

下関リハビリテーション病院
指定訪問リハビリテーション重要事項説明書

令和8年 6 月 1 日

1. 事業の目的と運営の方針

下関リハビリテーション病院が開設する指定訪問リハビリテーション（以下「事業所」という。）が行う指定訪問リハビリテーションの事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、利用者の心身機能の維持回復を図ることを目的とする。

事業所の理学療法士等は、利用者の要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態等となることの予防に資するようその目標を設定し、計画的にサービスを提供するものとする。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

2. 事業所の概要

(1) 概要

事業所名	下関リハビリテーション病院
指定番号	3510115946
所在地	山口県下関市今浦町9番6号
管理者氏名	小川 浩一
電話番号	083-232-5811
サービスを提供する地域	通常の事業の実施地域は、下関市本庁東部、本庁西部、本庁北部、彦島、長府、川中、安岡・吉見及び勝山・内日各圏域（各圏域内の離島を除く）の区域とする。
営業日	月曜日～金曜日までとする。 但し、土曜日、日曜日、年末年始(12月30日～1月3日)については、休業とする。
営業時間	9時00分から17時00分までとする。

(2) 職員体制

	資格	常勤兼務
管理者	院長	1名
従事者	医師	1名以上
	理学療法士	9名以上
	作業療法士	4名以上
	言語聴覚士	1名以上

※ 医師の場合における常勤兼務については、常勤職員である事を指すものとする。

※ 理学療法士等における常勤兼務とは、サービス提供時間内において専らその職務に従事している常勤専従職員である事を指すものとする。

(3) 職務内容

- ① 管理者（院長）：1名（常勤兼務）

勤務医（医師）：1名以上（常勤兼務）

診察や運動機能検査等を行い、その結果を基に指定訪問リハビリテーション計画やケアマネ用の計画に指導・助言あるいは必要な指示を行うものとする。

事業所の理学療法士等の管理及び業務の管理を一元的に行うものとする。

- ② 理学療法士等 理学療法士：9名以上（常勤職員）

作業療法士：4名以上（常勤職員）

言語聴覚士：1名以上（常勤職員）

主治医との密接な連携と指定訪問リハビリテーション計画に基づき、療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るものとする。

3. サービス内容

- ① 病状、障害の観察
- ② 生活環境への適応
- ③ 廃用症候群の予防
- ④ 基本動作能力の維持・回復
- ⑤ 日常生活活動の維持・回復
- ⑥ 対人・社会交流の維持・拡大
- ⑦ 療養生活や介護方法の指導（介護負担の軽減）
- ⑧ 日常生活の自立に向けての指導
- ⑨ 福祉用具利用・住宅改修に関する助言

4. サービス利用にあたっての留意事項

- ① 理学療法士等に対する贈り物や飲食物はお受けできません。
- ② 利用者様のご都合により指定訪問リハビリテーションの派遣を中止したい場合は、前日までの上記営業時間内に事業所までご連絡下さい。
- ③ 風水害により、指定訪問リハビリテーションの派遣が困難となる場合もございますので、予めご了承ください。

5. 緊急時の対応

理学療法士等は、指定訪問リハビリテーションを実施中に利用者の病状に急変、その他緊急の事態が生じたときには、必要に応じて臨時応急の手当てを行うと共に、速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行うものとする。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 1 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	
緊急連絡先 2 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	
緊急連絡先 3 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

6. 事故発生時の対応

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には、市町村・ご家族・居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者又は介護予防支援事業者から委託を受けた居宅介護支援事業者等へ連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

7. 秘密保持・個人情報保護について

業務上知り得た利用者及びご家族様に関する秘密は、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も第三者に漏らしません。但し、事業所がサービス担当者会議等において、個人情報を用いることにつきましては、同意をお願い致します。

8. 身体拘束の廃止

いかなる状況においても、要介護者等の自由を制限するような身体拘束は行わないことを約束致します。

9. 損害賠償責任保険

保 険 会 社	損害保険ジャパン株式会社
---------	--------------

※ 但し、損害賠償保険の支払いは、事業者に故意または過失が存在する場合に限られます。また、損害賠償保険金が支払われる場合であっても、利用者様に過失が認められる場合には、損害賠償が減額されることになります。

10. サービス内容に関する相談・苦情窓口

下関リハビリテーション病院	小川 浩一	Tel 083-232-5811 (代表)
市町村介護保険相談窓口	下関市福祉部介護保険課 事業者係 下関市南部町1番1号 (本庁舎西棟2階A3窓口)	Tel 083-231-1371 Fax 083-231-2743 受付日時 午前9時00分～午後4時30分 (土、日、祝日、年末年始を除く)
山口県介護保険相談窓口	山口県国民健康保険団体 連合会 山口市朝田1980番地7 国保会館	Tel 083-995-1010 Fax 083-934-3665 受付日時 午前9時00分～午後5時00分 (土、日、祝日、年末年始を除く)

《相談・苦情処理》

1. 事業者は、利用者からの指定訪問リハビリテーションに関する相談、苦情等に対応する窓口を設置し、迅速かつ適切に対応致します。
2. 事業者は、利用者が苦情申し立てを行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いも致しません。

11. 風水害中止基準

【利用前日】

明らかに、台風災害など自然災害の発生が予測される場合には事前に電話連絡で臨時休業をお知らせ致します。

【利用当日】

午前8：00時点で下記の警報が発令されている場合は、8：30までに臨時休業の連絡を行うか判断致します。

【警報の種類】

暴風警報、大雨と洪水警報の同時発令、大雪警報、暴風雪警報、地震警戒宣言、災害特別警報など（状況により病院が実施可能か判断致します）。

【臨時休業の決定】

管理者（院長）の判断と致します。

12. 利用料金について

(1) 訪問リハビリテーション料金表(基本項目)(1単位：10円)

単位数基本項目(介護保険)	単位数
訪問リハビリ1(20分/回)	308単位/回

(2) 訪問リハビリテーション料金表(加算項目)(1単位：10円)

単位数加算項目(介護保険)	単位数	内 容
訪問リハ短期集中リハ加算 (退院日又は認定日より3月以内)	200単位/日	医師の指示により、リハビリテーション計画に基づいた集中的なリハビリテーションを行います。
訪問リハマネジメント加算1	180単位/月	療法士の説明により、リハビリテーション計画に基づいたリハビリテーションを行います。
訪問リハマネジメント加算2	213単位/月 *要LIFE提出	療法士の説明により、リハビリテーション計画に基づいたリハビリテーションを行います。
訪問リハマネジメント加算3	270単位/月	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者等の同意を得た場合。 *加算(1)及び(2)に加え、加算致します。
訪問リハ認知症短期集中リハ加算 (退院日又は訪問開始日より3月以内)	240単位/日	医師の指示により、リハビリテーション計画に基づいた集中的なリハビリテーションを行います。
訪問リハ計画診療未実施減算	▲50単位/回	医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合。
訪問リハ退院時共同指導加算 (退院時1回を限度)	600単位/1回	退院に際し、事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を目的とする。
訪問リハ移行支援加算	17単位/日	訪問リハビリテーション提供終了後、指定通所介護等実施者の割合が100分の5以上であること。
訪問リハサービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6単位/回	理学療法士等について、勤続年数7年以上の者の人数が1以上であること。

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(1点：10円)

基本項目(医療保険)	点数
在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料(1単位) (20分/回)	300点/回

介護保険各法における指定訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準（訪問リハビリテーション費）によるものとし、利用者負担額は、その1割（一定以上所得者の場合、その2割又は3割）の額とする。

1) 基本利用料

- ・要介護被保険者

訪問リハビリテーション費 及び 加算分 介護保険被保険者証記載のとおり。

- ・医療保険者

医療保険被保険者証等記載のとおり。

2) その他料金

- ・サービス提供記録等の複写物の閲覧または交付する場合、A4 サイズは1枚11円、A3 サイズは1枚22円とする。ただし、その合計金額が550円以下場合は一律550円とする。
- ・日常生活上必要な物品は実費負担とする。

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

- ① 実施の有無： 無し
- ② 実施した直近の年月日： 無し
- ③ 実施した評価期間の名称： 無し
- ④ 評価結果の開示状況： 無し

14. 虐待の防止について

1. 事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等に努め、次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待発生防止のための当該事業所従業員に対する研修を年1回以上実施。
- ② 虐待発生防止に係る責任者を選定する。
役職： 医療連携室 室長
- ③ 虐待発生防止のための指針を整備する。
- ④ 虐待発生防止のための対策を検討する委員会を年1回開催する。

2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村及び行政機関等の関係窓口に通報するものとする。

作成日 令和8年 6月 1日

指定訪問リハビリテーションサービスの開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し、同意を得て、交付しました。

《事業者》

所在地 山口県下関市今浦町9番6号

事業所名 下関リハビリテーション病院
(指定番号 3510115946)

管理者名 小川 浩一

説明者

説明日 令和8年 6月 1日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定訪問リハビリテーションサービスについて重要事項の説明を受け、同意の下、交付を受けました。

《利用者様》

住 所

氏 名

《利用者様代理人(選任した場合)》

住 所

氏 名 (続柄)