

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契約書別紙
(兼重要事項説明書)

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 廣瀬病院
主たる事務所の所在地	〒912-0087 福井県大野市城町 10-1
代表者（職名・氏名）	理事長 廣瀬 龍吉
設立年月日	昭和 29 年 8 月 17 日
電話番号	0779-66-3510

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	広瀬病院訪問リハビリステーション	
サービスの種類	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	
事業所の所在地	〒912-0087 福井県大野市城町 10-1	
電話番号	070-2305-3740	
指定年月日・事業所番号	令和 7 年 9 月 1 日指定	
管理者の氏名	廣瀬 美貴子	
通常の事業の実施地域	大野市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問リハビリテーション（又は介護予防訪問リハビリテーション）は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」といいます。）が、通院が困難な利用者のお宅を訪問してその方の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、リハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月15日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
医 師	常勤 1 人、非常勤 0 人	作業療法士	常勤 0 人、非常勤 0 人
理学療法士	常勤 2 人、非常勤 0 人	言語聴覚士	常勤 0 人、非常勤 0 人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（理学療法士等）及びその管理責任者は下記のとおりです。担当職員の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、サービス提供責任者までご連絡ください。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者	(資格：医師)	廣瀬 美貴子
サービス提供責任者	(資格：理学療法士)	稲田 龍哉
担当職員	(資格：理学療法士)	水上 皓迪

8. 利用料

利用者様がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下をご参照ください。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額ですが、※（注3）にありますとおり、利用者様の収入や世帯構成によって2割または3割負担となる場合がございます。

また、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきますので、予めご了承ください。

（1）訪問リハビリテーションの利用料 （要介護1～5の方）

【基本部分】

サービスの内容	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 ※（注3）参照
20分につき	3,080 円	308円 （＝基本利用料の1割） 616円 （＝基本利用料の2割） 924円 （＝基本利用料の3割）
当該事業所医師以外が診療している利用者へ、当該事業所の理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合（1回につき） ※（注2）参照	2,580円	258円 （＝基本利用料の1割） 516円 （＝基本利用料の2割） 774円 （＝基本利用料の3割）

（2）介護予防訪問リハビリテーションの利用料 （要支援1,2の方）

サービスの内容	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 ※（注3）参照
20分につき	2,980円	298円 （＝基本利用料の1割） 596円 （＝基本利用料の2割） 894円 （＝基本利用料の3割）
当該事業所医師以外が診療している利用者へ、当該事業所の理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合（1回につき） ※（注2）参照	2,480円	248円 （＝基本利用料の1割） 496円 （＝基本利用料の2割） 744円 （＝基本利用料の3割）

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）当該事業所医師以外が診療している利用者様へ、当該事業所の理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合は50単位減算となりますが、退院後1月以内であって、入院した医療機関の医師からの情報提供があった利用者様の場合は算定いたしません

(注3) 自己負担額の割合は介護保険サービス利用料の1割が基本ですが、収入や世帯構成によって2割または3割になる場合がございます

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金（自己負担額1割の場合）
認知症短期集中リハビリテーション加算	認知症であると医師が判断し、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方に対して退院（所）日または訪問開始日から3カ月以内にリハビリテーションを集中的に行う	2,400円	240円
短期集中リハビリテーション加算	・期間：退院（所）や要介護（要支援）認定日から起算して3カ月以内の期間 ・訪問回数：週におおむね2回以上の訪問をしていること 要介護者は1日あたりの訪問が20分以上 要支援者は1カ月以内の訪問は40分以上	2,000円	200円
★リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	厚生労働大臣が定める基準に該当すると県に届出した事業所が、医師、理学療法士等と協働して、継続的にリハビリテーションの質を管理し利用者毎に訪問リハビリテーション計画等の内容を厚生労働省（LIFE）に提供及び情報を活用した場合（1月につき）	2,130円	213円
★リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合	2,700円	270円
サービス提供体制強化加算	直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち、勤続年数が3年以上のものがいる場合（1回につき）	30円	3円
特別地域訪問リハビリテーション加算	当事業所が特別地域（過疎地域など）に所在する場合	上記基本利用料の15%	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本利用料の5%	

★…要介護の方のみ対象

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下の条件を満たす利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者 ・同一の建物（一月当たりの利用者が 20 人以上）に居住する利用者	上記基本部分の 10 %
	以下の条件を満たす利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者 ・同一の建物（一月当たりの利用者が 50 人以上）に居住する利用者	上記基本部分の 15 %
診療非実施減算	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を行わなかった場合	1 回につき - 50 単位

（２）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合やご連絡のない場合のキャンセルなどは、以下のとおりキャンセル料をいただく場合がありますためご了承ください。
利用者様の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の 50 % の額
利用予定日の当日	利用者負担金の 100 % の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（３）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1 ヶ月ごとにまとめて請求させていただきますので、広瀬病院窓口にてお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、後日にお渡しいたします。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月中にご自宅に請求書を送付いたしますので、広瀬病院受付窓口にて現金でのお支払いをよろしくお願いいたします。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称氏名	広瀬病院 廣瀬美貴子
	所在地	大野市城町10-1
	電話番号	0779-66-3510
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	
	電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 070-2305-3740
	面接場所 当事業所の相談室

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	大野市 健康長寿課	電話番号 0779-65-7333
	福井県国民健康保険団体連合会	電話番号 0776-57-1611

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、理学療法士等は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

(2) 理学療法士等に対し、贈り物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。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 福井県大野市城町 10-1

事業者名 広瀬病院訪問リハビリステーション

代表者職・氏名 廣瀬 美貴子 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名 印

立会人 住所

氏 名 印