

医療法人社団たつき会 菅田医院 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の目的

医療法人社団たつき会 菅田医院が実施する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事業所(以下「本事業所」という。)は、介護保険法で定め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を提供するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護又は要支援状態にあるお客様の居宅を訪問して、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、理学療法、作業療法、又は言語聴覚療法の必要なリハビリテーションを行い、お客様がその有する能力に応じて、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

2 事業者概要

事業者名：医療法人社団たつき会 菅田医院
事業所所在地：広島県呉市川尻町東1丁目21番1号
代表者：理事長 菅田 宗樹
電話番号：0823-87-2529

3 訪問リハビリテーションを提供する事業所

■サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	菅田医院指定訪問リハビリテーション事業所
所在地	広島県呉市川尻町東1丁目21番1号
電話番号	0823-87-2529
指定事業所番号	3414010425
実施サービス	① 訪問リハビリテーション ② 介護予防訪問リハビリテーション
サービス提供地域	呉市(川尻町、安浦町、仁方地域、広地域) 東広島市黒瀬町

※状況によりサービス提供地域外であっても、サービスを提供する場合があります。

■営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8時30分～17時15分
休業日	日曜日、及び12月30日～1月3日

※状況により休業日及び営業時間以外であっても、サービスを提供する場合があります。

4 職員の配置状況

	常勤	非常勤	計	資格等
管理者	1名	0名	1名	医師(病院と兼務)
サービス提供責任者	1名	0名	1名	理学療法士(理学療法士と兼務)
理学療法士	3名	0名	3名	理学療法士
作業療法士	3名	0名	3名	作業療法士

5 主となるサービス内容

■訪問リハビリテーション

(イ)バイタルサイン測定: 血圧、脈拍等を測定します。

(ロ)リハビリテーション: お客様の心身の機能の維持回復に努めます。

(ハ)指導: お客様又はそのご家族様等の介護に当たる方に対して指導いたします。

※各々のサービス内容やその実施方法等の詳細につきましては、サービス従事者(4参照)までお気軽におたずねください。

＜サービスのご利用にあたりまして＞

尚、本事業所は以下のサービスは取り扱いいたしません。サービスの実施において、ご不審の点がございましたら直ちに本事業所迄ご連絡ください。

1. サービス提供上、お客様の現金をお預かりすることは一切ございませんのでご了承ください。ただし、事前に本事業所とお客様との支払い方法について、現金による支払い方法を選択した場合については、領収証と引換えに現金をお預かりいたします。
2. お客様の預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他の有価証券等をお預かりすることは一切ございませんのでご了承ください。
3. お客様の預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他の有価証券等が保管されている場所をお聞きすることも一切ございませんのでご了承ください。
4. お客様及びそのご家族の個人情報の取り扱いについては、守秘義務の遵守のもと、細心の注意を払います。

6 サービス従事者

- ①サービス従事者とは、お客様の訪問リハビリテーションを提供する本事業所の職員であり、主としてリハビリスタッフ(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、サービス提供者が該当します。
また、契約書及び重要事項説明書は、リハビリスタッフに代わって相談員又は事務員等がご説明させていただきます場合があります。
- ②お客様の担当になる訪問リハビリスタッフの選任(担当の変更を含みます)は、本事業所が行い、お客様が訪問リハビリスタッフを指名することはできません。本事業所の都合により担当の訪問リハビリスタッフを変更する場合は、お客様やそのご家族に対し事前にご連絡すると共に、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分に配慮します。
- ③お客様が、担当の訪問リハビリスタッフの変更を希望する場合には、その変更希望理由(業務上不適当と判断される事由)を明らかにして、本事業所まで申し出てください。
※業務上不適当と判断される事由がなき場合、変更を致しかねることがあります。
- ④本事業所は、お客様からの希望による変更も含め、訪問リハビリスタッフの変更により、お客様及びそのご家族様等の介護者に対し、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分に配慮します。

7 サービス利用料金

1. 基本料金(訪問リハビリテーション費)

基本料金内容	利用料	利用者負担金 (1割負担)	2割負担	3割負担
(イ)20分以上	3,080円	308円	616円	924円
(ロ)40分以上	6,160円	616円	1,232円	1,848円
(ハ)60分以上	9,240円	924円	1,848円	2,772円

介護予防訪問リハビリテーション費

基本料金内容	利用料	利用者負担金 (1割負担)	2割負担	3割負担
(イ)20分以上	2,980円	298円	596円	894円
(ロ)40分以上	5,960円	596円	1,192円	1,788円
(ハ)60分以上	8,940円	894円	1,788円	2,682円

上記の基本料金は、実際にサービスの提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められた訪問リハビリテーションの提供に要する目安の時間を基準とします。

2. 加算料金

加算料金内容	利用料	利用者負担金 (1割負担)	2割負担	3割負担
(イ)短期集中リハビリテーション実施加算*1	2,000円/日	200円/日	400円/日	600円/日
(ロ)訪問リハ移行支援加算*2	170円/日	17円/日	34円/日	51円/日
(ハ)サービス提供体制強化加算Ⅰ*3	60円/回	6円/回	12円/回	18円/回
(ニ)退院時共同指導加算*4	6,000円/回	600円/回	1,200円/回	1,800円/回
(ホ)認知症短期集中リハビリテーション実施加算*5	2,400円/日	240円/日	480円/日	720円/日

*1 短期集中リハビリテーション加算は退院・退所日又は新たに要介護認定を受けた日から3月以内に算定します。利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。

1週間に付き概ね2回以上、1回あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

*2 訪問リハ移行支援加算は、訪問リハビリテーション利用によりADLが向上し、社会参加に資する取り組みに移行する等、質の高いリハビリテーションを提供する事業所に加算されます。

*3 サービス提供体制強化加算Ⅰとは、厚生労働省が定める基準(訪問リハビリテーションを提供する理学療法士などのうち7年以上の者がいること)に適合しているものとして届出を行った事業所が訪問リハビリを行った際に加算されます。1回(20分以上)につき所定単位数が加算されます。

*4 退院時共同指導加算は、医療機関からの退院後に介護保険の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理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する加算です。原則として1回の退院に対して1回算定します。

*5 認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、認知症であると医師が判断した者であって、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者に対して、医師又は医師の指示を受けた

理学療法士等が、その退院(所)日又は訪問開始日から3ヵ月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行う場合に加算します。

3.利用者負担金

介護保険の適用になるお客様(要支援又要介護認定を受けられる方)は、前記①及び②の利用料の1割又は2割又は3割をお支払いいただきます。消費税は課税されません。

但し、介護保険の給付の範囲を超えた分につきましては、全額自己負担(前記①及び②の利用料)となります。

4.交通費

前記3に記載されているサービス提供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、前記3に記載されているサービス提供地域を越えた地点からお客様の居宅までの往復距離又は片道について交通費を負担していただくことになります。

その詳細は下表に記載している通りです。

移動手段など	利用者負担金
公共交通機関(往復)、有料道路	実費
自動車(片道)	1キロを越えるごとに50円ずつ加算する。

8 介護保険の給付対象とならないサービスの利用料金

①利用者が希望された場合、手芸などレクリエーションの材料費を頂きます。

②利用者が希望され、外食や演劇鑑賞など外出レクなどを行った際は実費として頂きます。

9 お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、本事業所が定める翌月の期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則として口座振込みか口座引き落としとさせていただきます。尚、口座振込又は口座引き落とし以外のお支払いについては、本事業所又は訪問いたしました職員までご相談ください。

なお、前記は「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成していない場合など「償還払い」の取り扱いにおいては一旦お客様に全額分の料金をお支払いいただき、その他市町村に対して保険給付分(基本料金9割)を請求していただくことになります。

10 サービス相談窓口、及び苦情受付窓口

①サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望の受付、要望の発生等の受付窓口は以下の通りです。

指定訪問リハビリテーション事業所	所在地	広島県呉市川尻町東1丁目21番1号
	電話番号	0823-87-2529
	受付時間	午前8時30分～午後17時00分
	受付担当	責任者 坪田 雅

* 担当者が不在の時は、基本的な事項は誰でも対応できるようにし、担当者に引き継ぎます。

②その他の相談・苦情受付

その他、以下の市町村等の苦情相談窓口相談することもできます。

呉市役所 介護保険課	所在地	広島県呉市和庄1丁目2番13号
	電話番号	0823-25-2626
	受付時間	午前8時30分～午後17時15分
東広島市役所 福祉部介護保険課	所在地	広島県東広島市西条栄町8番29号本館2階
	電話番号	082-420-0937
	受付時間	午前8時30分～午後17時15分
広島県国民健康保険団体連合会	所在地	広島県広島市中区東白鳥町19番49号
	電話番号	082-554-0783
	受付時間	午前8時30分～午後17時15分

11 留意事項

- ①サービス提供の為にお客様の居宅において使用する水道、電気、ガス、電話等の費用はお客様の負担となります。
- ②訪問予定時間は、交通事情により前後することがあります。
- ③入院や入所、体調不良などにより1ヶ月以上お休みが続く状況では、一旦保留とさせて頂き、担当や訪問曜日・時間の変更をさせて頂く場合がございます。

12 緊急時の連絡先

主治医・ご家族等緊急時の連絡先は、予め担当のサービス従事者により確認させていただきます。サービス提供中にお客様の容態に急変等があった場合には、下記の連絡先及び居宅介護支援事業所等へ連絡します。

13 賠償責任について

- ①本事業所は、居宅サービスの提供に伴って、当該事業所のサービス従事者の責めに帰すべき事由により、お客様又は、そのご家族等の介護者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
- ②お客様又はそのご家族等の介護者は、お客様又はそのご家族等の介護者の責めに帰すべき事由により、訪問リハビリテーション事業所のサービス従事者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

14 守秘義務

- ①本事業所及びサービス従事者は、訪問リハビリテーションを提供する上で知り得たお客様の及びそのご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ②本事業所は、お客様に係る居宅介護支援事業者との連携を図るなど、正当な理由によりお客様又はそのご家族等の個人情報を用いる場合には、予め書面（「個人情報に関する同意書」）により同意を得られるものとします。

15 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、訪問リハビリテーションの料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

附 則

この重要事項説明書は、平成27年4月1日から施行する。
この重要事項説明書は、平成28年4月1日から施行する。
この重要事項説明書は、平成29年4月17日から施行する。
この重要事項説明書は、平成30年2月1日から施行する。
この重要事項説明書は、令和元年6月1日から施行する。
この重要事項説明書は、令和元年10月1日から施行する。
この重要事項説明書は、令和2年8月1日から施行する。
この重要事項説明書は、令和3年4月1日から施行する。
この重要事項説明書は、令和4年6月1日から施行する。
この重要事項説明書は、令和5年1月1日から施行する。
この重要事項説明書は、令和6年6月1日から施行する。
この重要事項説明書は、令和6年11月1日から施行する。

医療法人社団たつき会菅田医院 指定訪問リハビリテーション事業所は、重要事項説明書に基づいて、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のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

所在地： 広島県呉市川尻東1-21-1

事業者名： 医療法人社団たつき会 菅田医院
指定訪問リハビリテーション事業所
(指定事業所番号 第3414010425号)

代表者： 理事長 菅田 宗樹 ㊞

説明者： ㊞

私は、医療法人社団たつき会 菅田医院 指定訪問リハビリテーション事業所との契約締結にあたり、本書面に基づいて、貴職員(説明者)から上記重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

住 所： _____

氏 名： _____ ㊞

署名代行者(代理人を選任した場合も含む)

住 所： _____

氏 名： _____ ㊞ 続柄