説明者

職名

氏名

私は、サービス内容説明書及び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の説明を受けました。

西暦 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____

署名代理人
(選任した場合)

住所 _____

氏名 _____