

訪問リハビリテーション重要事項説明書

2026 年 6 月 1 日現在

この訪問リハビリテーション重要事項説明書は、利用者が、訪問リハビリテーションサービスを受けられるに際し、利用者やそのご家族に対し、当社の事業運営規程の概要や訪問リハビリテーションサービス従事者などの勤務体系等、利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1. 当事業所が提供するサービスについてのご相談窓口

電 話 番 号	0 9 6 - 3 7 1 - 4 1 6 5
営 業 時 間	(平日) 8 時 3 0 分～1 7 時 1 5 分
担 当 者	森田 麻奈美

* ご不明な点は何でもお尋ねください。

2. 当事業所概要

(1) 事業所概要

法 人 名	医療法人社団 藤榮会
事 業 所 名	訪問リハビリテーション 湧心苑
所 在 地	〒862-0941 熊本市中央区出水4丁目15-30
代 表 者	理事長 末藤 久和
電話・FAX 番号	0 9 6 - 3 7 1 - 4 1 6 5 0 9 6 - 3 6 4 - 1 7 6 3
サービス提供地域	熊本市 * 地域以外もご相談ください。
介護保険指定事業者番号	4370103535 (介護訪問リハビリテーション湧心苑)

(2) 当事業所の職員体制

	資 格	常 勤	非 常 勤
サービス提供者	理学療法士	4 人 (兼務)	
	作業療法士	4 人 (兼務)	
	言語聴覚士	1 人 (兼務)	

(3) 営 業 日 及 び 時 間 営業日 : 月曜日～土曜日

営業時間 : 8 時 3 0 分～1 7 時 3 0 分まで

原則として土、日曜日・年始(1～3日)は営業しておりません。

(3) 従事者の業務内容

○ 管理責任者

サービス提供責任者などの従事者の管理、また、訪問リハビリテーションサービスのご利用申し込みに係る調整業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。当事業所の従事者に、厚生労働省法令で定められた訪問リハビリテーションサービスの人員基準及び運営に関する基準を遵守させる為に、必要な指揮命令を行います。

○ サービス提供責任者

サービス提供責任者は利用者の身体状況や家庭の介護状況に応じた（ご希望も含め）訪問リハビリテーションサービスの目標、当該目標を達成する為の具体的なサービスの内容などを記載した訪問リハビリテーション実施計画を作成し、利用者にその内容を説明いたします。また、訪問リハビリテーションサービスのご利用の申し込みに係る調整、サービス従事者に対する技術指導などサービスの内容の管理を行います。

○ サービス従事者

利用者のご自宅に訪問し、訪問リハビリテーションのサービスの実施を行います。

3. サービス内容

機能維持・機能回復のリハビリテーション

廃用症候群の予防・改善や、筋力向上、可動域制限の予防・改善を行います。

一 基本動作獲得のリハビリテーション

歩行動作や立ち上がり動作、寝返り動作・起き上がり動作等の基本動作の練習を行います。

二 日常生活活動のリハビリテーション（日常の生活行為動作の獲得）

食事動作・トイレ動作・更衣動作・入浴動作等の獲得練習を行います。

三 福祉用具・住宅改修の指導や環境整備の設定・指導を行ないます。

ご利用者様の身体状況にあった福祉用具の選定や使用方法の指導、居室環境、住宅改修の整備方法の助言等を行ないます

四 生活空間拡大のリハビリテーションの実施

閉じこもりや寝たきりを防止し、充実した生活が送れるように様々な趣味活動や社会活動参加へのお手伝いをいたします。

4. 利用料金

(1) 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の 1 割です。ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【料金表】

要介護 1 ～ 5 のご利用者の場合

	利用料その他費用
訪問リハビリテーション費（1 回 20 分以内）	308 単位
訪問リハビリテーション費（2 回 40 分以内）	616 単位
訪問リハビリテーション費（3 回 60 分以内）	924 単位
サービス提供体制強化加算Ⅰ（1 回につき）	6 単位/回
サービス提供体制強化加算Ⅱ（1 回につき）	3 単位/回
処遇改善加算	算定状況により変動
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 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
退院時共同指導加算	600 単位
□訪問リハ計画診療未実施減算（1 回につき） ＊事業所医師がやむを得ず診察できない場合の減算	－50 単位/回
事業所の医師による説明	270 単位

（1 単位：10 円）

- ＊ 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。
- ＊ 介護保険適用の場合でも、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は基本料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。後日、当該市町村窓口に提出し、払い戻しを受けてください。
- ＊ 居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、一旦利用者が基本料金をお支払いください。サービス提供証明書を発行しますので、その後市町村に対して保険給付分（9 割）を請求してください。

その他の加算金額

(1) 交通費

上記サービス提供事業所の営業地域以外の利用者は、サービス事業者が訪問する為の交通費の実費が必要となります。

(2) 支払方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払い頂きます。

- イ) 自動引き落とし（指定された口座より、毎月20日頃に引き落としさせていただきます。）
- ロ) 現金払い（毎月10日頃までに、1ヶ月間の利用料金の請求書を発行し、サービス提供時に持参しますので、月末までのサービス提供時にお支払願います。）

5. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する場合には、速やかに所定の連絡先までご連絡下さい。

連絡先：096-371-4165

- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービス実施日の24時間前までにご連絡ください。ご連絡のないキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。但し、利用者の容態で急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

- (3) キャンセル料は介護報酬の半額を頂きます。

6. サービスの利用方法

- (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。訪問リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

- * 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

- (2) サービスの終了

- ① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の24時間前までに文書でお申し出下さい。利用者の病変、急な入院などやむを得ない理由がある場合には、24時間以内の文書による通知でサービスを終了させることが出来ます。

- ② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

- ③ 自動終了

以下の場合には、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

*利用者が入所や入院された場合

*介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立、要支援）と認定された場合

＊利用者がお亡くなりになった場合や、介護保険の被保険者資格を喪失された場合

④ その他

＊当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は即座にサービスを終了することが出来ます。

＊利用者が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、1ヶ月以内に支払わない場合。または利用者やご家族などが当社や、当社のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

＊地震、噴火等の天災、その他事業所の責に帰すべからず事由によりサービスの実施が出来なくなった場合には、事業者は利用者に対してサービスを終了させて頂く場合がございます。

7. サービスの特徴

基本理念、サービスの質の向上の為の方策、事前の説明等について記載します。

8. 緊急時の対応方法

サービス提供時中に利用者の容体の変化などがあった場合は、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡いたします。

9. 相談・要望・苦情等の窓口

訪問リハビリテーションサービスに関する、相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か、下記相談窓口までお申し出下さい。

【サービス窓口】

① 熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

住 所：熊本市健軍1丁目18-7

電 話：096-214-1101

② 訪問リハビリテーション 湧心苑

電話番号：096-371-4165

受付時間：平 日 8時30分から17時15分まで

窓 口：森田 麻奈美

10. 医療費控除について

訪問リハビリテーション費用は、確定申告の医療費控除の対象となります。

個人情報保護

本施設及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及び代理人（選任した場合）又は身元引受人、家族の個人情報を漏らしません。但し、各号についての情報提供については、次の通りとします。

- 一 介護保険サービス利用のための市町村、居宅介護支援事業者及びその他の介護保険事業者、医療機関等への情報提供、あるいは適切な在宅療養、受診、治療のための医療機関等への情報提供は本契約書の提出を持って同意を得たものとする。
- 二 介護保険サービスの質の向上のため学会、研究会等での事例研究発表等は利用者及び代理人（選任した場合）又は身元引受人から、予め同意を得たうえで行うこととします。なお、この場合は、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
- 三 サービス担当者会議や各種実習生・研修生受け入れ等において、利用者及び代理人（選任した場合）又は身元引受人、家族に関する個人情報を利用する必要がある場合には、本契約書の同意を得たものとします。

サービス提供記録の開示

利用者及び代理人（選任した場合）又は身元引受人は、必要がある場合は、サービス提供記録の閲覧及び自費による謄写を求める事ができます。但し、この閲覧及び謄写は、本サービスの業務に支障のない時間帯に行うこととします。

年 月 日

訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基
いて重要な事項を説明いたしました。

事業所 住 所 〒 8 6 2 - 0 9 4 1
熊本市中央区出水 4 丁目 1 5 - 3 0

事業者名 医療法人社団 藤榮会

事業所名 訪問リハビリテーション 湧心苑
理事長 末藤 久和 印

私は、本書面により、事業者から訪問リハビリテーションサービスについての重要事
項の説明を受けました。

尚、個人情報保護、サービス提供記録の開示についても本書の内容を理解し、承諾し
ました。

利 用 者 住 所

氏 名 印

保護責任者 住 所

氏 名 印

緊急連絡先