

訪問リハビリテーション 笑来（エクルー）
重要事項説明書

医療法人社団 回春会

訪問リハビリテーション 笑来（エクルー） 重要事項説明書

(令和8年1月1日現在)

1. 事業の概要

(1) 施設の名称等

- ・法人名 : 医療法人社団 回春会
- ・法人所在地 : 島根県松江市川原町309-1
- ・管理者名 : 森下 幸弘
- ・事業所名 : 訪問リハビリテーション 笑来（エクルー）
- ・事業所所在地 : 島根県松江市川原町309-1
- ・介護保険指定番号 : 3270103991
- ・電話番号 : 0852-34-1558 (内線203)
- ・第三者評価の実施 : 無

(2) 事業の目的と運営方針

目的 訪問リハビリテーション笑来（エクルー）は、要介護状態と認定されたご利用者の方に対して、介護保険法令の趣旨に従って、医師の指示のもと、訪問リハビリテーション計画を立て実施し、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的としています。

運営方針 訪問リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、ご利用者の心身の機能の維持回復を図り、1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅生活の支援に努めます。

ご利用者の意思及び人格を尊重し、居宅介護支援事業者、その他保険医療福祉サービス提供者及び関係市町と綿密な連携を図り、ご利用者が地域において総合的なサービスを受ける事が出来るよう努めます。サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、ご利用者又はそのご家族に対して療養上必要な事項について理解しやすいように説明を行い、ご利用者の同意を得てリハビリテーションを実施するよう努めます。

ご利用者の個人情報の保護は個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当該事業所が得たご利用者の個人情報については、正当な理由なく第三者へ提供する事はありません。また、外部への情報提供については、必要に応じてご利用者またはそのご家族及び代理人の了承を得て行うものとします。

(3) 施設の職員体制

| | 常 勤 | 業 務 内 容 |
|----------|------|---------------------|
| 管 理 者 | 1 | 業務及び従業者の総括的管理・指導を行う |
| 医 師 | 1 | リハビリ指示を行う |
| 理学・作業療法士 | 1 以上 | 医師の指示の下、リハビリを行う |

2. サービス内容

(1) 訪問リハビリテーション計画の立案

訪問リハビリテーションについては、医師の指示のもと、ご利用者の家庭での生活を継続させる為に立案された居宅介護サービス計画に基づき作成します。ご自宅へ訪問し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ります。このサービスを提供するにあたっては、ご利用者に関わる医師及び理学療法士等の協議によって、訪問リハビリテーション計画を作成しますが、その作成の際にはご利用者及びごそのご家族の希望を十分に取り入れ、作成します。また計画内容について同意をいただきます。

(2) 訪問リハビリテーションの内容

- ・移動手段（歩行や車椅子など）の検討や練習
- ・入浴や更衣動作など身の回りの動作練習
- ・家事動作の練習
- ・散歩や趣味などの余暇活動の検討・実施
- ・住宅改修や必要な福祉用具の検討
- ・ご自宅で行える運動や動作の提案と助言
(ご利用者、ご家族、必要に応じ介護サービスの担当者への指導)
- ・公共機関の使用方法の練習（バスやタクシー等）

(3) 営業日及び営業時間

- 営業日 : 月曜日から金曜日までとする。原則として、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月30日から1月3日までを除く。ただし、長期間（4日以上）の連休となる場合は、事前に利用者及びその家族並びに居宅介護支援事業所等の関係機関に周知の上、祝日または休日を営業日とすることがある。
- 営業時間 : 8：30～17：30
- サービス提供時間 : 9：00～17：30

(4) サービス提供実施地域

通常は松江市(宍道町・玉湯町・八雲町・東出雲町・八束町・美保関町・鹿島町・島根町を除く)地域。

3. 利用料、キャンセル料について

(1) 利用料

利用料一覧表をご覧ください。

(2) キャンセル料

ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービス利用日までに出来るだけ早く、ご連絡下さい。又、次のキャンセル料を申し受ける事もありますのでご了承下さい。

（但し、ご利用者の様態の急変等、身体上やむを得ない事情がある場合、キャンセル料は不要です）

| 時 間 | 負 担 額 |
|----------------------|--------------|
| サービス利用日までに連絡を頂いた場合 | 無料 |
| キャンセルの連絡等なく職員が訪問した場合 | ご利用者負担金の100% |

(3) その他の費用

ご利用者のお住まいでの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のご負担になります。

通常の事業の実施地域を超えて行う訪問リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに要した交通費等はその実費を頂くことがあります。

4. 事故発生時の対応

- (1) ご利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により発生した事故に対しては、迅速かつ円滑に対応します。また、リハビリテーション実施者及び管理者が責任をもって事後処理に当たります。
 - (2) ご利用者のご家族、ご利用者に係る居宅介護支援事業者と連絡を密にし、状況によっては関係市町への報告を行い、処置を講じます。
 - (3) ご利用者に対する適切な対応の後、リハビリテーション提供者及び管理者を軸に事故発生の原因解明、再発防止の対策を講じる事故防止委員会を開き検討します。
 - (4) 損害賠償等に関しては、現在加入している全老人保健施設協会団体保険「全老健共済会」に連絡し、要賠償の場合には円滑に対応するように計らいます。

5. 高齢者虐待防止の推進

ご利用者の人権の擁護、虐待防止等の為、対策委員会を設置し、定期的な虐待防止研修の開催と防止マニュアルの作成等、体制の整備に努めております。

6. 要望及び苦情に関する対応

(1) 窗口

- ・担当者 : 理学療法士 岡田心平
理学療法士 廣江遼亮
 - ・受付時間 : 8:30~17:30
 - ・電話番号 : (0852) 34-1558 (内線203)

(2) 対応

- ① 苦情があった場合には、直ちに管理者へ報告し、相談の上担当者がご利用者又はご家族と連絡を取り、直接伺うなどし、詳しい事情を聞くと共に、担当者からも事情を確認します。
 - ② 検討の結果、早急な解決に努めます。
 - ③ 苦情に関する記録を台帳に保管し、再発予防に努めます。
 - ④ その他行政相談窓口

□松江市役所 介護保険課 松江市末次町 86 番地 (0852)55-5689

□島根県国民健康保険団体連合会

松江市末次町 86 番地

(0852)55-5689

介護サービス苦情相談窓口

松江市学園 1 丁目 7 番地 14 号 (0852)21-2811

7. 秘密保持について

- (1) 事業所及びその従業者は、当事業所職員である期間及び退職後においても業務上知り得たご利用者及びその家族、若しくはその家族等に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。但し、次に挙げる情報提供については、当事業所より利用者及びそのご家族から予め同意を得た上で行う事とします。

- ① 介護保険サービスの利用のための関係市町、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供。個人情報を提供した会議、相手方の氏名、内容等についての記録を保管します。
 - ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合にはご利用者個人を特定できないよう仮名等を使用することを厳守します。

前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

8. 災害対策（業務継続計画：BCP）

【B C P : 感染症】

- (1) 感染症発生時、利用者に対するサービスの提供を継続するため。非常時の体制で早期業務再開継続を図る計画を策定し、研修1回以上、訓練（シミュレーション）年1回以上を行うことを徹底しています。
 - (2) 必要に応じて業務継続計画の見直しを行い、定期的に改定します。

(2) 必要に応じて業務継続計画の見直しを行い、定期的に改定します。

【BCP：非常災害】

- (1) あらゆる自然災害について、発生時利用者に対するサービスの提供を継続するため、非常時の体制で早期業務再開継続を図る計画（業務継続計画）を策定し、研修1回以上、訓練（シュミレーション）年1回以上を行う事を徹底しています。
 - (2) 必要に応じて業務継続計画の見直しを行い、定期的に改定します。

(2) 必要に応じて業務継続計画の見直しを行い、定期的に改定をします。

9. 衛生管理等

- (1) サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
 - (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
 - (3) 感染対策委員会を設置し、定期的に開催します。感染症等防止の為のマニュアルを定め、定期的な研修等や訓練（シミュレーション）等の、業務継続に向けた取り組みを行ってまいります。
 - (4) 感染症発生時の状況に応じては、業務継続計画（B C P）を実行致します。

10. 緊急時の対応方法

ご利用者の主治医又は事業者の協力機関への連絡を行い、医師の指示に従います。併せて緊急連絡先に連絡いたします。

- ・ご利用者の主治医 : 氏名 ()
所属医療機関の名称 ()
電話番号 ()
所在地 ()
 - ・協力医療機関 : 松江市立病院
松江市乃白町3 2 - 1
(0852) 60-8000
入院設備有り 救急指定有り

11. 禁止事項について

当事業所では、多くの方々に安心して御利用して頂く為に、サービス提供職員等の守秘義務を厳守して頂くとともに、金銭その他の授受については固く厳禁致します。また、「営利行為」「宗教活動」及び「特定の政治活動」等は禁止します。

12. その他

- (1) 当法人についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求下さい。
- (2) 介護保険被保険者証・介護保険割合負担証の確認
毎月月初めに確認をさせて頂きます。
- (3) 支払方法
- ① 毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の20日までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと翌月の10日に領収書を発行します。
 - ② お支払い方法は、口座引落しとします。
 - ③ 引落先金融機関
 - ・山陰合同銀行
 - ・島根銀行
 - ・JAくにびき
 - ・郵便局
 - ④ 手続き方法及び手順
 - ア. 引落先金融機関を1ヵ所お選び下さい。後日当方より確認の連絡をいたします。
 - イ. お選びいただいた金融機関の所定用紙にご記入・ご捺印下さい。
 - ウ. ご記入後、所定用紙を当施設までご持参又はご送付下さい。
 - エ. 手続き完了後、金融機関及び支店・支所等の変更があれば再手続きとなります。
 - ⑤ 請求払込までの流れ
 - ア. 毎月10日に、前月分の請求書を送付します。
 - イ. 20日に指定金融機関より口座引落しとします。
- (4) 法人の事業計画、財務内容その他についてお知りになりたい方は、閲覧できますので管理者までお申し出下さい。
- (5) その他、何でも下記お問い合わせ下さい。

訪問リハビリテーション笑来（エクルー）（悠々園内）

TEL 0852-34-1558 (内線203)

利用料一覧表

訪問リハビリテーション (要介護 1~5)

【基本料金】

令和6年6月現在

| 基本料金 | 時間／回 | 保険単位数 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|--------------|----------|-------|------|------|------|
| 訪問リハビリテーション費 | 20分以上／1回 | 308単位 | 308円 | 616円 | 924円 |

【加算料金】

| 加算項目 | 時間／回 | 保険単位数 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|--------------------------------|---|-----------------|-------|---------|---------|
| 短期集中リハビリテーション 実施加算 | 退院・退所日 又は認定日から 3ヵ月以内 週2回以上、12回以下 1回20分以上1日につき | 200 単位 | 200 円 | 400 円 | 600 円 |
| 認知症短期集中 リハビリテーション実施加算 | 退院・退所日 又は訪問開始日から 3ヵ月以内 週2日を限度1回20分以上 | 240単位 | 240円 | 480円 | 720円 |
| リハビリテーション マネージメント加算(口) | 1ヵ月に1回 | 213単位 | 213円 | 426円 | 639円 |
| 事業所の医師による説明 | 1ヵ月に1回 | 270 単位 | 270円 | 540円 | 810円 |
| 退院時共同指導加算 | 退院時 1回に限り | 600 単位 | 600円 | 1,200 円 | 1,800 円 |
| サービス提供体制強化加算(I) | 1回につき | 6 単位 | 6 円 | 12 円 | 18 円 |
| 中山間地域等に居住する者に サービス提供した事業所加算 | 1回につき | 所定単位数の 100 分の 5 | | | |
| 個人購入立替金 | 都度、希望により | 実費 | | | |

訪問リハビリテーション笑来(エクルー)同意書

医療法人社団 回春会
訪問リハビリテーション笑来(エクルー)
森下 幸弘 殿 印

説明担当職員 印

訪問リハビリテーション笑来(エクルー)を利用するにあたり、訪問リハビリテーション笑来(エクルー)重要事項説明書を受領し、その内容に関して、担当者による説明を受け、十分に理解した上で同意します。又、個人情報の利用についてもこの書面にて同意します。

年 月 日

<利用者>

住 所 電話

氏 名 印

<家族代表>

住 所 電話

氏 名 印

(代理人)

住 所 電話

氏 名 印

【請求書・明細書及び領収書の送付先】

| | |
|-------|---------|
| ・住 所 | 〒 _____ |
| ・氏 名 | (続柄) |
| ・電話番号 | |

【緊急時の連絡先】

| | |
|-------|---------|
| ・住 所 | 〒 _____ |
| ・氏 名 | (続柄) |
| ・電話番号 | |