

# 向山クリニック(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＞

## 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 | 医療法人整友会      |
| 代表者     | 理事長 江崎雅彰     |
| 所在地・連絡先 | 豊橋市新川町 66 番地 |

## 2 事業所の概要

### (1)事業所名称及び事業所番号

|          |                                        |
|----------|----------------------------------------|
| 事業所名     | 整友会 向山クリニック 訪問リハビリテーション                |
| 所在地・連絡先  | (住所)豊橋市向山町字水車 44-1<br>(電話)0532-66-0201 |
| 事業所番号    | 2312004928                             |
| 管理者氏名    | 嘉森雅俊                                   |
| サービス提供地域 | 豊橋市 ※市街地域はご相談ください                      |

|        |                                                                       |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|
| 他の関連事業 | 豊橋整形外科 江崎病院(整形外科、内科、訪問リハビリ、通所リハビリ)<br>豊橋市新川町 66 番地<br>0532-55-2525    |
|        | 豊橋整形外科 鷹丘クリニック(整形外科、訪問リハビリ、通所リハビリ)<br>豊橋市牛川町字中郷 106-1<br>0532-74-8881 |
|        | 整友会デイリハビリセンター(通所介護)<br>豊橋市南牛川1丁目 16-9<br>0532-74-8884                 |

### (2)事業所の職員体制

| 職種      | 資格    | 常勤  |     | 非常勤 |     | 業務内容  | 計    |
|---------|-------|-----|-----|-----|-----|-------|------|
| 管理者     | 医師    | 1 名 |     | —   |     | 医療・管理 | 1 名  |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士 | 専従  | 兼務  | 専従  | 兼務  | 機能訓練  | 14 名 |
|         | 作業療法士 | —   | 1 名 | —   | —   |       |      |
|         | 言語聴覚士 | —   | —   | —   | 1 名 |       |      |
| 事務職員    |       | —   | 1 名 | —   | —   | 介護事務  | 1 名  |

### (3)営業日

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| 月・火・木・金・土曜日 | 9:00～18:00 (土曜日は 17:30 まで) |
| 水・日・祝祭日     | 定休日(年末年始・盆も含む)             |

＊サービス提供時間は、通常であれば 午前 8 時 4 0 分 から移動開始、午後 5 時 3 0 分には移動終了となる為、訪問リハビリテーションを提供する区域によって、移動時間を考慮するものとする。

### 3 サービスの内容

#### (1)訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士がご利用者様の自宅を訪問し、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、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力の改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

#### (2)ご利用日及びご利用時間

|         | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---------|---|---|---|---|---|---|
| ご利用開始時間 |   |   |   |   |   |   |
| ご利用終了時間 |   |   |   |   |   |   |

\* 不定期でご利用される場合、ご利用者様は介護支援専門員とご相談の上、ご利用日及びご利用時間をご依頼下さい。対応が可能な範囲で調整致します。

#### (3)ご利用場所(ご利用者様居宅)

|      |       |
|------|-------|
| 住所   | 豊橋市   |
| 電話番号 | 0532- |

\* 本事業の地域特性による豪雨・降雪等における基幹道路通行規制で、訪問の困難な場合は、ご利用の中止をお願いすることがございます。

#### (4)訪問リハビリ設備など

向山クリニック リハビリテーション部

機能訓練室（運動器リハビリテーションⅠ、脳血管リハビリテーションⅡ）

移動車両（共用）

11 台

### 4 利用料金

#### ア 訪問リハビリテーション利用料

##### ○要支援の方

|         |                                         | 単位数         | 介護保険適応時の 1 月あたりの自己負担額 |           |           |
|---------|-----------------------------------------|-------------|-----------------------|-----------|-----------|
|         |                                         |             | 1 割                   | 2 割       | 3 割       |
| 基本料金    | 介護予防<br>訪問リハビリテーション費                    | 20 分:298 単位 | 約 303 円               | 約 606 円   | 約 909 円   |
|         |                                         | 40 分:596 単位 | 約 607 円               | 約 1,213 円 | 約 1,819 円 |
|         |                                         | 60 分:894 単位 | 約 910 円               | 約 1,819 円 | 約 2,728 円 |
| 加算・減算項目 | サービス提供体制<br>強化加算Ⅰ【回】                    | 6 単位        | 約 7 円                 | 約 13 円    | 約 19 円    |
|         | 短期集中リハビリテーション<br>実施加算【日】                | 200 単位      | 約 204 円               | 約 407 円   | 約 611 円   |
|         | 認知症短期集中リハビリテ<br>ーション実施加算【日】             | 240 単位      | 約 244 円               | 約 488 円   | 約 732 円   |
|         | 利用開始日の属する月から<br>12 月超 要件を満たさ<br>ない減算【回】 | 30 単位       | 約 31 円                | 約 61 円    | 約 92 円    |
|         | 訪問リハ計画診療未実施<br>減算【回】                    | 50 単位       | 約 51 円                | 約 102 円   | 約 153 円   |
|         | 退院時共同指導加算                               | 600 単位/回    | 約 611 円               | 約 1,221 円 | 約 1,831 円 |

|  |           |                   |                               |
|--|-----------|-------------------|-------------------------------|
|  | 処遇改善加算【月】 | 月の利用単位数<br>の 1.5% | 利用回数により変動するため、<br>契約時にお伝えします。 |
|--|-----------|-------------------|-------------------------------|

○要介護の方

|         |                                                        | 単位数               | 介護保険適応時の 1 月あたりの自己負担額         |           |           |
|---------|--------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-----------|-----------|
|         |                                                        |                   | 1 割                           | 2 割       | 3 割       |
| 基本料金    | 訪問リハビリテーション費                                           | 20 分:308 単位       | 約 314 円                       | 約 627 円   | 約 940 円   |
|         |                                                        | 40 分:616 単位       | 約 627 円                       | 約 1,253 円 | 約 1,880 円 |
|         |                                                        | 60 分:924 単位       | 約 940 円                       | 約 1,880 円 | 約 2,820 円 |
| 加算・減算項目 | サービス提供体制<br>強化加算 I【回】                                  | 6 単位              | 約 7 円                         | 約 13 円    | 約 19 円    |
|         | リハビリテーション<br>マネジメント加算【月】<br>* 医師が利用者またはその家族に<br>説明した場合 | 213 単位            | 約 217 円                       | 約 434 円   | 約 650 円   |
|         |                                                        | 270 単位            | 約 275 円                       | 約 549 円   | 約 824 円   |
|         | 移行支援加算【日】                                              | 17 単位             | 約 18 円                        | 約 35 円    | 約 52 円    |
|         | 短期集中リハビリテーション<br>実施加算【日】                               | 200 単位            | 約 204 円                       | 約 407 円   | 約 611 円   |
|         | 認知症短期集中リハビリテ<br>ーション実施加算【日】                            | 240 単位            | 約 244 円                       | 約 488 円   | 約 732 円   |
|         | 訪問リハ計画診療未実施<br>減算【回】                                   | 50 単位             | 約 51 円                        | 約 102 円   | 約 153 円   |
|         | 退院時共同指導加算                                              | 600 単位/回          | 約 611 円                       | 約 1,221 円 | 約 1,831 円 |
|         | 処遇改善加算【月】                                              | 月の利用単位数<br>の 1.5% | 利用回数により変動するため、<br>契約時にお伝えします。 |           |           |

※1【交通費のご負担】

サービス提供地域(豊橋)の場合、基本的に交通費の負担はありません。

※2【その他のご負担】

ご利用者様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用者様のご負担になります。またリハビリ訓練の一環で公共交通機関を利用する場合、療法士の料金も含めてご負担いただきます。

※3【医療費控除について】

訪問リハビリサービスの提供を受けた場合、その介護費用については確定申告の医療費控除の対象となります。確定申告の際には領収書が必要となりますので大切に保管して下さい。

領収書の再発行はいたしておりません。必要な場合は支払い証明書にて対応をしています。文書料として2,200円いただきます。

イ キャンセル料

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、当事業所では、キャンセル料を徴収しない方針です。通常はご利用予定日前日まで、あるいは急変等の場合にあっては、遅くともご利用当日の開始予定時刻の1時間前までには、中止の旨のご連絡を頂戴したいと存じます。ただし、訪問先での急なキャンセルの場合は、1日の訪問リハビリテーションにかかる料金を頂くことがございます。また、無断のご利用中止が度重なる場合には、ご利用契約の解除を申し出る場合がございます。

## ウ お支払い方法

当月のご利用については、翌月中旬利用時にご利用料の請求書をお手渡し致します。ご指定の方法でのお支払いを 20 日までお願い致します。

正当な理由なくお支払いが滞る場合は、ご利用契約の解除を申し出る場合がございます。

### ＜お支払い方法＞

☐ 口座引き落とし      ☐ 現金集金

## 5 サービス内容に関する苦情・相談窓口

訪問リハビリテーションに関するご相談・ご要望・苦情等は、下記窓口までお申し出ください。

| 当事業所相談窓口 |                                                              |
|----------|--------------------------------------------------------------|
| 窓口責任者    | 理学療法士 <small>ちばな</small> 知花 徹也<br>(不在時は、リハビリテーション部職員が対応致します) |
| 電話番号     | 0532-66-0201                                                 |
| 受付時間     | 月・火・木・金曜日(8:30~18:00) 土曜日(8:30~17:30)                        |

| ご相談・ご要望・苦情等の窓口    |              |
|-------------------|--------------|
| 東三河広域連合 介護保険課     | 0532-26-8471 |
| 国民健康保険団体連合会 苦情相談室 | 052-971-4165 |

## 6 緊急時の対応方法

・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。

・ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。

・事前の打ち合わせを行っている場合には、打ち合わせ内容に従って、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者等へ連絡致します。

## 7 事故発生時の対応

・ご利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者様等に連絡を行うと共に、必要に応じた措置を講じます。

・賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

※安全管理徹底上、転倒防止策のため、環境設定と移動・歩行訓練の際には身体や衣服の一部に触れさせて頂きます。

|     |      |  |
|-----|------|--|
| 主治医 | 病院名  |  |
|     | 診療科目 |  |
|     | 医師名  |  |
|     | 住所   |  |
|     | 電話番号 |  |

|       |      |  |
|-------|------|--|
| 緊急連絡先 | 氏名   |  |
|       | 住所   |  |
|       | 続柄   |  |
|       | 電話番号 |  |

## 8 情報開示について

ご利用者様またはご家族様から、サービス記録の開示をお求めの場合は、その旨をサービス提供者もしくは相談窓口まで、お申し出頂ければ、開示致します。

## 9 検査、記録について

サービスの内容によっては、検査・記録・計測・写真撮影を行う場合があります。ご利用者様のサービス終了時に担当の介護支援専門員から居宅サービス計画書の提供をお願いする場合があります。

## 10 リハビリテーション会議

会議の開催にあたっては、テレビ電話を使用させて頂く場合があります。

## 11 サービスの終了方法

(1)ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合。

サービス終了を希望する日の1週間前までに、文書でお申し出下さい。

(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か月前迄に、文書にて通知致します。

(3)自動終了

以下の場合には、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了致します。

- ① ご利用者様が、介護保険施設に入所された場合。
- ② 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ③ ご利用者様がお亡くなりになられた場合。

(4)その他

・当法人が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様、ご家族様等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、ご利用者様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。

・ご利用者様のサービス利用料金の支払いが請求した月末までに行なわれず、料金を支払うよう催告した日より2週間以内に支払われない場合、ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者様の入院もしくは病気等により、1ヶ月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様またはそのご家族様、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難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、即座に契約を終了させて頂く場合もございます。

・禁止行為により、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスを終了させていただきます。

- ① 職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)
- ② 職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
- ③ 業務に支障をきたすような頻回かつ長時間にわたる電話、および電話での暴言や理不尽な要求を含む。
- ④ 職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない身体的接触や性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為)
- ① サービス提供中の職員を無断で写真や動画撮影、録音することや、SNS等へ掲載すること
- ② 職員に対する土下座要求、金品の要求や受け取りの強制など、社会通念上不相当な利益やサービスを求める不当な要求
- ③ 職員の個人情報(氏名、連絡先など)を不当に聞き出す、または許可なく SNS 等で拡散するなどのプライバシー侵害行為
- ④ 正当な理由なく他の利用者様や職員の業務に著しい支障をきたす行為(大声を出す、物品を破損する、施設に居座る、職員を引き留めるなど)

以上

当事業所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説明をしました。

令和          年          月          日  
説明者          氏名

|     |          |                             |
|-----|----------|-----------------------------|
| 事業所 | 法人等種別    | 医療法人 整友会                    |
|     | 施設名      | 豊橋整形外科 向山クリニック(訪問リハビリテーション) |
|     | 代表者役職・氏名 | 院長 嘉森雅俊                     |
|     | 所在地      | 豊橋市向山町字水車 44-1              |
|     | 電話番号(代表) | 0532-66-0011                |

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の説明を受けました。

令和          年          月          日

利用者          住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代理人(選任した場合)          住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_