

介護老人保健施設 掬水
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）

利用者に対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始に当たり、長野県条例第51号に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

名称・法人種別	社会福祉法人 平成会
主たる事務所の所在地	長野県 塩尻市大字宗賀 1310-3
代表者名	理事長 小松瑞樹
電話番号、FAX 番号	電話：0263-51-5600 FAX：0263-51-5522

2. 事業所（訪問リハビリテーション）の概要

ご利用事業所の名称	介護老人保健施設 掬水
指定番号	2050680038
所在地	長野県諏訪市大字豊田 837-1
電話番号	電話：0266-58-3232 FAX：0266-58-3202
サービス提供地域	通常は諏訪市、岡谷市、下諏訪町、茅野市

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	（運営規程記載内容の要約） 利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、訪問リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	（運営規程記載内容の要約） 利用者の心身の機能の維持回復を図り、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た自立した日常生活を営むことができるよう、在宅ケアの支援に努める。

4. ご利用事業所の職員体制

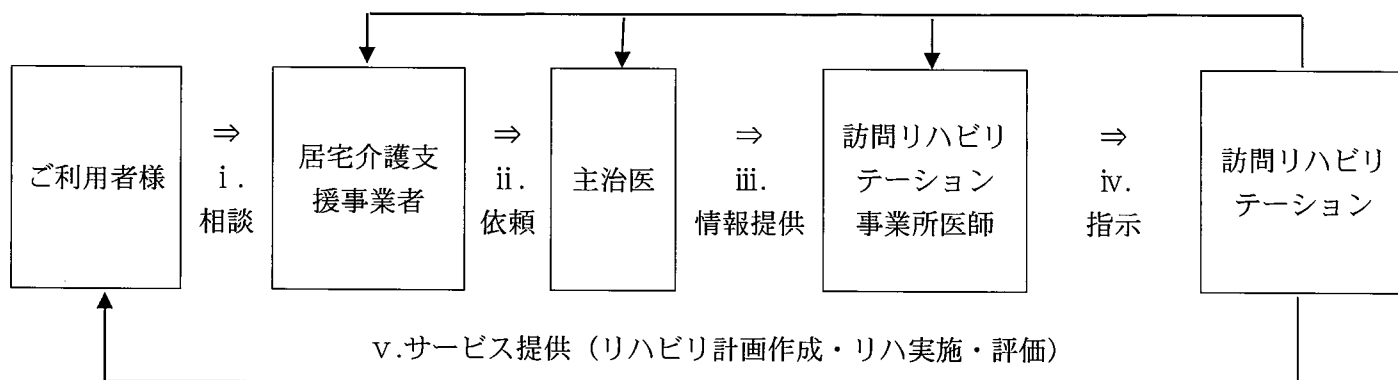
理学療法士	10名（常勤6名、非常勤4名）
作業療法士	4名（常勤1名、非常勤3名）
言語聴覚士	1名（常勤1名）

5. 営業時間

月曜日から金曜日の8時30分から17時30分(サービス提供時間9時00分から17:00)までとする。休日は原則として、土日、祝祭日、お盆、年末年始とする。ただし、利用者の状況、希望によってはこの限りではない。
--

6. サービス提供のシステム

vi. 情報提供・共有（リハ計画・実施内容・評価等）



- ① このサービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供にあたっては、別紙リハビリテーション実施計画書に基づき、利用者の機能の維持回復を図るよう適切に実施いたします。
- ④ 提供した訪問リハビリテーションに関しては、個別のカルテに必要な事項を記載します。
- ⑤ 訪問リハビリテーションの提供開始に際して、主治医の文書による指示に従います。
- ⑥ 事業者は主治医に対し、訪問リハビリテーション実施計画書及び報告書を提出します。

7. ご利用日

曜日 時 分 より 以上の訪問予定
 曜日 時 分 より 以上の訪問予定

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

かかりつけ医	利用者のかかりつけ医	
	所属医療機関名	
	所在地及び電話番号	〒 TEL
家族等	緊急連絡先の家族等	続柄()
	住所及び電話番号	〒 TEL

9. 利用料

訪問リハビリテーション利用料は、次の通りです。

介護保険適用分 ◎数字は1割負担者料金です。2割・3割負担者は数字×2・×3です。

区分 『訪問リハビリ』	308単位/回
リハビリテーションマネジメント加算（A）イ	180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ	213単位/月
事業所の医師が利用者又は家族へ説明し同意を得た場合は上記加算に追加	270単位/月
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療しない場合	-50単位/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	200単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/日
退院時共同指導加算	600単位/回
サービス提供体制強化加算（I）	6単位/回
サービス提供体制強化加算（III）	3単位/回

区分 『介護予防訪問リハビリ』	298単位/回
短期集中個別リハビリテーション実施加算（3ヶ月以内）	200単位/回
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療しない場合	-50単位/月
利用を開始した日の属する月から起算し、12ヵ月超えた場合	-30単位/回
退院時共同指導加算	600単位/回
サービス提供体制強化加算（I）	6単位/回
サービス提供体制強化加算（II）	3単位/回

◎医療保険の適用となる場合

- 医師から特別指示書が発行された時、14日間
- 悪性腫瘍の末期
- 厚生大臣が定める15疾病（特定疾病）

交通費は、必要ありません。

実費_____円です。（当事業所の通常の事業実施区域外の場合）

① 訪問リハビリテーションサービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。

但し、介護保険法に基づいて、保険給付を償還払い（いったん利用者が利用料の全額を支払い、その市町村から9割分の払い戻しを受ける方法）の方法をご希望の場合は、お申し出ください。

② 提供を受ける訪問リハビリテーションサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

10. キャンセル料

訪問リハビリテーションサービスをキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料をいただきます。

お客様のご都合により利用を中止される場合、下記のキャンセル料がかかります。

- 1) 利用日の前営業日、午後5時までにご連絡いただいた場合・・・無料
- 2) 利用時間までに連絡がなかった場合・・・訪問リハビリテーション1回あたりの自己負担額の90%

11. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

12. 担当職員の変更

- ① 利用者はいつでも担当の訪問職員の変更を申し出ることができます。その場合に当事業者は、訪問リハビリテーションサービスの目的に反するなどの変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業者は、担当の訪問職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当職員を変更することがあります。その場合には、事前に利用者の了解を得ます。

13. 苦情申立窓口

(事業者の窓口) 介護老人保健施設 掬水	窓口 責任者 : 塩澤 滋夫 受付担当者: 金子 尚平 鈴木 孝子 飯田 楓 電話 0266-58-3232
(市町村の窓口) 諏訪市役所 高齢者福祉課 介護保険係	電話 0266-52-4141
(公共団体の窓口) 長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話 026-238-1555

令和 年 月 日

当事業所は居宅介護サービスの提供開始に当たり、利用者に対しサービス内容説明及び、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

説明者 所属 介護老人保健施設 掬水 リハビリテーション部

氏 名

印

重要事項説明書の内容について、貴法人が行う訪問リハビリテーションの説明を受けました。

利用者 住 所

氏 名

印

利用者の家族 住 所

氏 名

印