

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション)

2026年6月1日現在

厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業所が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	医療法人矢尾板記念会
主たる事務所の所在地	栃木県日光市平ヶ崎609-4
法人種別	医療法人
代表者名	矢尾板 誠一
電話番号	0288-22-1221

介護保険法令に基づき栃木県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	訪問リハビリテーション今市Lケアセンター (栃木県 0950780015号)
各事業所につき介護保険法令に基づき栃木県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類	訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション

2 運営方針

- 1) 事業所の理学・作業療法士・言語聴覚士は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、利用者の居宅において、理学・作業療法・言語聴覚療法、その他必要なりハビリテーションを行うことにより、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の機能の維持回復を図る。
- 2) 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、総合的なサービス提供に努めるものとする。
- 3) 施設は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者設置）を講ずるものとする。
- 4) サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して実施上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
- 5) 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、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部の情報提供については、必要に応じて利用者またはそのご家族及び代理人の了解を得ることとする。
- 6) 当施設は、介護保険施設サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。

3 事業所名称等

ご利用事業所の名称	訪問リハビリテーション今市Lケアセンター
指定番号	栃木県 0950780015号
所在地	栃木県日光市平ヶ崎605-1
電話番号	0288-22-8881

4 事業所の職員体制

従業者の職種	員数
医師	1名
理学療法士	1名以上
作業療法士	1名以上
言語聴覚士	1名以上

5 営業時間及び通常の実施地域

営業日	月曜日から金曜日（祝日及び12/31～1/3を除く）
営業時間	9：00～17：00
通常の実施地域	日光市の一部（旧今市市）の区域

6 サービスの内容及び利用料

※ 当施設は地域区分7級地に該当しておりますので、自己負担額は合計単位数に地域単価（10.17円）を乗じた金額から介護保険給付分を差し引いた金額になります。（介護保険負担割合証の利用者負担の割合に準じます。）

1) 介護保険負担割合証の利用者負担割合が3割の方

(1) 訪問リハビリテーション

サービスの種類	内 容	単価
訪問リハビリテーション費 * 1回（約20分）の金額	事業所の医師が診療を行った利用者に対して、訪問リハビリテーションを実施した場合。	940円
	事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、訪問リハビリテーションを実施した場合。 但し利用者様が退院される前に医療機関から適切な情報提供を受け、退院してから1ヶ月以内のリハビリであり、事業所の医師が診療を行う予定である場合に限り、上記の単価となります。	787円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	通常の実施地域を超え、国が定める「中山間地域」等に居住する方への上記内容のサービスを提供した場合（旧日光市、旧藤原町等）。	所定単位数の5%
短期集中リハビリテーション実施加算	病院・介護保険施設等を退院(所)した後、または要介護認定を受けた日から起算して、3月以内の期間、集中的にリハビリテーションを実施した場合。	611円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症であると医師が判断した利用者様で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された方に対し、退院(所)した後、または訪問開始時から3月以内の期間、集中的にリハビリテーションを実施した場合。	732円
リハビリテーションマネジメント加算イ	① リハビリテーション会議の開催・記録 ② 訪問リハビリテーション計画を理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明・同意を得ること ③ 3月に1回以上のリハビリ会議の開催・計画の見直し ④ ケアマネージャーに対しての情報提供 ⑤ 利用者の居宅を訪問し他事業所及び家族に対する情報提供 ⑥ 訪問リハビリテーション計画を事業所の医師が利用者又は家族に説明し、同意を得ること。 ⑦ ①～⑥に対し記録	549円

	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	上記に加えて 824円/月
リハビリテーション マネジメント加算ロ	リハビリテーションマネジメント加算イの内容と以下の項目を満たす場合 ・リハビリテーション計画書等の内容を厚生労働省に提出していること。 ・リハビリテーションの提供に当たって、必要な情報を活用していること。	650円
	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	上記に加えて 824円/月
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	国が定めた訪問リハビリ事業所がリハビリを行った場合（勤続7年以上の職員が1人以上）*1回につき	19円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	国が定めた訪問リハビリ事業所がリハビリを行った場合（勤続3年以上の職員が1人以上）*1回につき	9円
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。	1831円
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。 国が定めた歯科訪問診療の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の支持を受けた歯科衛生士が、該当従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている事。	153円
介護職員等処遇改善加算	介護職員等の確保に向けて、職場定着のための取り組み、職場環境の改善、見える化等の取り組みを行った場合	1.5% /月

(2) 介護予防訪問リハビリテーション

サービスの種類	内容	単価
介護予防訪問リハビリテーション費*1回(約20分)の金額	事業所の医師が診療を行った利用者に対して、訪問リハビリテーションを実施した場合。	909円
	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて算定要件を満たさず訪問リハビリテーションを実施した場合。	818円

	事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、訪問リハビリテーションを実施した場合。 但し利用者様が退院される前に医療機関から適切な情報提供を受け、退院してから1ヶ月以内のリハビリであり、事業所の医師が診療を行う予定である場合に限り、上記の単価となります。	757円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	通常の実施地域を超え、国が定める「中山間地域」等に居住する方への上記内容のサービスを提供した場合（旧日光市、旧藤原町等）。	所定単位数の5%
短期集中リハビリテーション実施加算	病院・介護保険施設等を退院(所)した後、または要支援認定を受けた日から起算して、3月以内の期間、集中的にリハビリテーションを実施します。	611円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	国が定めた訪問リハビリ事業所がリハビリを行った場合（勤続7年以上の職員が1人以上）＊1回につき	19円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	国が定めた訪問リハビリ事業所がリハビリを行った場合（勤続3年以上の職員が1人以上）＊1回につき	9円
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。	1831円
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。 国が定めた歯科訪問診療の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の支持を受けた歯科衛生士が、該当従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている事。	153円
介護職員等処遇改善加算	介護職員等の確保に向けて、職場定着のための取り組み、職場環境の改善、見える化等の取り組みを行った場合	1.5% /月

7 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。
（事業所から往復30kmを超えた場合1kmにつき10円）

8 キャンセル料

特にキャンセル料は頂きません。訪問に変更・中止がある場合は前日まで連絡をお願いします。

9 支払い方法

- ・毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、現金、口座振込み、口座引落しの三つの方法いずれかでお支払いください。尚、口座振込みを利用された場合の、振込み手数料はご本人(ご家族)に負担していただきます。

10 身体拘束の適正化

身体拘束などの適正化を図るため、原則拘束の禁止とし、緊急やむを得ない場合の記録等を行ってまいります。

11 感染対策

感染症の発生やまん延防止のための指針を整備し、必要な対策を講じていきます。

12 ハラスメント防止のための対策

事業所におけるハラスメント防止のための対策の方針の明確化を図り、相談体制の整備を行ってまいります。なお、ハラスメントに関しては、上司や同僚に限らず、利用者や家族から受けるものも含まれます。

13 利用にあたっての留意事項

- ・体調不良時の連絡 : 発熱・感染症症状等がある場合は、事前にご連絡をお願いいたします。
- ・訪問時間について : 交通状況や前利用者様の対応状況により、訪問時間が前後する場合があります。
- ・駐車スペースについて : 訪問時に駐車場所をお借りする場合があります。
- ・職員へのお心遣い : 施設の方針によりお受けできません。

14 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	訪問リハビリテーション今市Lケアセンター ご利用時間 平日 9:00~17:00 ご利用方法 電話 0288-22-8881 担当者 言語聴覚士 高久 聡美
日光市相談窓口	日光市健康福祉部高齢福祉課介護サービス係 ご利用時間 平日 8:30~17:00 ご利用方法 電話 0288-21-5100
国民健康保険	栃木県国民健康保険連合会総務課介護保険室
団体連合会	ご利用時間 平日 8:30~17:00 ご利用方法 電話 028-643-2220

15 協力医療機関等

利用者の主治医又は下記の医療機関へ協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には速やかな対応を致します。

・併設医療機関

名称 見龍堂クリニックかわせみ
住所 栃木県日光市平ヶ崎609-4
電話 0288-22-1221

・協力医療機関

名称 今市病院
住所 栃木県日光市今市381
電話 0288-22-2200

※緊急時・事故発生時の対応：次項 緊急時の対応マニュアルに基づき対応いたします。

訪問リハビリテーション今市Lケアセンター緊急時の対応

事故	内容	初期対応	必要事項
1.転倒/ 骨折	利用者の 転倒/ 骨折事故	①利用者の緊急処置併設診療所への連絡 見龍堂クリニックかわせみ ②事故状況を確認 ③家族への連絡 ④担当スタッフによる事故報告書の提出	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族へ発生状況を詳しく説明 (担当者) ・ 事故報告書 (内部) の作成 (当事者) ・ 行政への報告 ・ ケアマネへの報告
2.怪我	利用者及び 職員の怪我	① 対象者の緊急処置 ② 事故状況を確認 ③ 利用者の場合、家族への連絡 ④ 担当スタッフによる事故報告書の提出	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族へ発生状況を詳しく説明 (担当者) ・ 事故報告書 (内部) の作成 (当事者) ・ 行政への報告 ・ ケアマネへの報告
3.伝染病	伝染性疾患 が発見され た場合	① 医師の診察、対応・指示を受ける ② 届出が必要な場合、保健所に連絡 (医師) 県西健康福祉センター (0289-64-3125)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行政への報告 ・ ケアマネへの報告
4.交通事故	訪問時	①事故状況により怪我人の救急病院等への搬送 ②警察、施設、保険会社への連絡 ③加害者、被害者との協議	
5.急死	利用者が突 然死亡した 場合	① 救急処置 ② 救急車の手配 ③ 家族への連絡 ④ 施設への連絡	<ul style="list-style-type: none"> ・ すでに死亡している場合は周辺及び対象を動かさない。 ・ 事故報告書 (内部) の作成 ・ ケアマネへの報告

訪問リハビリテーション今市Lケアセンター

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション利用同意書

訪問リハビリテーション今市Lケアセンターの訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション利用にあたり、利用者（本人が判断不能な場合は身元引受人）に対して、重要事項説明書（訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション）（2026年6月1日現在）を交付の上説明いたしました。

西暦 年 月 日

< 説明者 >

事業所名 訪問リハビリテーション 今市Lケアセンター
職氏名

訪問リハビリテーション今市Lケアセンターの訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションを利用するにあたり、重要事項説明書（訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション）を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します

西暦 年 月 日

< 利用者 >

住 所

氏 名

（本人が判断不能及び書字不能の場合ご家族代筆）

< 利用者の身元引受人 >

住 所

氏 名

訪問リハビリテーション今市Lケアセンター

施設長 矢尾板誠一様

【請求書・領収書の送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

【緊急時の連絡先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	