

重要事項説明書

事業者：医療法人 聖恵会 福岡聖恵病院
訪問リハビリテーション

令和8年6月1日

訪問リハビリテーション

重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	医療法人 聖恵会 福岡聖恵病院
所在地	〒811-3105 福岡県古賀市鹿部 482 番地
事業所指定番号	福岡県 4010719336 号
管理者・連絡先	院長 安松 聖高 092-942-6181(代表)
開設年月日	平成 13 年 1 月 1 日
サービス提供地域	古賀市、福津市、糟屋郡新宮町、宗像市、福岡市東区の一部地域

2. 事業所の職員体制

職種	人員
管理者（常勤）	1 名
医師（常勤）	1 名以上
理学療法士（常勤）	1 名以上
作業療法士（常勤）	1 名以上
言語聴覚士（常勤）	1 名以上

※利用者の状況により、職員数は増減する可能性があります。

※職員の諸事情(休み等)により一時的に別の職員が訪問させて頂く場合や、やむを得ない事情によりキャンセルさせて頂く場合があります。ご理解の程お願い致します。

3. 営業時間

区分	月～金	土・日・祝祭日
営業時間	8：30～17：00	休み

※土・日曜日、祝日及び 8/14・8/15、年末年始は休み。

4. 事業の運営方針

- ・利用者の心身の状態や生活環境を踏まえて、居宅において自立した生活が営むことが出来るよう訪問リハビリテーションを行います。
- ・利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が図れるようリハビリテーションの目標を設定し、計画的に行います。
- ・主治医との連携をもとに利用者やご家族と話し合いながら目標を設定し、計画書に沿って訪問リハビリテーションを行います。
- ・居宅介護支援事業所その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 訪問リハビリテーションサービスの内容

【別紙 1】 参照

6. 訪問リハビリテーションサービスの料金

【別紙 1】 参照

7・サービス提供の手順

【別紙 2】 参照

8. 相談窓口・苦情対応

当事業所相談窓口	責任者：加藤 儀之
	対応時間：9：00～16：30
	電話番号：(092) 942-6181
	FAX 番号：(092) 943-7220

○公的機関においても、次の期間において苦情申出等が出来ます。

各市町村介護保険課	所在地：各市町村介護保険相談窓口
	対応時間：8：30～17：00（平日）
福岡県国民健康保険団体連合会	所在地：福岡市博多区吉塚本町 13-47
	対応時間：8：30～17：00（平日）
	電話番号：(092) 642-7859
	FAX 番号：(092) 642-7857
古賀市健康介護課	所在地：古賀市庄 205
	対応時間：8：30～17：00（平日）
	電話番号：(092) 942-1144
	FAX 番号：(092) 942-1154
福津市高齢者サービス課	所在地：福津市中央 1-1-1
	対応時間：8：30～17：00（平日）
	電話番号：(0940) 43-8191
	FAX 番号：(0940) 34-3881
福岡市東区役所 介護サービス係	所在地：福岡市東区箱崎 2-54-1
	対応時間：8：45～17：15（平日）
	電話番号：(092) 645-1069
	FAX 番号：(092) 631-2191
宗像市役所（代表）	所在地：宗像市東郷 1-1-1
	対応時間：8：30～17：00（平日）
	電話番号：(0940) 36-1121
	FAX 番号：(0940) 36-2401
福岡県介護保険広域連合 粕屋支部	所在地：糟屋郡久山町大字久原 3168-1
	対応時間：8：30～17：00（平日）
	電話番号：(092) 652-3111
	FAX 番号：(092) 652-3106

9. 緊急時の対応について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、電話で利用者の主治医に連絡すると共に、予め指定する連絡先にも連絡いたします。

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	医療法人 聖恵会 福岡聖恵病院
	所在地	福岡県古賀市鹿部 482 番地
	電話番号	092-942-6181
ご家族等	緊急連絡先のご家族氏名	
	住所	
	電話番号	

4. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）： 080-4691-1905

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日または当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。（ただし、利用者の容態の急変など、緊急をやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）

時期	キャンセル料
サービス利用日の前々日まで	無料
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の 50%
サービス利用日の当日	利用者負担金の 100%

5. 利用者負担金

(1) ご利用者様から頂く負担金は、以下の通りです。この金額は、法廷利用料に基づく金額です。（1 割負担の場合）

●基本料金（訪問リハビリ） ※要介護 308 単位

・所要時間 20 分

※当事業所では基本的に 1 回 40 分のリハビリを実施。

●基本料金（介護予防訪問リハビリ） ※要支援 298 単位

・所要時間 20 分

※当事業所では基本的に 1 回 40 分のリハビリを実施。

●短期集中リハビリテーション実施加算 200 単位（1 日）

退院・退所後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合に算定。

※退院・退所日又は認定日から起算して 3 月以内の場合で、尚且つ、1 週につきおおむね 週 2 回以上、1 日当たり 20 分以上利用した場合に算定。

●サービス提供体制強化加算 I：6 単位 II：3 単位（20 分）

訪問リハビリ従事者の専門性に係わる適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、7 年以上（I）又は 3 年以上（II）の勤続年のある者が配置されている場合に算定。

●退院時共同指導加算

600 単位（1 回）

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 回に限り算定。

※利用者又はその家族に対し、病院又は診療所の主治医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。

●認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ※要介護

240 単位（1 日）

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、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から 3 ヶ月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に実施した場合に算定。

※1 週に 2 日を限度として加算。

●処遇改善加算

1.5%

処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。

- (2) 介護保険をご利用の方で、介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の区分支給限度基準額を超える場合を含む）は自己負担となります。介護保険外のサービスとなる場合は、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。
- 利用者負担金は、月毎に当院受付での清算若しくは銀行振り込みとさせていただきます。

●訪問リハビリテーション 料金目安表（40 分のリハビリを提供する場合の 1 回分の料金）

※古賀市：1 単位＝10.17 円

※当事業所ではサービス提供体制強化加算（Ⅱ）を算定しています。

〈要支援の認定を受けている方 週 1 回利用の場合〉 ※1 割負担の場合

介護予防訪問リハビリ	298 単位×2＝596 単位（1 回/20 分）
サービス提供 体制強化加算（Ⅱ）	3 単位×2＝6 単位（1 回/20 分）
処遇改善加算	602 単位×1.5%＝9 単位
合計	611 単位→621 円

〈要支援の認定を受けている方 週 2 回以上利用の場合〉 ※1 割負担の場合

	退院後 3 か月間	それ以降
介護予防訪問リハビリ	298 単位×2＝596 単位（1 回/20 分）	
サービス提供 体制強化加算（Ⅱ）	3 単位×2＝6 単位（1 回/20 分）	
短期集中リハビリテ ーション実施加算	200 単位（1 回/日）	
処遇改善加算	802 単位×1.5%＝12 単位	602 単位×1.5%＝9 単位
合計	814 単位→827 円	611 単位→621 円

〈要介護の認定を受けている方 週 1 回利用の場合〉 ※1 割負担の場合

訪問リハビリ	308 単位×2＝616 単位（1 回/20 分）
サービス提供 体制強化加算（Ⅱ）	3 円×2＝6 単位（1 回/20 分）
処遇改善加算	622 単位×1.5%＝9 単位
合計	631 単位→641 円

〈要介護の認定を受けている方 週 2 回以上利用の場合〉 ※1 割負担の場合

	退院後 3 か月間	それ以降
訪問リハビリ	308 単位×2＝616 単位（1 回/20 分）	
サービス提供 体制強化加算（Ⅱ）	3 円×2＝6 単位（1 回/20 分）	
短期集中リハビリテ ーション実施加算	200 単位（1 回/日）	
処遇改善加算	822 単位×1.5%＝12 単位	622 単位×1.5%＝9 単位
合計	834 単位→848 円	631 単位→641 円

6. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

(1) サービスご利用に際してのお願い

- ①理学療法士・作業療法士及び言語聴覚士は、年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取扱いは致しかねますので、ご了承ください。
- ②理学療法士・作業療法士及び言語聴覚士は、制度上、利用者の心身の機能の維持回復のため療養上の世話や診療の補助とされていますので、ご了承ください。
- ③理学療法士・作業療法士及び言語聴覚士に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- ④ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

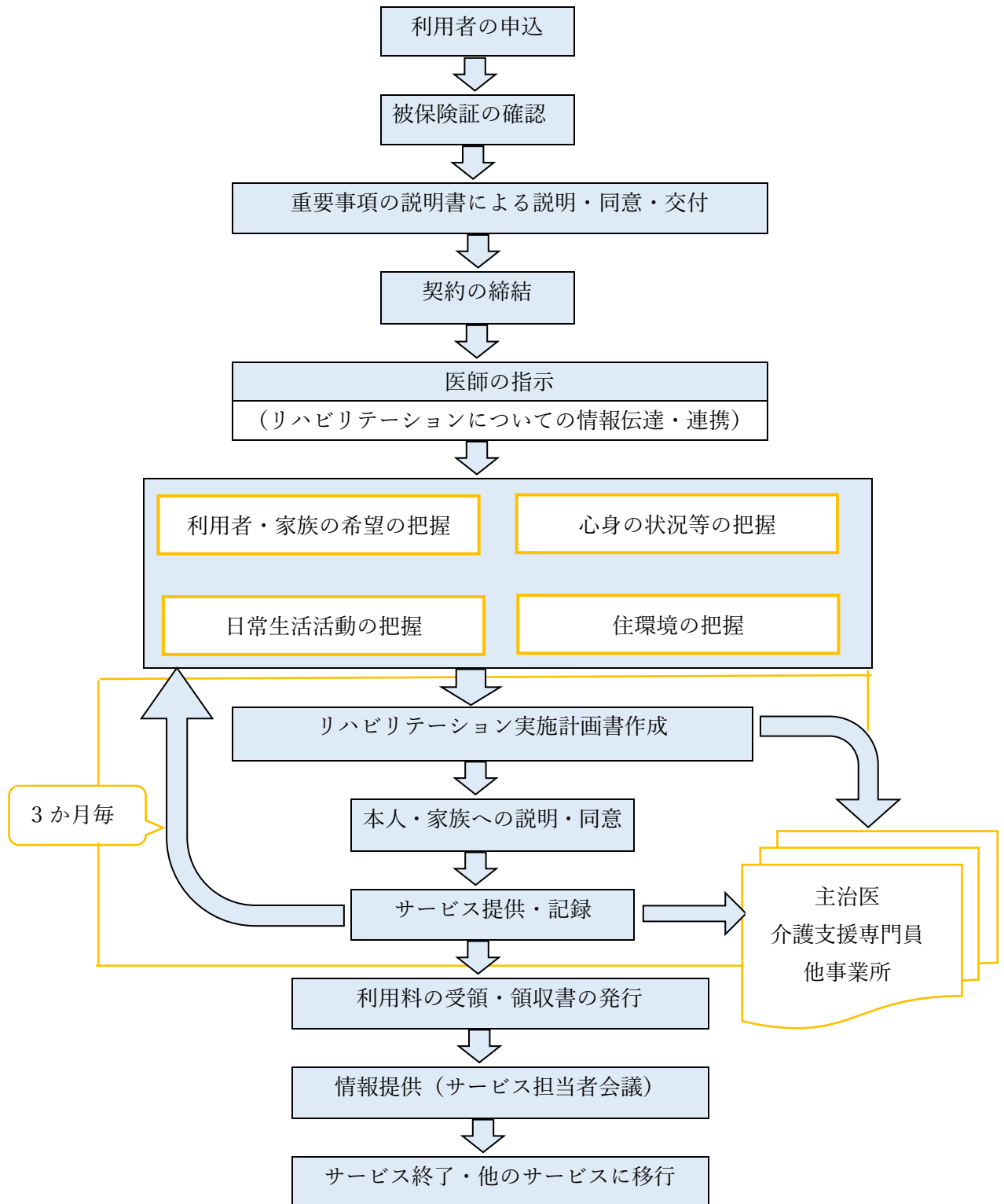
(2) サービス利用にあたっての禁止事項

- ①事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、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等の行為。
- ③サービス利用時に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載すること。

訪問リハビリテーション説明書

【別紙 2】

サービス提供の手順



私は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションサービス及び介護予防
訪問リハビリテーションサービスの内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名： _____ 印

住所： _____

ご家族氏名： _____ 印

代理人氏名（選任した場合）： _____ 印

続柄： _____

住所： _____

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションサービス及び
介護予防訪問リハビリテーションサービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者： _____ 医療法人 ^{めぐみ} 聖恵会

事業者名： _____ ^{めぐみ} 福岡聖恵病院 訪問リハビリテーション

(指定番号)： _____ 福岡県 4010719336

住所： _____ 福岡県古賀市鹿部 482 番地

代表者名： _____ 院長 安松聖高 _____ 印

説明者： _____ 氏名 _____ 印