

訪問リハビリテーション重要事項説明書

(2025 年 4 月現在)

当事業所の利用をご希望される皆様が、安心してサービスを利用いただけますよう、当事業所の概要、サービスの内容および留意事項などについて、下記のとおりご説明いたします。

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	医療法人 北光会
代 表 者 名	理事長 篠崎 仁史
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 〒047-0152 小樽市新光 1 丁目 21 番 5 号 (TEL) 0134-54-6543 (FAX) 0134-52-3951

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	朝里中央病院 リハビリテーション科
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 〒047-0152 小樽市新光 1 丁目 21 番 5 号 (電話) 0134-54-6543 (FAX) 0134-52-3951
事 業 所 番 号	0 1 1 2 0 1 4 8 3 2
施 設 管 理 者 の 氏 名	病院長 山田 修
事 業 所 責 任 者 の 氏 名	事務長代理 池田 沙織
サ ー ビ ス 責 任 者 の 氏 名	理学療法士 堀部 寛人
サービスを提供する地域	小樽市内

(2) 事業所の職員体制

朝里中央病院所属の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による

3 事業の目的及び運営方針

- (1) 在宅療養を送るリハビリテーションを必要とする方々に対し、心身の機能の維持回復に努め、住み慣れた地域社会やご家庭での療養ができるように支援いたします。
- (2) 市町村及び医療・福祉等関係機関と密接な連携を図り、常に良質なサービスもために職員の研修及び研鑽にて質の向上を図ります。

4 営業日・営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日（ただし土曜日は不定期）
営 業 時 間	8：45～17：15
休 日	日曜日・祝日（稼働日あり） 年末年始・法人の定める休日

5 サービス提供時間

上記営業日	9：00～17：00 迄
リハビリ回数や時間帯はご相談の上対応させていただきます	

6 サービス提供内容

事業所は、医師の指示に基づき、個別に訪問計画を作成し、サービスを実施、記録し、月ごとに医師への報告を行います。

- (1) 当事業所は、要介護状態及び要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的にサービスを行います。
- (2) サービスの提供に当たっては、主治医との密接な連携に努め、医師の指示書に基づき利用者の心身の機能の維持回復を図るよう適切に行います。
- (3) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを基本とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。
- (4) サービスの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及び環境等の的確な把握に努め、利用者若しくは家族に適切な指導を行います。
- (5) サービスの提供に当たっては、適切な手技をもって行うとともに、特殊なリハビリテーションについては行いません。

7 利用料金

(1) 基本料金、加減算料金

介護保険から給付サービスを利用する場合は、利用料金は法令等の定めによることになります（別表）。

各利用者において定められた負担割合に応じて、自己負担額を請求いたします。

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、利用者様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。

(2) 料金の支払方法

毎月末締め、翌月10日までに請求を致しますので、当月末日までにお支払ください。

領収書は後日発行します。お支払方法は、現金払いか郵便局口座引き落としとなります。

(3) 償還払いについて

保険料の滞納等により、保険給付が直接事業所に支払われない場合はサービス提供料金を全

額お支払いしていただきます。その場合、当事業所からの領収書を後日、市町村の窓口に出すれば払い戻しを受けられます。

8 交通費

事業所が定める通常の事業の実施地域にお住まいの方の交通費は無料です。

通常の事業の実施以外にお住まいの方は、交通費実費をご負担していただきます。

自動車を使用した場合は、事業所から片道1kmごと及びその端数を増すごとに30円です。

9 サービスの中止・変更等の連絡

利用者の事情でサービス提供を中止、又は変更する場合には、前営業日の午後5時までに連絡してください。その場合、キャンセル料はかかりません。

当日、利用者の都合で中止となる場合は、キャンセル料（料金の100%自己負担）が発生する場合があります。

10 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1週間前までにお申し出ください。

（2）当事業所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、サービスを終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

（3）自動終了

以下の場合は、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。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・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）と認定された時
- ※ この場合、条件を変更して再度契約をすることが出来ます。
- ・利用者がお亡くなりになった場合

（4）その他

- ・当事業所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や利用者・家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することが出来ます。
- ・利用者が、サービスの利用料金の支払いを3ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当事業所や当事業所従業者に対してサービスを継続しがたいほどの背信行為を行なった場合は、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いただく場合がございます。

11 事故発生・緊急時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合、容態の変化などがあった場合は、その状況により主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業所・及び市町村等へ連絡いたします。

12 損害賠償

事業所は、利用者に対する訪問サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、利用者や利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償いたします。

13 苦情申立窓口

(1) ご利用者ご相談窓口

朝里中央病院

責任者	事務長代理	池田 沙織	電話	0 1 3 4 - 5 4 - 6 5 4 3
-----	-------	-------	----	-------------------------

ご利用時間	平日（土・日・祝日除く）	午前 9 時～午後 5 時
-------	--------------	---------------

(2) 朝里中央病院以外に市町村窓口で苦情を伝えることが出来ます

小樽市介護保険課	電話	0 1 3 4 - 3 2 - 4 1 1 1
----------	----	-------------------------

14 個人情報の取り扱いについて

個人情報については、当事業所の個人情報保護規定に従って個人情報を保護致します。
ただし、下記の事項については、必要最低限の範囲において使用いたします。

(1) 円滑にサービスを提供するために実施されるサービス提供者会議や介護専門員との連絡調整において必要な場合

(2) 訪問リハビリテーションサービスおよび予防訪問リハビリテーション利用のための市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険業者等への情報提供

(3) 学会、研究会等での事例研究発表等

※なお、上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

当事業所は、訪問リハビリテーションの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項説明書を説明いたしました。

年 月 日

サービス事業者

所在地 北海道小樽市新光1丁目21番5号

名 称 朝里中央病院 訪問リハビリテーション

説明者氏名

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項説明書の説明を受けました。

年 月 日

利用者 住 所
氏 名

利用者の家族 住 所
または代理人 氏 名
利用者との関係