

訪問リハビリテーション重要事項説明書

1 サービスの概要

- (1)「訪問リハビリテーション」は、利用者の居宅(自宅)において、その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、作業療法または言語聴覚療法等必要なリハビリテーションを行うサービスです。
- (2)事業者は以下の日程により訪問リハビリテーションを提供します。
- (3)サービスは、医師の指示に基づき、別添の「訪問リハビリテーション計画書」に沿って計画的に提供します。
- (4)医師の指示の有効期間は診療日から最大3ヶ月以内です。医師の判断により定期的に受診をしてください。
- 訪問リハビリテーションの継続が必要な場合は再度指示が必要となります。

提 供 日	月曜日～金曜日（但し、祝祭日・12月29日～1月2日は休業）
提 供 時 間	9:00 ～ 17:00

2 事業所の概要及び職員体制等

事業所名	独立行政法人 地域医療機能推進機構登別病院 訪問リハビリテーション	
所 在 地	登別市登別東町3丁目10番地22	
提供サービス 介護保険事業所番号	訪問リハビリテーション	介護保険事業所番号
	介護予防訪問リハビリテーション	北海道 0113513634号
管理者及び連絡先	管理者 成田 元気	連絡先 0143-80-1115(代表)
職 員 体 制	管理者 1名 責任者1名 理学療法士 3名	

3 サービス事業者

サービスを行う主な担当者は、次の者です。

氏名:	資格: 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士
-----	---------------------------

- (1)担当となる訪問リハビリスタッフの選任(担当の変更を含む)は事業所が行い、利用者が担当者を指名する事は出来ません。また、事業所の都合により担当者を変更する場合は、利用者やそのご家族に対し事前に連絡し、サービス利用に関する不利益が生じないように十分に配慮します。
- (2)担当スタッフが出張・研修・休暇等で利用者宅への訪問ができない場合には、他のスタッフによる代行訪問、もしくは、別日による振り替え訪問等の調整をして提案致します。ただし、調整が困難(事業所・利用者都合等)でやむを得ない場合にはサービスをキャンセルとさせていただきます。

4 サービスのキャンセル

- (1)利用者がサービスの利用をキャンセルする際には、すみやかに次の連絡先から担当者までご連絡ください。
- 担当者へ繋がらない場合は、事務員へ要件をお伝えください。

☆ 連絡先(電話)	0143-80-1115(代表)	☆ 連絡時間	8:30～17:00
-----------	------------------	--------	------------

- (2)利用者の都合でサービスをキャンセルにする場合には、出来るだけサービス利用の前々日までにご連絡下さい。前日又は当日のキャンセルは、キャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。(但し、利用者の体調の急変など緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。)
- (3)キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

期 限	キャンセル料
サービス利用日の前々日まで	無 料
サービス利用日の前日まで	利用者負担の50%
サービス利用日の当日	利用者負担の100%

5 利用者負担

- (1)利用者の方からいただく利用者負担金は、下記の通りです。(以下は利用者負担1割での表記)

- ①基本利用料金 20分(1回)利用した際 308円/回
※ 訪問リハ計画診療未実施減算 -50円/回
- ②リハビリテーションマネジメント加算(イ)(ロ)..... (イ)180円/月、(ロ) 213円/月
※ 事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合 270円/月
- ③短期集中リハビリテーション実施加算 200円/日
- ④認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240円/日
- ⑤サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(限度額管理の対象外) 6円/回
- ⑥移行支援加算 17円/日
- ⑦退院時共同指導加算 600円
- ⑧運営基準(厚労省令)で定められた「その他の費用」.....全額自己負担
- ⑨通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用全額自己負担

- (2)上記①基本利用料金の訪問リハ計画診療未実施減算とは、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に1回につき 50単位の減算となります。
- ただし、入院中リハビリテーションを受けていた利用者の退院後1ヵ月に限り減算が適用外となります。
- (3)上記②リハビリテーションマネジメント加算(イ)とは、リハビリテーション内容や目標をリハビリテーション事業所の職員、その他の関係者と共有するためのリハビリテーション会議を行い、内容の記録を行った場合に算定されます。リハビリテーションマネジメント加算(ロ)とは、(イ)の内容に加え、リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合に算定されます。
- (4)上記③短期集中リハビリテーション実施加算とは、退院・退所・認定日より3ヵ月以内の期間において、1週間に付き概ね 2日以上のリハビリテーションを 1日 20分以上実施する場合に算定されます。
- (5)上記④認知症短期集中リハビリテーション実施加算とは、認知症であると医師が診断した者であって、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、退院(所)日又は訪問開始から3ヵ月以内の期間において、リハビリテーションを集中的に実施した場合に算定されます。
- (6)上記⑤サービス提供体制強化加算(Ⅰ)とは、事業所内に勤続7年以上の者が1名以上いる場合に算定されます。
- (7)上記⑥移行支援加算とは、社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制が認められた事業所に対して加算されます。
- (8)上記⑦退院時共同指導加算とは、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されます。
- (9)上記⑨「通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用」とは、(1)の ① ② ③ ④ ⑥ ⑦ で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合、又は制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合にかかる費用です。(保険外のサービスを受ける場合は、居宅サービス計画を作成する際に、介護支援専門員から説明の上、利用者の方の同意を頂くことになります。)

6 お支払方法

- (1)当月のサービス利用分に関する利用者負担金は、翌月の中旬以降に請求書をお渡しします。
- 担当スタッフが訪問した際に直接支払うか口座への振り込みのどちらかでお支払いください。
- ※口座引き落としではございませんのでご注意ください。

7 実習生指導

- (1)登別病院・事業所は、リハビリテーションの臨床実習施設となっております。その為、臨床実習生が訪問リハビリテーションに同行し、実習をさせていただく場合がございます。ご了承・ご協力をお願い致します。

8 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所お客様相談窓口	電話番号	0143-80-1115(病院代表)
	FAX番号	0143-80-2250
	責任者	成田 可奈
	対応時間	(月～金) 8:00～16:30

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

登別市介護保険相談窓口	所在地	登別市中央町6丁目11 登別市保健福祉部 高齢・介護グループ
	電話番号	0143-85-5720
	FAX番号	0143-81-3293
	対応時間	9:00～17:30
白老町介護保険相談窓口	所在地	白老郡白老町東町4丁目6-7総合福祉センター 白老町高齢者介護課 介護保険グループ
	電話番号	0144-82-5560
	FAX番号	0144-82-5561
	対応時間	8:30～17:15
北海道国民健康保険 団体連合会(国保連)	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
	電話番号	011-231-5161
	FAX番号	011-231-5178
	利用時間	9:00～17:00

9 事業者の概要

事業者の名称	独立行政法人地域医療機能推進機構
代表者名	理事長 山本 修一
所在地・電話	東京都港区高輪3丁目22番12号口 電話番号 03-5791-8220 FAX 03-5791-8257
施設名	独立行政法人地域医療機能推進機構 登別病院
施設長名	院長 石川 典俊
所在地・電話	登別市登別東町3丁目10番地22 電話番号 0143-80-1115

10 留意事項

(1) 訪問予定時間は、交通事情やサービス提供の進捗状況により、多少前後することがあります。

11 その他

(1) サービス提供者(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)に対する金品等のもてなしは、固くお断りさせていただきます。

サービス契約にあたり上記のとおり説明いたします。

尚、本説明書を2通作成し、それぞれ1通を保管するものとする。

年 月 日

事業所名 独立行政法人地域医療機能推進機構登別病院訪問リハビリテーション

説明者 _____

上記の記載の件について同意しました。

年 月 日

利用者 氏名 _____

(代筆者名 _____)

代理人又は立会人

氏名 _____

続柄 ()