

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. 本院、医療法人整形外科鈴木医院訪問リハビリテーション事業所は京都府知事の指定を受けた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（事業所番号2610104339）です。

本院には、理学療法士 常勤 1 名が勤務しています。

2. 介護保険の申請を行われ要支援、要介護の判定を受けられた方に対して、本院の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、医師の指示を受けて、利用者の希望、心身の状況を踏まえてケアマネジャーのケアプランに沿って、居宅を訪問して必要なリハビリテーション等を行います。

3. 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を行う時間は、原則として祝日を除く月曜日から金曜日の午前9時から午後5時までとなっておりますが、外来業務の都合により医療機関が標榜している時間帯の訪問ができない場合がありますので、詳細は本院にご相談ください。

4. 訪問リハビリテーションを受けられた場合は、1回（20分）につき308単位、介護保険利用料が1割負担の場合325円、2割負担の場合650円、3割負担の場合975円、介護予防訪問リハビリテーションを受けられた場合は、1回（20分）につき298単位、介護保険利用料が1割負担の場合315円、2割負担の場合629円、3割負担の場合943円を徴収させていただきます。また下記の加算を別途徴収させていただく事があります。介護保険適用の場合は、原則として費用の1割が利用者の負担額となりますが、平成27年8月1日以降一定以上所得のある利用者については利用者負担が2割に、平成30年8月以降一定以上所得のある利用者については利用者負担が3割になりました。

*介護予防訪問リハビリテーションのみ、利用開始月から12月超の利用の場合は1回につき30単位を減算します。尚、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に関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直しており、その内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合は減算しません。

<加算対象項目>

・サービス提供体制強化加算

(I) 勤続7年以上の者が1人以上 6単位/回

(II) 勤続3年以上の者が1人以上 3単位/回

1割負担の場合 (I) 7円・(II) 4円、2割負担の場合 (I) 13円・(II) 7円

3割負担の場合 (I) 19円・(II) 10円

・退院時共同指導加算 600 単位／回

退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に訪問リハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導*を行った場合に加算します。

※退院時共同指導とは利用者又はその家族の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることです。

1 割負担の場合 633 円、 2 割負担の場合 1266 円、 3 割負担の場合 1899 円

・リハビリテーションマネジメント加算 (イ) 180 単位／月、(ロ) 213 単位／月

(※介護予防訪問リハビリテーションは除く)

リハビリテーション計画の進捗等を定期的に見直し、介護支援専門員を通じた居宅サービス事業者への情報伝達等をしリハビリの質の管理をする場合に算定します。

1 割負担の場合 (イ) 190 円、(ロ) 225 円

2 割負担の場合 (イ) 380 円、(ロ) 450 円

3 割負担の場合 (イ) 570 円、(ロ) 675 円

・移行支援加算 17 単位／日

リハビリテーションを受けることにより身体機能が向上し、家庭での家事などの仕事や、茶話会等の地域社会で行われている行事、指定通所介護に参加できるよう支援をした場合に加算します。

1 割負担の場合 18 円、2 割負担の場合 36 円、3 割負担の場合 54 円

・短期集中リハビリテーション実施加算 200 単位／日

病院や施設から退院・退所した日または認定日から3ヶ月以内で、訪問リハビリを1週につき概ね2日以上、1日あたり20分以上実施する場合に加算します。

1 割負担の場合 211 円、2 割負担の場合 422 円、3 割負担の場合 633 円

・認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240 単位/日

認知症であると医師が判断した方であって、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方に対して、医師又は指示を受けた理学療法士等が、その退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合、1週に2日を限度として加算します。

1 割負担の場合 254 円、 2 割負担の場合 507 円、 3 割負担の場合 760 円

<利用料金の例>

訪問リハビリテーション 1回(20分) とサービス提供体制強化加算を算定した場合
1割負担の場合 332円、2割負担の場合 663円、3割負担の場合 994円

訪問リハビリテーション 2回(40分) とサービス提供体制強化加算を算定した場合
1割負担の場合 663円、2割負担の場合 1325円、3割負担の場合 1988円

- *生活保護等の公費需給者の該当者は、利用者負担額を補助する制度があります。
- *上記料金の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準としています。
- *介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、1ヶ月につき利用料の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。この証明書を後日住居地の市町村の介護保険担当窓口へ提供されますと、利用者負担額を除くサービス利用料の払い戻しを受けることができます。
- *訪問予定日当日の訪問中止に関しましては、ご利用料の全額をご負担して頂く場合があります。緊急のご入院等、やむを得ない理由による場合はご負担して頂きません。

5. 当院の通常実施地域は、京都市北区上賀茂、西賀茂、大宮、紫野、紫竹、鷹峯、小山地区とさせていただきます。原則的に通常地域を越える場合の訪問は出来ませんが（ほかの近隣の事業所を紹介させていただきます）、当院で訪問させていただく場合は、通常実施地域の境界を起点として、下記の交通費を徴収させていただきます。

1 km毎に 100円

6. 訪問の際に利用者の方の病状が急変した場合は応急処置を行うとともに、速やかに院長に連絡をとり指示を求める体制をとっています。利用者の主治医、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。また何らかの事故が生じた場合も同様です。

主治医 医療機関名：
医 師 名：
所 在 地：
電 話 番 号：
FAX 番 号：

緊急時連絡先

氏 名：
住 所：
電 話 番 号：
FAX 番 号：

7. 介護サービス等全般にかかるご質問やご要望、苦情等ございましたらお申し出ください。苦情対応責任者は院長（075-495-8185 受付時間：月曜日～土曜日 9：00～12：00、水曜日・土曜日以外 17：00～20：00）です。また苦情内容によっては京都市窓口（京都市北区役所保健福祉センター健康長寿推進課：健康長寿推進担当 075-432-1438、高齢介護保険担当 075-432-1366 受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00）または京都府国民健康保険団体連合会（075-354-9090 受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00）をご紹介する等対応させていただきます。

8. 職員には利用者の守秘義務があり、個人情報外部に漏らしません。ただし、介護保健サービスを安心して受けていただくためにはサービス担当者会議等において、主治医や介護支援専門員の他サービス事業者の担当者等と連携する必要があり、必要な情報を提供する場合があります。

9. 虐待の防止に関する事項

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止する為、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止の為の指針を整備します
- (3) 従業者に対し、虐待の防止の為の研修を定期的実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施する為の担当者を置きます。

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市町村に通報するものとします。

*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の提供に当たり、利用者に対して上記の重要事項を説明しました。

事業所：医療法人整形外科鈴木医院訪問リハビリテーション事業所
所在地：京都市北区大宮西小野堀町5

代表者：

説明者：

*私は、事業者から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についての重要事項の説明を受け、サービスを受けること並びにその利用料を支払うことに同意します。またサービス担当者会議等において私並びに家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者

代理人

家 族