

指定(介護予防)訪問リハビリテーション

令和7年4月改定

重要事項説明書  
(医療法人社団静美会 駒込かせだクリニック)

## 1. 事業者および事業所について

## (1) 当事業者の概要

法人名称	医療法人社団静美会
代表者氏名	理事長 加勢田 美恵子
所在地	東京都文京区本駒込 4-19-16 タウンハイム本駒込 1階
連絡先	TEL 03-5832-5665 FAX 03-5832-5664
法人設立年月日	2003年2月6日
ホームページ	<a href="https://www.kaseda-clinic.com">https://www.kaseda-clinic.com</a>

## (2) 事業所の所在地等

事業所名称	駒込かせだクリニック
所在地	東京都文京区本駒込 4-19-16 タウンハイム本駒込 1階
連絡先	TEL 03-5832-5665 FAX 03-5832-5664
管理者名	加勢田 美恵子
サービスの種類	指定(介護予防)訪問リハビリテーション
事業所番号	1310527929
実施区域	文京区：千駄木 1～5 丁目、本駒込 1～6 丁目、向丘 1～2 丁目、白山 5 丁目、小石川 2 丁目、千石 1～4 丁目 北区：田端 1～5 丁目、中里 1～3 丁目 豊島区：駒込 1 丁目

## (3) 事業所営業時間

平日	午前 8:30～午後 6:00
土曜日	午前 8:30～午後 6:00
休日	日曜、祝祭日、12/29～1/3

尚、利用者及び居宅支援事業所の申し出、又は、事業者のやむを得ない都合等による場合はこの限りではない。

## (4) 職員体制

管理者 1名 理学療法士 3名 言語聴覚士 1名

## 2. 事業目的・運営方針

居宅療養中で、疾病や傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な方とご家族に対して、その病状やご自宅の家屋構造、ご家族の介護力などを考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士をご自宅に訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な機能訓練と生活指導を行います。

介護保険の認定を受けている方が訪問リハビリテーションをご希望される場合、介護保険利用でのサービス提供が優先となります。

### 3. サービスの内容

ベッド上での体位変換、起き上がり訓練、座位訓練、起立訓練、移乗訓練、歩行訓練、生活適応訓練、摂食嚥下訓練、コミュニケーション訓練などの内容について、ご利用される方の身体状態に応じて、運動機能、および日常生活動作能力を維持・向上を目的とした訓練内容を計画し、実施します。適宜、ご家族に対しても日常的に実施していただけるようリハビリテーションの指導を行います。

### 4. 交通費

- (1) 通常の事業の実施地域を越えて行う訪問リハビリに要した交通費については、その実費を徴収する場合があります。また、タクシー利用しか方法がない場合はその実費額を徴収する場合があります。
- (2) 医療保険対象の方は、別途、公共交通機関を利用した際に訪問時移動の為の交通費を算定する場合があります。

### 5. 費用

#### (1) 介護保険給付対象サービス

1回20分の方は週6回(1回30分の方は週3回)を限度(末期の悪性腫瘍の患者様の場合を除く)とします。ただし、退院の日から起算して3ヶ月以内の患者様に対し、医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定できます。但し、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。

#### ① 要介護認定の方

基本算定項目	単位
訪問リハビリ 1	308 単位/20 分

加算算定項目	単位	内容
訪問リハサービス提供体制加算 I	6 単位/20 分	
訪問リハマネジメント加算 2	213 単位/月	注 1
訪問リハマネジメント加算 3	270 単位/月	注 1
訪問リハ短期集中リハ加算 (該当者のみ)	200 単位/日	退院日又は認定日から 3 ヶ月以内
訪問リハ認知症短期集中リハ加算 (該当者のみ)	240 単位/日	退院日又は訪問日から 3 ヶ月以内
訪問リハ口腔連携強化加算 (該当者のみ)	50 単位/月	1 か月 1 回限度
訪問リハ退院時共同指導加算 (該当者のみ)	600 単位/回	退院時 1 回に限り

【※地域加算 11.10 円】

※自己負担金額は切り捨て計算によるため実際と 1 円単位の誤差が生じる場合があります。

注 1 訪問リハマネジメント加算は、医師、リハビリテーション専門職、その他の職種の者が共同で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより、継続的に訪問リハビリテーションの質を管理したことを評価し算定します。

## ②要支援認定の方

基本算定項目	単位
予防訪問リハ1	298 単位/20 分

加算算定項目	単位	内容
予防訪問リハサービス提供体制加算 I	6 単位/20 分	
予防訪問リハ短期集中リハ加算	200 単位/日	退院日又は認定日から 3 ヶ月以内
予防訪問リハ口腔連携強化加算 (該当者のみ)	50 単位/月	1 か月 1 回限度
予防訪問リハ退院時共同指導加算 (該当者のみ)	600 単位/回	退院時 1 回に限り

【※地域加算 11.10 円】

※自己負担金額は切り捨て計算によるため実際と 1 円単位の誤差が生じる場合があります。

## (2) 医療保険対象サービス

1 回 20 分週 6 回を限度（末期の悪性腫瘍の患者様の場合を除く）とします。ただし、退院の日から起算して 3 ヶ月以内の患者様に対し、医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週 12 回まで算定できます。

但し、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。

基本算定項目	点数
在宅訪問リハビリテーション指導管理料	300 点/20 分

## (3) 介護保険対象外(自費)

1 回 40 分コース	9500 円/回 (消費税込み)
-------------	------------------

## 6. 契約期間

## (1) 介護保険給付対象の方

本サービスの契約期間は、契約開始日(当該クリニックリハビリ主治医の指示書記載日)より 3 ヶ月とします。リハビリテーション継続の必要性は、前述のリハビリ主治医との診察にて判断いたします。契約期間の継続および見直しは、2-3 ヶ月毎の診察が必要となります。但し、急変等で身体状態の変化や、入退院後のリハビリ再開の方はその限りではありません。

## (2) 医療保険対象の方

本サービスの契約期間は、契約開始日(当該クリニックリハビリ主治医の指示書記載日)より 1 ヶ月とします。リハビリテーション継続の必要性は、前述のリハビリ主治医との診察にて判断いたします。契約期間の継続および見直しは、毎月の診察が必要となります。但し、かかりつけ医のいる利用者に関しては診療情報提供書の提示をもとに当該クリニックリハビリ主治医が判断し、継続の必要性を確認します。

## (3) 自費対象の方

本サービスの契約期間は、契約開始日(当該クリニックリハビリ主治医の指示書記載

日)より6ヶ月とします。リハビリテーション継続の必要性は、前述のリハビリ主治医との診察にて判断いたします。契約期間の継続および見直しは、5-6ヶ月毎の診察が必要となります。

## 7. 訪問リハビリの終了

当事業所からのサービス実施の契約期間満了の7日前までに、利用者様から契約の更新を希望しないという申し出があり、かつ、契約期間が満了したときは、サービスの提供を終了させていただきます。

(1) 利用者様のご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7日前までにお申し出ください。

(2) 自動終了

以下の場合、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。

- ① 利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ② 介護保険給付でサービスを受けていた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、もしくは要介護者が要支援者になった場合。  
※後者については保険者に要確認のうえ決定とする。
- ③ 利用者様が亡くなられた場合

(3) その他

利用者又はご家族から従業員に対する以下の行為が明らかとなった場合には、文書にて通知のうえ、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

- (1) 従業員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- (3) 従業員の身体及び財物の損傷、又は破壊する行為。

## 8. キャンセル料

利用者様の都合によりサービスを中止する場合には、以下のキャンセル料をいただきます。

利用日の前日午後5時までに連絡があった場合	無料
上記以降の時間のご連絡、又はご連絡がなかった場合 (急な体調不良、事故などは考慮いたします)	リハビリ1回分の自己負担金額

## 9. 個人情報の取り扱い

(1) 個人情報保護法を遵守し、医療法人静美会、並びに訪問リハビリの個人情報の保護に関する基本方針（1.利用者範囲の明確化、適切な取り扱い 2.漏洩防止の確立 3.開示等の請求は誠意を持って対応）にそって、個人情報を取り扱います。

(2) 事業者及びその従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。

(3) 事業者はその従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密をもらすことがないように必要な措置を講じます。

(4) 事業者は、利用者に医療上の必要がある場合には、他の医療機関等に利用者に関する心身

等の情報を提供できるものとします。

(5) 第3項に拘らず、利用者にかかわる他の居宅介護支援事業者等との連携をはかる等、正当な理由がある場合には、利用者又は利用者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

(6) 利用者又は利用者家族の個人情報を用いることに関しては、利用者および利用者家族から同意を得ていることを原則とします。

## 10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとお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 医師 加勢田美恵子

(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。

## 11. 身体拘束について

(1) 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

(2) 身体的拘束を行う場合には、利用者又は利用者の家族に同意を得るとともに、態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

## 12. 相談窓口、苦情対応

(1) 事業所の窓口

駒込かせだクリニック

TEL 03-5832-5665

担当者：佐藤、歌代

受付時間：月～金曜(但し水曜除く) 午前9:00～午後1:00 午後3:00～午後6:00

水曜、土曜 午前9:00～午後1:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受け付けています。

※介護保険対象の方で、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

(2) 公的団体の窓口

東京都国民健康保険団体連合会介護苦情相談窓口 TEL 03-6238-0177

受付時間：午前9:00～午後5:00

(3) 区市町村の窓口

文京区 介護保険課 TEL 03-5803-1383

北区 介護保険課 TEL 03-3908-1286

豊島区 介護保険課 TEL 03-3981-1111

## (4) その他

主治医	医院名	電話
	主治医	
緊急連絡先	氏名 (続柄 )	電話
ご家族	氏名 (続柄 )	電話
居宅支援事業所		電話

訪問リハビリテーションの提供開始に当たり、利用者または利用者の代理人に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

住所 東京都文京区本駒込 4-19-16 1階  
 事業者番号 1310527929  
 事業所名 医療法人社団 静美会 駒込かせだクリニック  
 代表者 理事長 加勢田美恵子 印  
 説明担当者 印

上記の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者住所

氏名 印

利用者代理人住所

氏名 印

(続柄 )

利用者家族住所

氏名 印