

武蔵嵐山病院  
「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

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 蒼龍会
代表者役職・氏名	理事長 菅野 龍彦
本社所在地・電話番号	埼玉県東松山市上唐子1312-1番地 0493(81)7700
法人設立年月日	平成4年12月1日

2 サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称等

名称	武蔵嵐山病院 訪問リハビリテーション
事業所番号	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 (指定事業所番号：1113302015)
所在地	〒355-0077 埼玉県東松山市上唐子1312-1番地
電話番号	0493(81)6872
FAX番号	0493(81)6873
通常の事業の実施地域	東松山市、嵐山町、小川町、滑川町、ときがわ町

(2) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで (12月30日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前9時から午後5時まで

(3) 事業所の勤務体制

職種	業務内容	
管理者	<ul style="list-style-type: none"><li>・従業者と業務の管理を行います。</li><li>・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li></ul>	高野 仁司
サービス提供責任者	<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）を作成し、利用者へ説明し、同意を得ます。</li><li>・サービス担当者会議への出席等により居宅介護事業者と連携を図ります。</li><li>・利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。</li><li>・訪問リハビリテーションスタッフの業務の実施状況を把握します。</li><li>・訪問リハビリテーションスタッフに対する研修、技術指導を行います。</li></ul>	江崎 真理恵
訪問リハビリテーションスタッフ	訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）に基づき、訪問リハビリテーションのサービスを提供します。	3人以上

### 3 サービス内容

訪問リハビリテーション	利用者の心身の機能の維持・回復を図り、日常生活の自立を助けるために医師の指示によってリハビリテーションを提供する (理学療法・作業療法・言語聴覚療法)
-------------	--

	曜日	時間帯	内 容
1	月曜日		
2	火曜日		
3	水曜日		
4	木曜日		
5	金曜日		
6	土曜日		

### 4 利用料、その他の費用の額

○利用料金〔1単位単価は10.33円(6級地)であり、自己負担額は10～30%です〕

#### 【基本項目】

算定項目	算定要件	単位数	自己負担額 (1割負担)
訪問リハビリテーション費	1回(20分)につき	308単位/回	318円
介護予防 訪問リハビリテーション費	1回(20分)につき	298単位/回	307円

#### 【加算項目】

算定項目	算定要件	単位数	自己負担額 (1割負担)
(介護予防)短期集中 リハビリテーション加算	退院・退所または認定日より3か月以内	200単位/日	206円
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算	認知症であると医師が診断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたもの	240単位/月	247円
リハビリテーション マネジメント加算(イ)	3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し見直した訪問リハビリテーション計画を医師が利用者または家族に説明し、同意を得た場合	180単位/月	185円
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	リハビリテーションマネジメント加算(イ)を満たし、且つリハビリテーション計画書等の内容を厚生労働省に提出する	213単位/月	220円
リハビリテーション マネジメント加算(IV)	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	270単位/月	278円
移行支援加算		17単位/日	17円
サービス提供体制強化加算(I)		6単位/回	6円
3%加算	感染症や災害により利用者延べ人数が減少した場合		基本報酬の3%

- ◆ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦介護保険適用外の料金をいただき、サービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと差額の払い戻しを受けることができます。

◆ ※最終的な計算では多少の金額の差異が生じる事がございます。

○保険外料金（消費税率10%）

【交通費】

①実施地域を越えた地点から片道5km以上10km未満	275円/日
②実施地域を越えた地点から片道10km以上	550円/日

【キャンセル料金】

利用者様の御都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が発生します

①利用日前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
②利用日前日の午後5時から利用日当日のスタッフがご自宅に到着する前までに連絡をいただいた場合	646円
③キャンセルの連絡がなく、スタッフが当日ご自宅まで訪問した場合	3,230円

◆ 但し、利用者様の急病により医療機関を受診（もしくは入院）する必要があるなどのやむを得ない事情によるキャンセルの場合のキャンセル料は発生しません

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月10日以降に利用者あてにお届けします。

(2) 支払い方法等

- ① 利用月の翌月末日に口座振替となります。
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください。  
(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

6 秘密の保持

- (1) 事業所スタッフに業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、事業所スタッフである期間及び事業所スタッフでなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、事業所スタッフとの雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者にて病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

緊急連絡先	氏名		続柄	
	電話番号①		電話番号②	
	氏名		続柄	
	電話番号①		電話番号②	
主治医	医療機関名		医師名	
	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は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

## 9 サービス提供に関する相談、要望、苦情等の窓口

訪問リハビリに関する相談、要望、苦情等は下記サービス提供責任者までお申し出下さい。

### 【事業者】

☆サービス提供責任者☆

訪問リハビリテーション 江崎 真理恵（言語聴覚士）

電話番号：0493（81）6872

（受付時間 月～土曜日 9:00～17:00）

### 【その他】

東松山市役所 高齢介護課

電話番号 0493（23）2221（代表）

嵐山町役場 長寿生きがい課

電話番号 0493（62）2150（代表）

その他の市町村在住者 各市町村の介護保険担当

埼玉県国民健康保険連合会 介護保険課

電話番号：048（824）2568

## 10 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) 訪問リハビリテーションスタッフはサービス提供の際、次の業務を行うことができません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書の預かりなど、金銭に関する取扱い
- ③ 利用者以外の家族のためのサービス提供
- ④ 訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障がないもの（草むしり、花木の水やり、犬の散歩等）
- ⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（家具・電気器具等の移動等、大掃除等）

(2) 金品や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

指定訪問リハビリテーション、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

**【事業者】**

所在地 埼玉県東松山市上唐子1312-1番地

法人名 医療法人 蒼龍会

代表者名 理事長 菅野 龍彦 印

**【説明者】**

事業所名 武蔵嵐山病院 訪問リハビリテーション

氏 名 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

**【利用者】** 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印

附 則

2006年4月1日 施行  
2009年4月1日 改訂  
2011年5月25日 改訂  
2011年12月25日 改訂  
2012年4月1日 改訂  
2013年6月1日 改訂  
2014年4月1日 改訂  
2015年4月1日 改訂  
2016年4月1日 改訂  
2016年8月1日 改訂  
2018年4月1日 改訂  
2018年11月1日 改訂  
2019年8月1日 改訂  
2020年4月1日 改訂  
2020年7月1日 改定  
2020年9月1日 改定  
2021年4月1日 改訂  
2022年1月1日 改訂  
2022年10月1日改訂  
2024年6月1日改訂