

# 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 番 444 号 (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	メディカルコート八戸西病院
所在地・連絡先	(住所) 青森県八戸市長苗代字中坪 77 番地 (電話) 0178-28-4000 (FAX) 0178-28-4137
事業所番号	021-03-16279
管理者の氏名	病院長 武者 晃永

#### (2) 事業所の職員体制

職種	職務内容
医師 *常勤	訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画の作成に係る診療を行います。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 *常勤 *兼務者あり *業務状況により増員あり *7年以上勤務の者あり	1 サービス担当者会議への出席等により、居宅支援事業者と連携を図ります。 2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士(以下、「療法士」という)その他の職種の者が多職種協働により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い指定訪問リハビリテーション計画作成します。計画作成にあたっては、利用者、家族に説明、同意を得て交付します。 3 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サービスを提供します。 4 利用者の病状、心身状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。 5 訪問リハビリテーションのサービスの実施状況及び評価について、速やかに記録作成するとともに、医師に報告します。 6 リハビリテーション会議開催により専門的な見地から利用者の状況等の情報を構成員と共有に努め適切なサービスを提供します。

(3) 営業日

月～金曜日	午前8時30分～午後5時30分
土曜日	午前8時30分～午後12時30分
休業日	日曜日、12月30日～1月3日

※営業時間外は病院の宿日直者が対応します。緊急に連絡がとりたい場合はご相談下さい。

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	八戸市、階上町、南部町、おいらせ町、五戸町
---------	-----------------------

※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、療法士が居宅に訪問し、利用者ができる限り自立した生活を営むことができるよう生活機能の維持または向上を目指し、居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療法士のうち、勤続年数が7年以上の者がいる場合に算定されます。

### ③移行支援加算

訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者の生活行為を向上させ、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、質の高い訪問リハビリテーションを提供する事業所に算定されます。

### ④退院時共同指導加算

退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを提供するため、退院に向けて、指定訪問リハビリテーション事業所の療法士が退院前カンファレンスに参加し、入院中の担当者との間で利用者の状態を踏まえた上でその利用者のご家族への在宅での生活に必要な指導を共同して行った場合に算定します。

### ⑤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。

### ⑥認知症短期集中リハビリテーション実施加算（介護予防を除く）

認知症を有する利用者の認知機能や生活環境を踏まえ能力を最大限に活かしながら生活機能を改善するためのリハビリテーションを集中的に行った場合に算定します。

### ⑦口腔連携強化加算

利用者に対する適切な口腔管理につなげる目的で指定訪問リハビリテーション事業所の療法士が口腔内の健康状態を評価し、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、情報提供を行った場合に算定します。

### ⑧リハビリテーションマネジメント加算

利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、利用者の状態や生活環境等を踏まえ、多職種協働によるリハビリテーション会議、リハビリテーション計画の作成、適切なリハビリテーションの提供、当該内容の評価とその結果を踏まえた見直し等の構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算されます。また、サービスの質の向上を図るため「科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)」(以下「LIFE」という)への情報提出及びフィードバック情報を活用しサービスの質の管理を行います。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されます。

- (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。

【料金表 (指定訪問リハビリテーション)】 令和6年6月1日から

	利用料	対象者
基本報酬 1回(20分)	3,080 円/回	全利用者
サービス提供体制強化加算 I	60 円/回	全利用者
移行支援加算	170 円/日	全利用者
退院時共同指導加算	6,000 円/回	退院前カンファレンスにて情報共有した上で指導した後に、初回のリハビリテーションを行った場合。 *当該退院につき1回に限る。
短期集中リハビリテーション実施加算	2,000 円/日	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、1日1回(20分)以上実施
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	2,400 円/日	退院・退所日又は訪問開始日から3ヶ月以内の認知症を有する利用者。
口腔連携強化加算	500 円/回	口腔内の健康状態を評価し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対して情報提供を行うことに同意が得られた利用者。
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	1,800 円/月	3ヶ月に1回リハビリテーション会議開催、リハスタッフからリハビリ計画の説明をし、同意を得るとともに、医師へ報告している。
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	2,130 円/月	上記の加算(A)イに加え、リハビリテーションの適切かつ有効な実施のため必要な情報を活用している(LIFEの活用)。
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	上記に加え 2,700 円/月	上記の加算(イ)(ロ)に加え、医師が説明をし、同意を得ている。
(※)事業所医師がやむを得ず リハビリテーション計画作成に 係る診療を行わない場合	-500 円/回	当院以外の医療機関が主治医で、主治医から当院医師宛の診療情報提供を受けてサービス提供を行う場合。

【料金表（指定介護予防訪問リハビリテーション）】令和6年6月1日から

	利用料	対象者
基本報酬 1回(20分)	2,980 円/回	全利用者
サービス提供体制強化加算 I	60 円/回	全利用者
退院時共同指導加算	6,000 円/回	退院前カンファレンスにて情報共有した上で指導した後に、初回のリハビリテーションを行った場合。 *当該退院につき1回に限る。
短期集中リハビリテーション実 施加算	2,000 円/日	退院・退所後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
口腔連携強化加算	500 円/回	口腔内の健康状態を評価し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対して情報提供を行うことに同意が得られた利用者。
(※)利用を開始した月から12 か月を超えてサービス提供を行 う場合 令和4年6月から	-300 円/回	3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、計画見直しを行い、計画内容等を厚生労働省に提出し、リハ提供に当たって、情報を活用している場合は減算しない。 *入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は新たに利用が開始されたものとされる。
(※)事業所医師がやむを得ず リハビリテーション計画作成 に係る診療を行わない場合	-500 円/回	当院以外の医療機関が主治医で、主治医から当院医師宛の診療情報提供を受けてサービス提供を行う場合。

## 5. 介護保険給付対象外のサービスについて

- (1) 当事業所は、利用者との合意に基づき、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（介護予防にあつ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、主治医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が必要となり、原則3か月に一度、当院受診が必要となります。

(2) サービスの終了について

- ①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。
- ②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。
- ③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。
- ④その他  
利用者やご家族などが当事業所や当事業所の従業者に対して、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相談・苦情等窓口

責 任 者 : 病院長 武者 晃永	
窓口担当者 : 在宅リハビリテーション支援科 阿世知 知子	
電 話 0 1 7 8 - 2 8 - 4 0 0 0	ご利用時間 午前8時30分～午後5時30分
FAX 0 1 7 8 - 2 8 - 4 1 3 7	(ただし日曜日、12月30日～1月3日を除く)
<当事業所以外の相談・苦情窓口>	
八戸市介護保険課	0 1 7 8 - 4 3 - 9 2 9 2 (直通)
青森県国民健康保険団体連合会	0 1 7 - 7 2 3 - 1 3 0 1 (直通)
(苦情相談窓口)	

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、速やかに利用者の主治医、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	
	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、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所のサービスにより、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) 当事業所の従業者は、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) 当事業所の従業者であったものは、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) 当事業所は、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、高齢者の養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。

## 12. 電磁的記録について

- (1) 訪問リハビリテーションに関する記録の作成、及び書面の保存等については、電磁的記録により行うことがあります。
  - ①記録の作成:当事業所の使用する電子計算機に備えられたファイルへ又は磁気ディスク等をもって調整する方法。
  - ②電磁的記録による保存:①の方法やスキャナ等に読み取ってできたファイルを当事業所の電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調整するファイルにより保存。

## 13. 虐待防止に関する担当者

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じます。

担 当 者 : 在宅リハビリテーション支援科 阿世知 知子
-------------------------------

## 14. 身体拘束の禁止について

当事業所は、利用者や他の利用者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束や行動を制限する行為(以下、身体拘束等という。)を行いません。

- (1) 当事業所は、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その対応、時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、その他必要な記録を行います。

年 月 日

当事業所は、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開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

<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  
メディカルコート八戸西病院

<説明者> 職名  
氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面により、事業者から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について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。

<利用者> 氏名（署名） \_\_\_\_\_  
(代理署名 \_\_\_\_\_ )  
住所 \_\_\_\_\_

<代理人> 氏名（署名） \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_