

訪問リハビリテーションサービス(重要事項)説明書

医療法人ふかほり整形外科クリニック

(2025/011/01)

訪問リハビリテーションサービス(重要事項)説明書(介護保険でご利用の方)

1. 事業所の内容

訪問リハビリテーション事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	医療法人ふかほり整形外科クリニック
所在地	〒819-0041 福岡市西区拾六町5丁目16番11号
連絡先	TEL 092 (883) 8668 FAX 092 (883) 8672
介護保険指定番号	4011019306
サービスを提供する地域	当院より半径約2km以内

2. 事業所の職員体制

管理者(医師)、理学療法士、事務担当職員ほかよりなります。

3. 営業日および営業時間

営業日	月・火・木・金曜日 9時00分～17時30分 水・土曜日 9時00分～12時00分
休業日	日曜日・祝祭日 8月14日～15日 1月1日～1月3日

4. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用される場合は原則として基本料金の1～2割です。

訪問リハビリテーション費 1回 325円

介護予防訪問リハビリテーション 1回 314円

リハビリテーションマネジメント加算(イ) 1月 190円を加算

リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 1月 225円を加算

短期集中リハビリテーション加算

(退院・退所・認定日より3ヶ月間) 1日 211円を加算

サービス提供体制強化加算Ⅰ 1回 6円を加算

サービス提供体制強化加算Ⅱ 1回 3円を加算

移行支援加算 1日 18円を加算

(ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービスは、全額自己負担となります。)

*利用料は介護報酬の改定により変更になることがあります。

(2) 交通費

実施地域<当院より半径2km以内>を越えて訪問を行った場合、別途料金が加算されます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前月分の請求額を1か月分まとめて毎月23日までにご提示いたします。

お手数ですが指定の口座からの自動引き落としにより25日(金融機関が休日の場合は翌営業日、当日処理不能となった場合金融機関によっては後日再引き落としあり)にお支払いいただきますようお願いいたします。

5. 緊急時の対応方法

病状や容態に変化があった場合は、状況に応じ対応いたします。また、主治医や救急隊、居宅介護支援事業所へ連絡いたします。

6. 事業所の基本方針とサービス内容について

- (1) 訪問リハビリテーションは理学療法士、作業療法士が利用者の自宅において可能な限りその方の有する能力に応じて少しでも自立した日常生活が営まれるよう、療養上のお世話や診療の補助を行います。
- (2) 事業所は利用者の意思を尊重し、心身の状況、療養環境に応じて、主治医の指示とケアプランをもとに計画を立ててサービスを行います。
- (3) 具体的なサービス内容
 - ・リハビリテーション
 - ・ご家族への介護相談、介護指導、健康相談など
 - ・その他主治医からの指示によるもの

※訪問リハビリは当院医師が診察を行った上で指示を出し、その指示に基づき訪問リハビリを実施いたします。当院医師による定期的な診察（往診可能）が必要となり、診察が行われていない場合、訪問リハビリは実施できませんので予めご了承ください。

7. サービス内容に関する苦情

- ①【ご利用者様の相談・苦情担当】当事業所のサービスに関するご相談・苦情について承ります。
事業所名：医療法人ふかほり整形外科クリニック 住所：福岡市西区拾六町 5 丁目 16 番 11 号
電話番号：092 (883) 8668 管理者：深堀 雄蔵 相談・苦情担当：伊藤 孝志
- ②その他、当事業所以外に市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
福岡市内窓口：各区役所内高齢保険福祉課総合相談窓口
(西区につきましては、西区役所 2 階 3 番窓口 福祉・介護保険課 福岡市西区内浜 1-4-1 電話番号 092-895-7066)
市外：各市町村窓口
その他：福岡県国民健康保険団体連合会(国保連) 福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話番号 092-642-7859)

8. その他

- (1) 訪問時に使用した介護用品及び物品は自費となります。
詳細はそのつど説明させていただきます。
- (2) ★【キャンセルについて】
利用者が何らかの理由でサービスの利用を中止(休止)される際にはお手数ですが早めに(前営業日の営業時間内までに)下記までご連絡ください。また、利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合もご連絡ください。
- (3) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、金銭管理、貸借等の取り扱いは致しかねますのでご了承ください。また職員に対する贈り物や飲食等のもてなしはお断りさせていただきます。

同意書

私は契約書及び本書面より事業所から訪問リハビリテーションサービスについて重要事項説明を受け、了承いたしました。また私(利用者及びその家族)の個人情報については、必要最低限の範囲内で使用すること(使用目的:利用者のサービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施される担当者会議、他の事業所との連絡調整においての場合)に同意いたします。

上記の契約(重要事項説明書、同意書を含む)を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業所が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者

【事業所】

医療法人ふかほり整形外科クリニック

印

指定都道府県：福岡県 介護保険事業者番号：4011019306 住所：福岡市西区拾六町 5 丁目 16 番 11 号
連絡先：(092) 883-8668 管理者氏名：深堀 雄蔵 説明担当者氏名：_____ 印

【利用者】

氏名：_____ 印

住所：_____ 電話(携帯)番号 _____

上記代理人(代理人を選任した場合)

サービス提供にあたり、利用者が自らの意思を表明することが困難な状況（事業所からの請求に基づく利用料金のお支払いについての判断を含む）であるか、又は、利用者が自らの意思を表明することが困難な状況になられた場合に、当事業所からサービスに関する判断をお願いする際、利用者に代わり判断を行っていただける方

利用者 _____ に代わり、私がサービスに関する判断（利用料金のお支払いについての判断を含む）を行います。

氏名： _____ 印

住所： _____ 電話(携帯)番号 _____

〈利用者同意〉

自身によるサービスに関する判断が困難になった場合には、上記の者が判断を行うことに同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名： _____ 印