

2025年5月1日現在

重要事項説明書

当事業所が提供する訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業所の概要

事業所の名称	富士いきいき病院 訪問リハビリテーション
主たる事業所の所在地	静岡県富士市天間 1640-1
電話番号	0545-73-1919（代表） 0545-30-6991（直通）
法人の種別及び名称	医療法人社団 紫苑会 富士いきいき病院
代表職・氏名	理事長 ・ 田中 博
介護保険事業所番号	2 2 1 2 3 1 0 8 0 5
サービス範囲	富士市・富士宮市内

2. 事業所の職員の概要

職種	員数	勤務の体制
医師（管理者）	1名	常勤 1名
理学療法士	2名	常勤（兼務） 2名
作業療法士	2名	常勤（兼務） 2名
言語聴覚士	0名	常勤（兼務） 0名

3. サービスの提供時間

平日	月曜日 ～ 金曜日
営業時間	午前 8:30 ～ 午後 5:30
休日	土・日、祝祭日、年末年始（12月29日～1月3日）

4. 訪問リハのサービス内容

利用者が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、事業者が利用者に対しその療養生活を支援し、心身機能の維持回復を目指すことを目的とします。従ってサービスの提供は親切丁寧に行い、サービス提供方法については、あなたにわかりやすいように説明します。

5. 利用料金

- （1） 当事業所の訪問リハの提供（介護保険適用部分）に際して、あなたの負担する利用料金は介護保険負担割合証の負担割合分となります。但し介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては、全額自己負担となります。

基本料金（単位）

□ 訪問リハビリテーション

サービス内容	単位数	備考
訪問リハビリテーション費	308 単位	1回につき 20 分間
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6 単位	1回につき
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3 単位	1回につき
移行支援加算	17 単位	1日につき
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	180 単位	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213 単位	1月につき
リハビリテーション計画を事業所の医師により利用者又は家族へ説明をし同意を得た場合	270 単位	上記リハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）の算定に加え1月につき
退院時共同指導加算	600 単位	退院につき 1 回限り
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位	1日につき、1週に2日を限度として退院(所)日又は訪問開始日から3月以内
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位	1日につき 退院(所)日又は認定日から3月以内
口腔連携強化加算	50 単位	1月につき
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 1/100 相当減算	1回につき
業務継続計画未策定減算	所定単位数の 1/100 相当減算	1回につき
訪問リハ計画診療未実施減算	-50 単位	1回につき

□ 介護予防訪問リハビリテーション

サービス内容	単位数	備考
介護予防訪問リハビリテーション費	298 単位	1回につき 20 分間
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6 単位	1回につき
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3 単位	1回につき
退院時共同指導加算	600 単位	退院につき 1 回限り
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位	1日につき 退院（所）日又は認定日から3月以内
口腔連携強化加算	50 単位	1月につき
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 1/100 相当減算	1回につき
業務継続計画未策定減算	所定単位数の 1/100 相当減算	1回につき
予防訪問リハ 12 月超減算	-30 単位	1回につき（要件を満たさない場合）
予防訪問リハ計画診療未実施減算	-50 単位	1回につき

※富士市・富士宮市は地域区分が「7 級地」であるため、上記表の単位数に 10.17 円 を乗じた金額の介護保険負担割合証の負担割合分が自己負担となります。

※介護報酬の改定や制度変更、また前年度の業績により加算の追加、削除をする場合があります、料金の変動が生じることがあります。

(2) 交通費

当事業所の通常事業の実施地域にお住まいの方は交通費が無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、訪問リハ従事者があなたを訪問するための費用を下記内容にて、支払っていただきます。

ア. 通常の事業実施地域を越えた地点から、**22 円 (税込) / キロメートル (往復距離)**

(3) 料金の支払い方法

月毎の清算とし、原則として銀行の口座振替とさせていただきます。毎月 7 日までに前月分ご利用いただいたサービスの料金の請求をします。末日までにお支払い下さい。その際、指定の口座より自動引き落としさせていただきます。(原則として毎月 27 日)

(4) キャンセル

ご都合により当日、訪問リハをキャンセルされる場合はすみやかに事業所にご連絡下さい。

利用キャンセルについては、前日までにご連絡をいただければ、予定されたサービスを変更または中止することができます。

ご連絡をいただく時間	キャンセル料
前日までにご連絡をいただいた場合	不要です。
当日、訪問までのご連絡の場合	不要です。
訪問までにご連絡のない場合	当日の利用料の自己負担分もしくは総保険料の 10%のうち、どちらか高いほうを請求いたします。

※ただし、ご利用者様、ご家族様の容態急変、入院等の緊急やむを得ない事情がある場合には、キャンセル料は請求いたしません。

(5) その他

あなたの被保険者証に支払い方法の変更の記載 (あなたが保険料を滞納しているためサービスの提供を償還払いとする旨の記載) があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日お住まいの市町村の窓口へ提出して差額の払い戻しを受けてください。

6. サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ア. 主治医・介護支援専門員にご相談下さい。
実施には定期的に当院医師の診察が必要となります。
- イ. 当院医師の指示と当事業所からの説明により、あなたからの同意を得た後、事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がサービス計画に基づいてリハビリテーション計画書を作成します。必要性や目的・頻度や予定期間をあなたもしくはご家族に説明し、同意を得た上でサービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ア. あなたやあなたのご家族のご都合でサービスを終了する場合
- イ. 当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等、やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに文書によりあなたに通知します。
- ウ. 定期的なリハビリテーション計画書の作成において、訪問リハの必要性や他のサービスの必要性が検討された場合、あなたもしくはご家族に説明し同意を得た上で、サービスを終了させていただきます。
- エ. 次の場合、サービスは自動的に終了となります。
 - ・ あなたが医療機関や介護保険施設に入院、入所された場合
 - ・ あなたの介護保険要介護度が非該当と認定された場合
 - ・ あなたが亡くなった場合
 - ・ 定期的な当院医師への受診が確認できない場合

7. 緊急時の対応方法

訪問リハの提供中にあなたの容体に変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医に連絡し指示を仰ぎ、指示内容に従い速やかに対応します。

主治医	医療機関名	
	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

8. 事故発生時等の対応

訪問リハの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者等、関係箇所に連絡を行なうとともに必要な措置を講じます。

9. 苦情処理

あなたは当事業所の訪問リハの提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、なんら差別待遇を受けません。また当事業所では苦情に対し事実確認、対応方法を所定用紙へ記録し関係者へ早期調整連絡を行い、関係者への改善確認、結果を記載し再発防止へ役立てます。

苦情相談窓口 富士いきいき病院

電話：0545 - 73 - 1919（代表）

時間：月曜～金曜 午前8：30～午後5：30（年末年始を除く）

担当：訪問リハビリテーション 佐藤瑞穂

この他、市町村や静岡県国民健康保険団体連合会に苦情を申し立てることができます。

富士市 介護保険課	0545 - 55 - 2766
富士宮市 高齢介護支援課（介護保険係）	0544 - 22 - 1141
静岡県国民健康保険 団体連合会 介護保険課 苦情専用	054 - 253 - 5590

年 月 日

訪問リハの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県富士市天間 1640-1

名称 富士いきいき病院

説明者 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

_____ 印

この説明書により、訪問リハに関する重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____