訪問リハビリテーション重要事項説明書

（2026 年 11 月 1 日現在）

当事業所では、お客様に訪問リハビリテーションサービスをご利用いただくにあたり、あらかじめ次の事項をご説明いたします。

1.指定訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

（1）当事者（法人）の概要

名　称	社会医療法人　豊生会　東苗穂病院
代　表　者	院長　星野　拓磨
所　在　地	〒007-0803　札幌市東区東苗穂 3 条 1 丁目 2 番 18 号
連　絡　先	TEL：011-784-1121 FAX：011-780-2058
ホームページ	https://www.houseikai.or.jp/hospital/rehabili.html
設立年月日	昭和 61 年 11 月
定款に定める事業目的	地域に根ざした豊かな医療と福祉を創造する

（2）事業所の概要

名　称	東苗穂病院　訪問リハビリテーション
所　在　地	〒007-0803　札幌市東区東苗穂 3 条 1 丁目 2 番 18 号
相談連絡先	TEL：011-784-1121　（東苗穂病院） 携帯：080-9000-5212　（担当直通）　FAX：011-780-2551 担当：遠藤　千怜（作業療法士）
実施サービス	①訪問リハビリテーション（介護・医療） ②介護予防訪問リハビリテーション
実施地域	札幌市東区・北区・白石区で事業所から 5 ㎞圏内
開設年月日	令和 8 年 6 月
事業所番号	0110216215

（3）事業所の職員体制

職　種	常勤	
	専任	兼務
医　師		4 名以上
作業療法士	1 名以上	
理学療法士	1 名以上	
言語聴覚士		1 名以上

2.事業の目的及び運営方針

（1）事業の目的

要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）又は在宅で療養を行っている通院が困難にある者のご自宅を訪問し、『利用者が望む暮らしを支えるリハビリ』を目的に、その人らしくご自宅で生活を送れるよう、身体機能や生活環境に対して作業療法士、理学療法士、言語聴覚士の視点から課題を抽出し、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、リハビリテーションを提供していきます。

（2）事業所の運営方針

①利用者の心身の状況、病歴、家庭環境、生活環境等の把握に努め、日常生活動作の機能回復を図ると共に、生活の質を確保した在宅生活が継続できるよう支援します。

②利用者の居宅介護サービス計画（ケアプラン）や医師の指示に基づき、リハビリテーション実施計画書を作成し、利用者の人格と自己決定を尊重した客観的かつ適切なサービスを提供します。

③訪問リハビリテーションの実施にあたっては、居宅介護支援事業者、保健医療福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

④質の高いサービスを提供するために、最新の医療・リハビリテーション知識や技術を取り入れ、スタッフの継続的な研修やスキルアップを推進します。

3.営業時間

営業日	月曜日～土曜日　　（祝日除く）
営業時間	9：00～17：00　　（土曜日は 9：00～12：00 まで）
サービス提供時間	9：30～16：30　　（土曜日は臨時対応のみで、9：15～11：45）

4.提供するサービスの内容

医師並びに各従業者が、利用者の希望を踏まえ、直面している課題等評価を行い、利用者またはそのご家族様に説明・同意を得て訪問リハビリテーション計画を作成交付致します。また、その計画に基づき下記のサービスを実施します。

①運動リハビリとして身体機能強化訓練や体力向上を目的とした屋外歩行の実施
②生活リハビリといった日常生活動作や家事動作など生活する上で必要な動作に関する指導
③介護予防リハビリを提供し、現状の生活を継続していくため運動の提供
④住宅改修及び福祉用具・自助具に関する動作指導や助言
⑤専門的な見地から介護の工夫に関する指導と日常生活上の留意点に関する助言
⑥外食や旅行等行いたい活動がもう一度行えるよう身体状況に合わせた運動指導
⑦認知症の方に対して生活環境に合わせた運動や頭の体操の実施
⑧精神面に配慮しながら無理の範囲での運動提示や生活環境に対しての提案
⑨嚥下リハビリとして嚥下機能維持向上に関する訓練や食事形態の提案
⑩失語や高次脳機能障害に対して機能回復に向けての訓練

5.サービスの利用にあたっての留意事項

（1）サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認します。変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。また、医療保険でのサービス提供にあたっては、当院の訪問診療を利用されている方で、主治医が『通院が困難』と判断した場合、訪問リハビリの計画に基づき、自宅でリハビリテーションを提供します。

（2）リハビリの内容や頻度に関しては、主治医の診断や当事業所の指示医に基づき判断させて頂きます。ただし、実際のサービス提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に配慮します。

（3）訪問予定日の健康状態によってはサービス内容を変更または中止することがあります。

(4) ご自宅でリハビリを提供させて頂く上では、安全面に配慮し、段差や滑りやすい場所を避け、環境に合わせてサービスを提案させて頂きます。
(5) 介護保険制度での訪問リハビリテーションの提供にあたっては、当事業所の医師による診察を三ヶ月毎に受けて頂きます。また、定期的にリハビリ会議を開催し、目標に向けて段階的にリハビリを進めていきます。尚、当事業所の医師が会議に参加する際はテレビ電話等の情報通信機器を使用させて頂きます。
(6) 豪雪、台風などの天災、感染症発生時などは、職員及び利用者の安全確保のため、営業を休止する場合があります。

(2026 年 11 月 1 日現在)

6.訪問リハビリテーションサービス利用料、利用者負担額 【別紙１】

(1) 介護保険による訪問リハビリテーション
①訪問リハビリテーション費（要介護 1～5 の方）
※基本の訪問時間は 1 日 60 分とさせて頂きます。(週 2 回まで利用可能)

		60 分サービス介入	40 分サービス介入
1 回につき算定	訪問リハビリテーション 1 20 分／308 単位	924 単位	616 単位
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)20 分／6 単位	18 単位	12 単位
当事業所が算定している加算項目	短期集中リハビリテーション実施加算 一日／200 単位	200 単位	
	退院時共同指導加算 退院時（初回のみ） 1 回限り／600 単位	600 単位	
	移行支援加算 一日／17 単位	17 単位	
	リハビリテーションマネジメント加算（ロ） ※リハビリ会議開催後より算定 一月／213 単位	213 単位	
	リハビリ会議開催時に当事業所の医師が利用者又はその家族に対し、リハ計画の説明を行い同意を得た場合に（ロ）加えて算定 一月／270 単位	270 単位	

●おおよそ 3 ヶ月毎にリハビリ会議を開催させて頂きます。
月合計のサービス費（A）の計算式は以下となります。

【計算方法】
合計単位数×10.17（地域加算）＝A（端数切捨て）
A × 負担割合 ＝ ご利用者様負担金額（端数切り上げ）

●訪問リハビリ介護職員等処遇改善加算 一ヶ月のご利用総合計単位数の 1.5%加算
※厚生労働大臣が定める一単位の単価として札幌市は地域加算 10.17 円上乗せとなります。
例：月 4 回一日 60 分間のサービスと移行支援加算算定で医師参加のリハビリ会議を開催した場合
1 割：4,459 円 2 割：8,917 円 3 割：13,376 円

②予防訪問リハビリテーション費（要支援 1～2 の方）
※基本の訪問時間は 1 日 60 分とさせて頂きます。（週 2 回まで利用可能）

		60 分サービス介入	40 分サービス介入
1 回につき算定	予防訪問リハビリテーション 1 20 分／298 単位	894 単位	596 単位
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）20 分／6 単位	18 単位	12 単位
加算項目	短期集中リハビリテーション実施加算 1 日／200 単位	200 単位	
	退院時共同指導加算 退院時（初回のみ） 1 回限り／600 単位	600 単位	

●おおよそ 3 ヶ月毎にリハビリ会議を開催させて頂きます。
月合計のサービス費（A）の計算式は訪問リハビリ費同様となります。
●訪問リハビリ介護職員等処遇改善加算　一ヶ月のご利用総合計単位数の 1.5%加算
例：月 4 回一日 60 分間のサービス介入を行い、リハビリ会議を開催した場合
1 割：3,766 円　　2 割：7,532 円　　3 割：11,298 円

（2）医療保険による訪問リハビリテーション
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
※基本の訪問時間は 1 日 60 分とさせて頂きます。（週 2 回まで利用可能）

		60 分サービス介入	40 分サービス介入
1 回につき算定	同一建物居住者以外の場合 20 分／300 点	900 単位	600 単位
	同一建物居住者の場合 20 分／255 点	765 単位	510 単位

例：月 4 回一日 60 分間のサービス介入を在宅（一軒家）で行った場合
1 割：3,600 円　　2 割：7,200 円　　3 割：10,800 円

（3）その他の料金について（保険給付外）
①交通費
利用者宅が通常の事業の実施地域を超える場合（事業所から片道概ね 5 ㎞以上越えた場合）
1 日につき 200 円ご負担頂きます。
②キャンセル料
以下の理由によりサービスをキャンセルする場合に 1 日につき 200 円請求させて頂きます。
・体調不良等でサービス介入が困難だった場合
・訪問したが不在だった場合
・事前にご連絡がなかった場合

7.料金のお支払い方法
原則として月末締めの翌月 27 日前後の口座振替をお願いしています。
ご都合により現金払いや訪問毎請求等の方法をご希望の方はご相談ください。

8.虐待防止について

当事業所は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、以下の通り必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	院長　星野　拓磨

②成年後見制度の利用を支援します。

③苦情解決体制を整備しています。

④従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、利用者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

⑥虐待防止対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業者に周知します。

9.事故発生時の対応方法について

介護保険で利用者に対する訪問リハビリテーションの提供時に事故が発生した場合は、市町村、利用者家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、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賠償すべき事故が発生した場合はその損害を行います。

10.身分証携行義務

サービス従事者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又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。

11.業務継続に向けた取り組みについて

①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の提供を継続的に実施するため、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、業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

②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に実施します。

③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います。

12.要望および苦情相談窓口

当事業所が提供するサービスについての要望および苦情相談に対し、迅速かつ適切に対応致します。

窓口担当	東苗穂病院　事務長　伊東　健太郎
連絡先	011-784-1121

市町村および公的団体の窓口でも苦情申出が出来ます。

札幌市東区役所保健福祉課　TEL　011-741-2400（代表）

高齢者・障がい者生活あんしん支援センター　TEL　011-632-7355

北海道国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談専用直通電話　TEL　011-231-5175

13.重要事項の変更について

以上、重要事項 1 から 12 までの項目の内容に変更があった場合は、利用者もしくはその家族等に文書にて通知します。また、料金の改定等利用者に新たにご負担が発生する項目について変更がある場合は、事前に通知し同意を得るものとします。

以上が訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、契約書及び本書面に基づいての重要事項の説明となります。

個人情報の保護および使用に関する同意書　【別紙 2】

当事業所の職員は、個人情報保護法に基づき、サービス提供にあたって知り得た、ご利用者およびご家族の個人情報に関して、予め同意を得た上で以下に揚げる場合に個人情報の使用を行うこととします。尚、電子カルテや情報通信機器を使用する際は医療情報システムのガイドラインに準じ使用することとします。

◎利用者への介護サービス及び医療サービスの提供に必要な利用目的

1.訪問リハビリサービス記録、訪問リハビリテーション実施計画・報告書の作成、リハビリ会議、他事業所間との連携やサービス担当者会議での情報提供
2.医療機関・居宅介護支援事業所・介護サービス事業者・行政機関・その他必要に応じた連絡調整
3.医療保険や介護保険の請求手続きに必要な情報の管理業務（審査支払機関へのレセプト提出）
4.事業所内の職員教育やカンファレンス（症例検討）
5.当事業所のサービス提供終了時、サービス移行先へ支援継続を目的として医療機関や居宅介護支援事業者等への情報提供
6.賠償責任保険や傷害保険等、保険会社等への相談または届出

□訪問リハビリテーション契約書
　訪問リハビリテーションサービス契約内容について了承しました。
□訪問リハビリテーション重要事項説明書
　訪問リハビリテーションサービス契約の締結にあたり、重要事項説明書の内容を下記の説明者より受け、了承しました。
□個人情報の保護および使用に関する同意書
　個人情報の保護および使用に関する利用範囲についての説明を受け、了承しました。
　また、上記の利用目的の範囲内で個人情報を利用することについて同意しました。

契約締結日　　年　　月　　日

説明者　職名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　印

上記の契約を証するため、本書２通を作成し、甲乙署名押印の上、１通ずつ保有するものとします。

所在地　札幌市東区東苗穂３条１丁目 2-18
法人名　社会医療法人　豊生会　東苗穂病院
代表者　　院長　　星野　拓磨　　印

事業所名（乙）東苗穂病院　訪問リハビリテーション
管理者名　　遠藤　千怜　　印

利用者（甲）住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　印

電　話　　－　　－　　

ご家族または身元引受人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　印　（利用者との関係　　）

電　話　　－　　－　　（緊急連絡先）　　－　　－　　