

訪問リハビリテーション重要事項説明書
 <西暦 2026 年 4 月 1 日現在>

1 訪問リハビリテーション事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人社団坂梨会
代 表 者 名	坂梨 嘉壽恵
本社所在地・連絡先	(住所) 熊本県阿蘇市内牧 1153-1 (電話) (0967) 32-0881 (FAX) (0967) 32-4462

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	介護老人保健施設 愛・ライフ内牧
所在地・連絡先	(住所) 熊本県阿蘇市内牧 1105-1 (電話) (0967) 32-5511 (FAX) (0967) 32-5321
事 業 所 番 号	43・5・2780029
管理者の氏名	高森 博照

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分		職 務 の 内 容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管 理 者	1	1	0	医師と兼務
理学療法士	8	8	0	理学療法
作業療法士	1	1	0	作業療法
言語聴覚士	0	0	0	言語聴覚療法

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	勤務時間帯（午前 8：30～午後 5：30） 常勤で勤務	土、日
理学療法士	勤務時間帯（午前 8：30～午後 5：30） 常勤で勤務	日

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本県阿蘇郡市
---------	---------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

平 日	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
営業しない日	日曜日・12 月 31 日～1 月 3 日 (例外もあり)

3 サービスの内容

- ①心身機能評価、訓練
- ②生活、社会活動動作評価、訓練
- ③本人・家族への指導
- ④その他

《手順等》

訪問リハビリテーションは利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて訪問リハビリテーションの目標と具体的なサービスの内容を記載した訪問リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者、又はその家族に対し説明を行い、訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を行うのに必要な援助を行います。

訪問リハビリテーションを提供した際は、サービスの提供記録へ提供日、内容等を記載します。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生大臣が定める基準によるものとする。介護保険の適用がある場合の利用者負担額は、原則として介護保険負担割合証の定めに基づきます。利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

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

種 類	利 用 料
	円

(3) 交通費

2 の (4) の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費として燃費代の実費が必要となりますが、金額は片道 1km につき 25 円とします。

(4) 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。

(5) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。
お支払い後、領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者」という）に対し、適切な訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

訪問リハビリテーションの人員は、要支援又は要介護者等の心身の特性をふまえ、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、リハビリテーションに関わる援助を行う。

訪問リハビリテーションの実施にあたっては、居宅介護支援事業者、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者、また関係市町村との密接な連携をはかり、総合的かつ効率的なサービスの提供に努める。

(3) その他

事 項	内 容
訪問リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の直面している課題等を評価し、医師の診療及び利用者の希望を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者に説明のうえ交付します。
従業員研修	年1回以上、継続研修を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

相談窓口	相談窓口	介護老人保健施設 愛・ライフ内牧 山部 望
	ご利用時間	午前8:30～午後5:30
	ご利用方法	電話 (0967-32-5511)
		FAX (0967-32-5321)

7 緊急時等における対応方法

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、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画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	氏 名	
	病 院 名 及 び 所 在 地	
	電 話 番 号	

緊急時連絡先 （家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住 所	
	電 話 番 号	

緊急時連絡先 （家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住 所	
	電 話 番 号	

8 利用者へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証を提示してください。

【契約書別紙】

サービス内容説明書（訪問リハビリテーション）

基本利用料

訪問リハビリテーションの利用料の額は、厚生大臣が定める基準によるものとする。

訪問リハビリテーション費	1 回 (20 分以上) 3080 円
サービス提供体制強化加算 I	1 回 (20 分以上) 60 円
リハビリテーションマネジメント加算 ☐	1 月 2130 円
事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、 利用者の同意を得た場合	1 月 2700 円
短期集中リハビリテーション実施加算	1 日 2000 円 (起算日より 3 ヶ月内)
移行支援加算	1 回 170 円

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1 訪問リハビリテーションサービスの内容

曜日	時 間 帯	内 容

2 利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は、以下の通りです。

(1) 介護保険適用分

内 容	単 価	単位数	料金／回	負担割合	負担額／回
基 本 料 金	3080 円		円	割	円
サービス提供体制強化加算 I	60 円		円		円
短期集中リハ加算 (3 ヶ月内)	2,000 円		円		円
移行支援加算	170 円		円		円
内容			料金／月		負担額／月
訪問リハビリテーションマネジメント加算 ☐			2130 円	割	円
事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明 し、利用者の同意を得た場合			2700 円		

介護保険適用分の 1 回あたりの利用者負担額は、_____ 円となります。

また訪問リハビリテーションマネジメント加算 ☐ が月に 1 回加算されますので

1 ヶ月の利用料金は

_____ 円 × 利用回数 + 訪問リハビリマネジメント加算 ☐ _____ 円

+ 説明同意 _____ 円となります。

(2) 介護保険適用外の分

内 容	金 額	回／週	1 週間あたりの利用料
	円	×	円
	円	×	円
1 週間あたりの合計額			円

介護保険適用外の分の 1 週間あたりの利用料は 円になります。

(3) 交通費については、☐必要ありません。

☐実費 円となります。

(4) 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、利用者負担となります。

4 利用料等のお支払方法

毎月、15 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

5 この訪問リハビリテーション契約は、_____が
利用者のために作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に従った内容です。