

# 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）

## 重要事項説明書

### 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	公益財団法人 シルバーリハビリテーション協会
代表者名	理事長 田中由紀子
本社所在地・連絡先	(住所) 青森県八戸市河原木字八太郎山 10-444 (電話) 0178-51-2000 (FAX) 0178-51-2015

### 2. 事業所の概要

#### （1）事業所名称及び事業所番号

事業所名	シルバークリニック
所在地・連絡先	(住所) 青森県八戸市河原木字八太郎山 10-444 (電話) 0178-28-4688 (FAX) 0178-28-4576
事業所番号	0210316287
管理者の氏名	院長 井岡 真基

#### （2）事業所の職員体制

従業者の職種	常勤	非常勤	兼務の別	7年以上勤務	職務の内容
管理者	1名		クリニックと兼務		
理学療法士	2名			あり	訪問リハビリ テーションの業務にあたる
作業療法士					
言語聴覚士					

#### （3）営業日

営業日	営業時間
平日	午前8時30分～午後5時30分
休業日	土・日曜日、祝日、12月30日～1月3日

#### （4）事業の実施地域

事業の実施地域	八戸市
---------	-----

\*上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

### 3. サービスの内容

指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションは、リハビリスタッフ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）がご自宅に伺い、できる限り自立した生活が送れるようご自宅の環境に合わせた移動方法や身の回り動作の練習、ご家族への介護方法の指導、住環境の整備や福祉用具利用に関する助言などを行います。

## 4. 費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、介護保険負担割合証に記載されている割合が利用者の負担額となります。

介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用料金は全額負担となります。

#### ①基本料金

訪問時間 20 分を 1 回とし、提供時間により基本料金が算定されます。1 週間の訪問は 6 回（120 分）までが限度となります。ただし退院（所）の日から起算して 3 ヶ月以内の場合は週 12 回までが限度となります。

\*以下の（i）（iii）のいずれかについて、サービス提供を行った場合、所定単位数の 100 分の 90 に相当する単位数を算定します。

\*以下の（ii）について、サービス提供を行った場合、所定単位数の 100 分の 85 に相当する単位数を算定します。

- （i）事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者。
- （ii）上記の建物のうち、居住する利用者の人数が 1 月当たり 50 人以上の場合。
- （iii）上記（i）以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者が 1 月あたり 20 人以上の場合）。

#### ②サービス提供体制強化加算 I

指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数が 7 年以上の者がいる場合に算定されます。

#### ③短期集中リハビリテーション実施加算

退院・退所後又は初めて要介護認定（介護予防では要支援認定）を受けた後に、早期に在宅生活の自立を向上させるため、集中的にリハビリテーションを実施した場合に加算します。

#### ④退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回のリハビリテーションを行った場合に、当該退院につき 1 回に限り加算します。

【料金表（指定訪問リハビリテーション）】

	対象者	1割負担	2割負担	3割負担
基本報酬 1回(20分)	全利用者	308 円/回	616 円/回	924 円/回
サービス提供体制強化加算 I	全利用者	6 円/回	12 円/回	18 円/回
短期集中リハビリテーション実施加算	退院・退所日又は認定日から起算して 3 ヶ月以内の利用者 *週 2 回以上、1 日 1 回(20 分)以上実施	200 円/日	400 円/日	600 円/日
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退院する時	600 円/回	1200 円/回	1800 円/回

### 【料金表（指定介護予防訪問リハビリテーション）】

	対象者	1割負担	2割負担	3割負担
基本報酬 1回(20分)	全利用者	298 円/回	596 円/回	894 円/回
	*利用開始日の属する月から 12ヶ月超で、要件（注1）を満たさ ない場合	268 円/回	536 円/回	804 円/回
サービス提供体制強化 加算 I	全利用者	6 円/回	12 円/回	18 円/回
短期集中リハビリテーシ ョン実施加算	退院・退所日又は認定日から起算し て3ヶ月以内の利用者  *週2回以上、1日1回(20分)以上実施	200 円/日	400 円/日	600 円/日
退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の者が退 院する時	600 円/回	1200 円/回	1800 円/回

（注1）3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーション計画を見直し、リハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出していること。

（2）介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合は、料金表の利用料に定められた料金の全額をお支払いいただきます。

（3）交通費

2.（4）の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

（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）利用料等のお支払い方法

口座引き落としとなります。1ヶ月ごとにまとめて翌月の26日（祝・土・日の場合は翌日）に引き落としとなります。引き落としが確認されましたら、領収書を発行いたします。

### 5. 介護保険給付対象外のサービスについて

当事業所は、利用者様との合意に基づき、介護保険給付の支給限度額を超える訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションのサービスを提供するものとします。

### 6. 当事業所の訪問リハビリテーションの特徴等

利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止（介護予防にあっては要支援状態の軽減若しくは要介護状態となることの予防）を目的に目標を設定し、計画的にリハビリテーションを行います。また、自らその提供する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質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

### 7. サービスの利用について

（1）居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。利用に当たっては当院の医師の指示が必要となります（指示の期間は診察から3ヶ月以内）。当院以外が主治医の場合は主治医から当院医師宛の診療情報提供書が必要となり、3ヶ月ごとに当院医師の診察が必要となります。

## (2) サービスの終了について

- ア. 利用者のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。
- イ. 当事業所の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1ヶ月前に文書で通知します。
- ウ. 以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
  - 利用者が介護保険施設に入所された場合、病院等に入院された場合。
  - 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護区分が、非該当（自立）と認定された場合（介護保険給付費でのサービスは受けられませんので、ご相談下さい。）
  - 利用者が亡くなられた場合。
- エ. その他
  - 利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

## 8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	責任者 院長 井岡 真基 窓口担当者 久保沢 富美子 ご利用時間 午前8時30分～午後5時30分 (ただし土・日曜日、祝日、 12月30日～1月3日を除く) 電話番号 0178-28-4688 FAX番号 0178-28-4576
当事業所以外の相談・苦情窓口	八戸市介護保険課 0178-43-9292 青森県国民健康保険団体連合会（苦情相談窓口） 017-723-1301

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、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いたします。

主治医	病院名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	( )
	住 所	
	電 話 番 号	

## 10. 事故発生時における対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記載すると共に、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して当事業所の責めによる賠償する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。

## 11. 秘密の保持について

- (1) 当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当事業所の従事者であったものは、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者は、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲で利用者またはご家族の個人情報を用います。(個人情報利用同意書参照)
- (4) (1)にかかわらず、高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律（いわゆる「高齢者虐待防止法」）に定める通報をなすことができるものとし、秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

当事業所は、本書面に基づいて、訪問リハビリテーション及び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しました。

令和 年 月 日

<事業所名> 公益財団法人シルバーリハビリテーション協会  
シルバークリニック

<説明者> 職名

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーション及び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理解しましたので、サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

<利用者> 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

住所 \_\_\_\_\_

<ご家族・代理人> 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

住所 \_\_\_\_\_