

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
重要事項説明書

1 事業者概要

事業所名	医療法人社団 共生会
所在地	〒428-0007 静岡県島田市島 534-1
電話番号	0547-45-0111
代表者	理事長 平井 達夫

2 訪問リハビリテーションを提供する事業所

① サービス事業所の概要

事業所の名称	訪問リハビリテーション事業所 エコトープ
所在地	〒428-0007 静岡県島田市島 534-1
電話番号	0547-45-0111
事業者番号	2255580017
実施サービス	①訪問リハビリテーション ②介護予防訪問リハビリテーション
サービス提供地域	島田市、牧之原市、吉田町
管理者の氏名	施設長 阿部 香一郎

② 事業所の職員体制

従業者の職種	人数	常勤（人）	非常勤（人）	職務の内容	備考
管理者	1	1		医師	施設と兼務
医師	1		1	医師	施設と兼務
理学療法士	1	1		理学療法士	通所リハ・施設リハと兼務

③ 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日
営業時間	8：30～17：30
休業日	土曜日、日曜日、国民の日 12月30日から1月3日の年末年始
備考	電話等により、24時間連絡が可

＊居宅サービス計画等により必要性を認められる場合は、休業日及び営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

3 訪問リハビリテーションの目的

理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護又は要支援状態にあるお客様の居宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法、又は言語聴覚療法の必要なリハビリテーションを行い、お客様がその有する能力に応じて、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

4 運営方針

利用者の意思及び人格を尊重し、利用者と家族が安心して在宅療養生活を送れるよう、保健・医療・福祉サービス機関と連携を図り地域に根ざしたリハビリテーションを行います。

5 サービスの内容

理学療法士や作業療法士がお客様のご自宅を訪問し、お客様の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

(介護予防) 訪問リハビリテーションを継続するには、3ヶ月に1回、別の医療機関の医師からの診療情報提供、及び当事業所の医師による訪問診療が必要です。また、(介護予防) 訪問リハビリテーション実施契約書が必要となります。

①利用開始

- (イ) 当事業所に電話にてお申し込みください。担当職員がお客様のお宅に伺い、指定(介護予防) 訪問リハビリテーションの内容等についてご説明いたします。
- (ロ) この説明書によりお客様からの同意を得た後、当事業所の理学・作業療法士が(介護予防) 訪問リハビリテーション実施計画書を作成し、サービスの提供を開始します。
- (ハ) お客様が居宅(介護予防) サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者等にご相談ください。

②サービスの終了

- (イ) お客様のご都合でサービスを終了する場合。
 - ・サービス終了を希望する日の7日前までに、文書でお申し出ください。次の事由に該当する場合には、お客様は文書で通知することにより直ちにサービスを終了することができます。
 - ・事業者が正当の理由なくサービス提供を実施しない場合。
 - ・事業者が秘密保持等の契約に違反した場合。
 - ・事業者が社会通念上を逸脱する行為を行った場合。
 - ・事業者が破産したとき。
- (ロ) 当事業者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、サービス終了時の 30 日前までに、文書により通知いたします。

(ハ) 自動終了

次の場合、サービスは自動的に終了となります。

- ・お客様が介護保険施設に入院又は入所した場合。
- ・お客様の要介護度が非該当（自立）と認定された場合。
- ・お客様が亡くなったとき。

6 利用料金

基本料金（介護保険）

①訪問リハビリテーション 要介護 1・2・3・4・5の方

訪問リハビリテーション	20分間リハビリテーションを行った場合1回として算定	308単位/回
-------------	----------------------------	---------

※加算料金

訪問リハサービス 提供体制強化加算 (Ⅰ)	利用者に直接提供する理学療法士等のうち勤続年数7年以上の者がいること	6単位/回
訪問リハサービス 提供体制強化加算 (Ⅱ)	利用者に直接提供する理学療法士等のうち勤続年数3年以上の者がいること	3単位/回
退院時共同指導加算	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等が、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、初回訪問リハビリを行った場合、1回に限り算定	600単位/回
短期集中 リハビリテーション 実施加算	リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療のため集中的なリハビリテーションを20分/日以上、2回/週以上実施した場合に算定	退院・退所・認定 日後 3ヶ月以内 200単位/日
認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算	1週に2日を限度として加算 認知症であると医師が判断した者であって、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者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、退	退院・退所・訪問開 始日後3ヵ月以内 240単位/日

	院日又は訪問開始日から3か月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。	
リハビリテーション マネジメント加算 (イ)	3月に1回以上、リハビリテーション会議を行い、利用者の状態の変化に応じ訪問リハビリテーション計画を見直し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活の留意点に関する助言をした場合(計画作成に関与した理学療養士等が説明し、同意を得る場合)	180単位/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)の要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当って当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	213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、利用者の同意を得た場合	リハビリテーションマネジメント加算(イ)又は(ロ)を算定し、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 270単位/月
移行支援加算	利用者の生活機能の維持又は向上を図り、社会参加等を支援する訪問リハビリテーションを行った場合	17単位/日
診療未実施減算	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成にかかわる診療を行わなかった場合	50単位/回減算 (必要時)

②介護予防訪問リハビリテーション 要支援１・２の方

予防介護訪問リハビリテーション	２０分間リハビリテーションを行った場合１回として算定	298 単位／回
-----------------	----------------------------	----------

※加算料金

訪問リハサービス提供体制強化加算（Ⅰ）	利用者に直接提供する理学療法士等のうち勤続年数７年以上の者がいること	6 単位／回
予防訪問リハサービス提供体制強化加算（Ⅱ）	利用者に直接提供する理学療法士等のうち勤続年数３年以上の者がいること	3 単位／回
短期集中リハビリテーション実施加算	リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療のため集中的なリハビリテーションを４０分／日以上（１月超３月以内は２０分／日）２回／週以上実施した場合に算定	退院・通所・認定日後 ３ヶ月以内 200 単位／日
12 月超減算（介護予防）	利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合	30 単位／回減算

③利用者負担金

島田市は地域区分が 7 級地であるため、①及び②の単位数に 10.17 円を乗じます。（消費税は課税されません）

自己負担割合は、市が交付する介護保険負担割合証により、1 割負担の方と 2 割負担、3 割負担の方があります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えた分につきましては、全額自己負担（前記①及び②の料金）となります。

④交通費

前記 3 に記載されているサービス提供地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、前記 3 に記載されているサービス提供地域を超えた地点からお客様の居宅までの往復距離又は片道について交通費を負担していただくことになり、その詳細は下表に記載している通りです。

公共交通機関（往復）	実費	
自動車（片道）	3.5 km未満	600 円
	3.5 km～4.5 km未満	700 円
	4.5 km～5.5 km未満	800 円

	5.5 km～6.5 km未満	900 円
	6.5 km～7.5 km未満	1,000 円
	以降 1 kmを超えるごとに 100 円ずつ加算する。	
	消費税は別途	

＊サービス従業者の移動手段は地域により異なります。

⑤その他の費用

- (イ) 指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供するため、お客様の居宅で使用する水道、ガス、電気等の費用はお客様の負担となります。
- (ロ) 在宅で使用する衛生材料は、ご家族様に準備していただくか、当事業所で調達します。その費用は全てお客様の負担となります。
- (ハ) お伺いする所に駐車場がない場合は、近隣のパーキング等を利用する場合があります。その際の費用はお客様の負担となります。

7 お支払い方法

お客様が当事業者に支払う料金の支払い方法につきましては、毎月 10 日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の 25 日までに介護老人保健施設エコトープ事務所へお支払いください。なお、口座振込みも可能ですので、本事業所又は訪問いたしました職員までご相談ください。

＊ その他

お客様の被保険者証に支払方法の変更の記載（お客様が保険料を滞納している為、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、当事業者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、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。

8 福祉サービス第三者評価事業は受けておりません。

9 苦情相談

当事業者の（介護予防）訪問リハビリテーションについての苦情相談を承ります。サービスの内容に関すること、（介護予防）訪問リハビリテーションに関すること、利用料金に関すること等お気軽にご相談ください。

(1) 当事業者

担当者	エコトープ事務職員
電話番号	0547-45-0111
利用時間	月～金曜日 8：30～17：30

(2) 市町村の相談・苦情受付窓口

市町村	島田市	牧之原市	吉田町
担当部署	長寿介護課	高齢者福祉課	高齢者支援課
電話番号	0547-34-3298	0548-23-0076	0548-33-2106
利用時間	月～金曜日 8：30～17：00	月～金曜日 8：30～17：00	月～金曜日 8：30～17：00

(3) 国民健康保険連合会の相談・苦情受付窓口

	静岡県国民健康保険団体連合会
担当部署	介護保険課
電話番号	054-253-5590
利用時間	月～金曜日 9：00～17：00

10 緊急時の連絡先

主治医・ご家族等緊急時の連絡先は、予め担当のサービス従事者により確認させていただきます。サービス提供中にお客様の容態に急変等があった場合には、下記の連絡先及び居宅介護支援事業所等へ連絡します。

・ご家族様

お名前	
電話番号	
備考	

・主治医

医療機関	
主治医名	
電話番号	
備考	

11 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者等が交付するサービス利用票を提示してください。

附 則

この重要事項説明書は、平成 24 年 7 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、平成 26 年 8 月 28 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、平成 27 年 8 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、平成 27 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、平成 30 年 12 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、令和元年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、令和 6 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この重要事項説明書は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、(介護予防)訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者(事業所) 医療法人社団 共生会
訪問リハビリテーション事業所 エコトープ
(所在地) 静岡県島田市島 534-1
(管理者) 阿部 香一郎

_____(説明者)_____
印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、(介護予防)訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

お 客 様 住 所 _____

氏 名 _____
印

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____
印

