

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

令和 6 年 6 月 1 日現在

1. 訪問リハビリテーション事業所（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 敬仁会
代表者名	理事長 小松 智英
本社住所地・連絡先	(住所) 長野県塩尻市宗賀 1295 番地 (電話) 0263-54-0012 (FAX) 0263-52-9315

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業者番号

事業所名	医療法人社団 敬仁会 桔梗ヶ原病院 訪問リハビリテーション
所在地・連絡先	(住所) 長野県塩尻市宗賀 1295 番地 (電話) 0263-54-0012 (携帯電話) 090-4731-9997 (FAX) 0263-52-9315
介護保険事業者番号	2011517147
管理者の氏名	小松 智英

(2) 事業の職員体制

職種	資格	常勤	備考
管理者	医師	1 名	病院と兼務
専任医師	医師	1 名	病院と兼務
理学療法士	同左	10 名以上	病院と兼務
作業療法士	同左	10 名以上	病院と兼務
言語聴覚士	同左	5 名以上	病院と兼務

(3) 事業所の実施地域

事業の実施地域	長野県塩尻市
---------	--------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8:30～17:30
休業日	12月31日～1月3日、8月13日～8月16日

3. 事業の目的

当事業は、利用者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、その利用者が可能な限りその居宅において、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、心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

4. 運営の方針

(1)訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション（以下、「訪問リハビリテーション等」という。）の提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとします。

(2)訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、事業所は自らその質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。

(3)訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、医師の指示並びに訪問リハビリテーション計画又は介護予防訪問リハビリテーション計画（以下、「訪問リハビリテーション計画等」という。）に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう適切に行います。

(4)訪問リハビリテーション等の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明を行います。

(5)事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割又は2割、3割が利用者の自己負担額となります。

【料金表】

サービス内容	訪問リハビリテーション (要介護 1～5)	介護予防訪問リハビリテーション (要支援 1・2)
基本費用	1 回：3080 円 (自己負担額：308 円)	1 回：2980 円 (自己負担額：298 円)
退院日または新たな要介護認定後 3 カ月	1 日：2000 円 (自己負担額：200 円)	訪問リハビリテーションと同様です
退院日または訪問開始日から 3 カ月（認知症を有する場合）	1 日：2400 円 (自己負担額：240 円)	訪問リハビリテーションと同様です
リハビリテーション マネジメント加算（イ）	1 月：1800 円 (自己負担額：180 円)	該当なし
リハビリテーション マネジメント加算（ロ）	1 月：2130 円 (自己負担額：213 円)	該当なし
サービス提供体制強化加算（I）	1 回：60 円 (自己負担額：6 円)	訪問リハビリテーションと同様です
退院時共同指導加算	1 回：6000 円 (自己負担額：600 円)	訪問リハビリテーションと同様です

※20 分以上のリハビリを行った場合に、1 回として算定します。

介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用料金は、事業者が別に設定し全額が利用者の自己負担額となりますのでご相談ください。

介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、事業者介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は 1 カ月につき料金表の利用金額全額をお支払い下さい。

(2) 交通費

2 の(3)の事業実施地域にお住まいの方は無料です。

通常事業の実施地域を越えて行う訪問リハビリテーションに要した交通費については、往復 10 キロ以内無料、10 キロを超えるごとに 200 円増しとします。また、有料道路や高速道路、有料駐車場等を利用する場合は、それらの利用料金をご負担頂きます。

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様の負担となります。

(4) キャンセル料

サービス提供の 24 時間前までに連絡があった場合	無料
サービス提供の 12 時間～24 時間前までに連絡があった	利用料自己負担額の 30%を請求します
サービス提供の 12 時間前までに連絡がなかった場合	利用料自己負担額の 50%を請求します

(5) 費用のお支払

月末締め、翌月中旬ごろにご請求をさせていただきますので、ご請求書発行月の末日までに、桔梗ヶ原病院窓口又は指定銀行口座振り込みにてお支払いをお願いします。
ご入金確認後、領収書を発行します。

6. サービス内容に関する苦情等の窓口

窓口：直接来所、電話、FAX、文書等による苦情を受け付けます。

住所 〒399-6461 長野県塩尻市宗賀1295番地

電話 0263-54-0012 FAX 0263-52-9315

携帯 090-4731-9997 090-7208-3582

担当者：柳澤 義聡（やなぎさわ よしあき）

7. 緊急時における対応

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医（かかりつけ医）、救急隊、緊急時連絡先（御家族等）、居宅サービス計画書を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医 (かかりつけ医)	病院名及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急連絡先 (御家族等)	氏名 (続柄)	()
	住所	
	電話番号	

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・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	住所	長野県塩尻市宗賀 1295 番地		
	法人名	医療法人社団 敬仁会		
	事業者名	桔梗ヶ原病院 訪問リハビリテーション		
	事業者番号	2011517147		
	代表者名	理事長 小松 智英		
	説明者			印

わたしは重要事項説明書に基づいて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	
利用者	住所			
	氏名			印
代理者	住所			
	氏名			印