

亀岡シミズ病院 (介護予防) 訪問リハビリテーション 重要事項説明書

2026年6月1日

1. 亀岡シミズ病院は、京都府知事の指定を受けた（介護予防）訪問リハビリテーション事業所（以下、「当事業所」とする）です。当事業所は常勤の療法士が1名以上勤務しております。
2. 当事業所は介護保険の要支援・要介護認定を受けられた方（申請中の方を含む）を対象としています。訪問リハビリテーション（以下、「訪問リハビリ」）を受けていただくには主治医への受診と、その主治医から診療情報を受けた当院担当医の指示が必要となります。また、当院担当医が必要と判断した場合には、当院を受診していただくことがあります。
3. 当事業所は、リハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能、生活機能の維持向上を図ります。そのために、利用者・家族の心身の状態や生活状況、希望を把握し、ケアプランに沿って訪問リハビリテーション実施計画を作成します。当事業所は、利用者・家族に実施計画を説明し、同意を得た上で、居宅にて訪問リハビリのサービスを提供します。
4. 多角的な評価を行うために、他職種・複数人（看護師や他スタッフなど）での訪問や担当者の変更などを行うことがあります。また、当院は学生の実習対応施設です。そのため治療見学をお願いすることがあります。
5. 当事業所の営業日時は、国民の祝日と年末年始を除く、月～土曜日の午前8時30分～午後4時45分です。ただし研修会の参加等で訪問営業を休止することがあります。ほかに職員の体調不良や事故等の緊急時、天候不良で当日急きょ訪問中止となることがあります。また訪問到着時間は、交通事情等の理由から予定より20分程度前後することがあります。これら訪問の休止や中止、20分以上の時間変更については、可能な限り早急にご連絡いたしますが、訪問予定時間の直前になることもあります。
6. 訪問リハビリは、20分を1回とし、下記の訪問リハビリテーション費と各種加算・減算に該当する場合は別途算定します。利用者・家族の体調不良や都合による訪問のキャンセルについては、前日までにお知らせください。無料にて当日の訪問リハビリの予定をキャンセルします。ただし、事前連絡がなく予定通り訪問させていただいた際には、別途キャンセル料を頂く場合があります。キャンセル料は介護保険対象外となるため、ご利用相当額（訪問リハビリテーション費と各種加算の10割、交通費）となります。なおご利用金額については、ご利用月の翌月15日前後の訪問時にお知らせいたしますので、翌月末日までにお支払いください。受領確認の上、領収書を発行いたします。

	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費[1回20分]	308単位	318円	636円	955円
介護予防訪問リハビリテーション費[1回20分]	298単位	308円	616円	924円
介護予防減算(利用より12か月経過)[1回20分]	-30単位	-31円	-62円	-93円
サービス提供体制強化加算Ⅰ [1回20分]	6単位	6円	12円	19円
リハマネジメント加算[月1回]	イ 180単位	186円	372円	558円
	ロ 213単位	220円	440円	660円
リハマネジメント加算[月1回]	イ 450単位	465円	930円	1395円
【医師が説明した場合】	ロ 483単位	499円	998円	1497円
移行支援加算 [1日]	17単位	18円	35円	53円
(介護予防) 短期集中リハ実施加算 [1日]	200単位	207円	413円	620円
認知症短期集中リハ実施加算 [1日]	240単位	248円	496円	744円
退院時共同指導加算[1回]	600単位	620円	1240円	1859円
口腔連携強化連携[1回]	50単位	52円	103円	155円
(介護予防) 処遇改善加算	(1か月の総利用単位数の) 1.5%			

※丸め誤差によりいくらかの誤差生じる可能性があります

※業務継続計画未策定、高齢者虐待防止措置未実施減算 1%減算あり

※生活保護や指定難病などの公費受給該当者は、利用者負担額を補助する制度があります

7. 実施地域は、亀岡市全域です。また、亀岡市以外の方は、通常事業実施地域を越えた地点からの距離に応じて、1日に付き下記の交通費が必要となります（公共交通機関及びタクシー利用時は実費負担となります）。

3 km以内	1 5 0 円	5 ～ 9 km以内	5 0 0 円
3 ～ 5 km以内	3 0 0 円	9 km以上	7 5 0 円

8. サービスを提供するために使用する水道・ガス・電気等は、利用者の負担となります。
9. サービス提供中に利用者の病状が急変した場合やその他不測の事態において必要な場合は、速やかに関係者（主治医、当院担当医、ケアマネージャー）に連絡を取り、必要な処置を講じます。また、サービス提供にあたり万一事故が発生した場合は、主治医及び当院担当医に速やかに連絡を取り指示を受けて応急処置を行うとともに、家族やケアマネージャーへの連絡を行います。
サービス提供にあたり、利用者の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、その責任の範囲において利用者に対し、その損害を賠償します。事故の内容によっては、京都府・市町村の行政機関に報告します。
10. サービス内容など全般に関わる相談や要望・苦情・お気づきの点は、申し出ください。
- 1) 当院の連絡先
担 当：亀岡シミズ病院 訪問リハビリテーション
電 話：0 7 7 1－2 3－0 0 1 3（代表）
F A X：0 7 7 1－2 5－0 5 5 1（代表）
- 2) 市町村の連絡先
亀岡市役所 高齢福祉課 介護保険担当の連絡先
電 話：0 7 7 1－2 5－5 1 8 2
- 3) 京都府国民健康保険団体連合会の連絡先
電 話：0 7 5－3 5 4－9 0 9 0
11. 利用者の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等
- 1) アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取り組み あり
- 2) 第三者評価の実施と結果の公表 なし
- 3) 自主点検表による点検・評価を行う取組み あり
12. 当院職員には守秘義務があり、利用者の個人情報 は 外部に漏らしません。ただし、介護保険サービスを安心して受けていただくためには、主治医やケアマネージャーの他、利用者 と 関係する他事業所の担当者などと連携する必要があり、必要な情報を提供する場合があります。また、駐車許可申請のため管轄の警察署へ連絡させて頂くことがあります。

- ◆ 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の提供開始に当たり、利用者様に上記の重要事項を説明しました。

事業所名： 社会医療法人 清仁会 亀岡シミズ病院訪問リハビリテーション
(京都府指定 2 6 1 1 6 0 1 4 8 1)

所在地： 亀岡市篠町広田1丁目32-15

代表者： 上田 和茂

説明者：

- ◆ 私は、事業者から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についての重要事項の説明を受け、サービスを受けること並びにその利用料を支払うことに同意します。また、サービス担当者会議等において私並びに家族の個人情報を利用することに同意します。

年 月 日

ご住所： _____

利用者様： _____

家族様： _____