

介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書
 <2026 年 7 月 14 日現在>

1 介護予防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	4352780029
管理者の氏名	山部 望

(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)	
医 師	1	1	0	施設長と兼務
理学療法士	8	8	0	理学療法
作業療法士	1	1	0	作業療法と管理者を兼務
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	日曜日
理学療法士 作業療法士	勤務時間帯（午前 8：30～午後 5：30） 常勤で勤務	日曜日

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	阿蘇市(旧波野村は区域外)
---------	---------------

※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 8 時 30 分～午後 5 時 30 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》

介護予防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、介護予防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。

介護予防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

介護予防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。(料金表は別紙)

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、適切な介護予防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。

介護予防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
介護予防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、介護予防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 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、市町村・家族・居宅介護支援事業所等への連絡を行うなど措置を講じ、事故の状況や事故に際して採った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

9 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。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

当事業者は、本契約書及び重要事項説明書に基づいて、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いたしました。

年 月 日

事業者乙	住所	熊本県阿蘇市内牧 1105-1
	事業者（法人）名	医療法人社団 坂梨会
	事業所名	介護老人保健施設 愛・ライフ内牧
	（事業所番号）	4352780029
	代表者名	坂梨 嘉壽恵 印

説明者 職名

氏名

私は、本契約書及び重要事項説明書に基づいて、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、これに同意いたします。

年 月 日

利用者甲 住所

氏名

代筆者 住所

氏名 (続柄:)

家族代表者 住所

氏名 (続柄:)

個人情報提供の同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

- (1) 介護予防訪問リハビリテーション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サービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保健施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供

2 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3 使用する期間

契約で定める時間

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

介護老人保健施設 愛ライフ・内牧 様

年 月 日

利用者

住所

氏名

代筆者

住所

氏名

（続柄： ）

家族代表者

住所

氏名

（続柄： ）

ハラスメントに関する誓約書

利用者及び家族との信頼関係の下に安全安心な環境で質の高いケアを提供できるよう、利用者及び家族による傷病に起因しない故意的な暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。ハラスメントに該当する著しい迷惑行為があった場合、当施設は利用者に対して契約の解除を行う事ができます。

私は、上記の事項について誓約します。

介護老人保健施設 愛ライフ・内牧 様

年 月 日

利用者 住所

氏名

代筆者 住所

氏名

(続柄:)

家族代表者 住所

氏名

(続柄:)

【重要事項説明書別紙】

サービス内容説明書（介護予防訪問リハビリテーション）

基本利用料

介護予防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。

介護予防訪問リハビリテーション費	1 回 (20 分以上) 2,980 円
サービス提供体制強化加算	1 回 (20 分以上) 60 円
短期集中リハビリテーション実施加算	1 日 2,000 円 (起算日より 3 ヶ月内)

※利用を開始した日から 12 月を越える場合は 5 円減算となります。

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 介護予防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	料 金	単位数	料金／回	負担割合	負担額／回
基 本 料 金	2,980 円		円	割	円
サービス提供体制強化加算	60 円		円		円
短期集中リハ加算 (3 ヶ月内)	2,000 円		円		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。

また月額料金が加算されますので 1 ヶ月の利用料は

_____ 円 × 利用回数 + 月額料金 _____ 円となります。

(2) 介護保険適用外の方

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

介護保険適用外の方の 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。

3 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。

4 この介護予防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。