

訪問リハビリテーション重要事項説明書

平成 27 年 4 月 1 日

令和 8 年 6 月 1 日 改定

1. 当施設訪問リハビリテーションのサービスについての相談窓口

電話 042-468-5166

担当 飯泉 亮 伊藤 悦子

2. ハートフル田無訪問リハビリテーションの概要

(1) 当施設住所と訪問範囲

名称	介護老人保健施設ハートフル田無
開設年月日	平成 11 年 4 月 16 日
所在地	東京都西東京市向台町 2-16-22
電話・FAX番号	電話:042-468-5166 FAX:042-468-5288
管理者名	増 山 茂
介護保険指定番号	訪問リハビリテーション (東京都 1375424601)
サービス提供地域	西東京市および西東京市近隣地域(応相談)

(2) 訪問リハビリテーション職員体制

職務	常勤	非常勤
管理者 (医師)	1 名	0 名
医師	1 名	1 名
理学療法士 ・作業療法士	4 名	2 名

(3) 訪問リハビリテーション事務所

介護老人保健施設リハビリ室に事務作業スペース設置

(4) 営業日・時間

営業日	月～金 (午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分)
休業日	土・日曜日
年末年始休業	その年により変動あり。

3. 訪問リハビリテーションの目的

介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者様がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、心身の機能の維持回復を図ることを目的として訪問リハビリテーションを提供します。

4. サービス内容

① 担当の作業療法士又は理学療法士を派遣し、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の訪問リハビリテーションサービスを提供します。

② 生活相談

利用者及びご家族の日常生活での介護等に関する相談など随時お受け致します。お気軽にご相談ください。

5. 利用料

【訪問リハビリテーション】

区分		利用料	利用者負担額
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本報酬(1回20分以上のサービス、1週に6回が限度)	1回 3,335円	1回 1割:334円 2割:667円 3割:1,001円

加算		利用料	算定回数等
☐ 短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は新たに要介護認定を受けた日から3月以内)	2,166円	1日当たり 1割:217円 2割:434円 3割:650円
☐ リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ		1,949円	1か月当たり 1割:195円 2割:390円 3割:585円
☐ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ		2,306円	1か月当たり 1割:231円 2割:462円 3割:692円
☐ サービス提供体制強化加算Ⅰ		64円	1回当たり 1割:7円 2割:13円 3割:20円
☐ サービス提供体制強化加算Ⅱ		32円	1回当たり 1割:4円 2割:7円 3割:10円
☐ 移行支援加算		184円	1日当たり 1割:19円 2割:37円 3割:56円

【介護予防 訪問リハビリテーション】

区分		利用料	利用者負担額
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による介護予防訪問リハビリテーション	基本報酬(1回20分以上のサービス、1週に6回が限度)	1回 3,227円	1回 1割:323円 2割:646円 3割:969円

加算	利用料	算定回数等
☐ 予防訪問短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は新たに要介護認定を受けた日から3月以内) 2,166円	1回 1割:333円 2割:665円 3割:998円
☐ 予防リハサービス提供体制強化加算Ⅰ	64円	1回当たり 1割:7円 2割:13円 3割:20円
☐ 予防リハサービス提供体制強化加算Ⅱ	32円	1回当たり 1割:4円 2割:7円 3割:10円

介護職員等処遇改善加算 合計単位数に1.5%を乗じた金額となります。

※1 単位に10.83円を地域加算として乗じております。

※ご利用者都合によりキャンセルをされる場合、原則として前日までにご連絡ください。

当日キャンセルの場合は、その日のご利用者自己負担分をお支払いいただきます。

ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

※ 短期集中リハビリテーション加算

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退院(退所)日から起算して3か月以内の期間に行うときは、1週間につき概ね2回以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

※ リハビリテーションマネジメント加算イ

- ・リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて見直しをおこないます。また理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、居宅介護支援専門員を通じて指定居宅サービス事業者に対して、日常生活上の留意点や介護、療養上の工夫などの情報を伝達いたします。
- ・乙の医師が詳細な指示をおこないます。
- ・理学療法士、作業療法士または言語聴覚士がリハビリテーション計画について本人ま

たは家族に説明し、同意を得ると共に医師に報告致します。

・3ヵ月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し利用者の状態の変化に応じてリハビリテーション計画を見直します。

・理学療法士、作業療法士または言語聴覚士ついてが、居宅介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法および指定居宅サービス事業者に対して、日常生活上の留意点や介護、療養上の工夫などの情報を伝達いたします。また、利用者の自宅を訪問してご家族に対して日常生活上の留意点や介護、療養上の工夫などの助言をいたします。

※ リハビリテーションマネジメント加算ロ

・上記加算(A)イ に準じますが、利用者毎のリハビリテーション計画書の内容等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当たって、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為、必要な情報として活用させていただきます。

(医師が利用者または家族にリハビリテーション計画について説明した場合)

・上記加算イ・ロ に準じますが、リハビリテーション計画についての説明を当該事業所の医師が利用者または家族に行なった場合 270 単位が上乘せされます。

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※ 移行支援加算は厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして「社会参加への移行状況」の達成状況等を踏まえ、届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※ 介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションでは、医療保険によるサービス提供はできません。

※ 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

6. 支払い方法

4 利用料等のお支払い方法

原則、郵便局または、りそな銀行口座振替となります。

毎月、12 日までに前月分の請求書をお送りします。

毎月 20 日が振替日となります。振込まれる場合は、25 日までに口座へのご入金をお願い申し上げます。(領収書は翌月の請求書と併せてご送付申し上げます。)

7. サービス利用・終了方法

(1) サービス利用開始

居宅介護支援専門員が利用申し込み希望書を訪問リハビリテーション担当者に送付し、それから当施設の判定会議にかけます。判定会議が通りましたら担当より面接日時のお電話を致します。面接時に契約の同意を結んで頂いてからサービスの利用を開始する運びとなります。

(2) サービスの利用終了

【訪問リハビリテーション契約書】第 13 条に記載した通りとなります。

8. 緊急時の対応

【訪問リハビリテーション契約書】第 8 条に記載した通りとなります。

9. 協力医療機関等

- ・名 称 (医療法人社団 時正会)佐々総合病院
- ・住 所 東京都西東京市本町4丁目24番15号
- ・名 称 杏林大学医学部付属病院
- ・住 所 東京都三鷹市新川6丁目20番2号
- ・名 称 (財団法人 結核予防会)新山手病院
- ・住 所 東京都東村山市諏訪町3丁目6番1号
- ・名 称 (医療法人社団東光会)西東京中央総合病院
- ・住 所 東京都西東京市芝久保町2丁目4番19号
- ・名 称 (医療法人社団 郁栄会)ミタカピースデンタルクリニック
- ・住 所 武蔵野市中町 1-24-15 メディパーク中町 3 階

10. 事故発生時の対応方法

市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また賠償すべき事故等発生した場合は【訪問リハビリテーショ

ン契約書】第 14 条に記載されている通りとなります。

11. 非常災害対策

(1) 防災時の対策: 消防法に基づく防災マニュアルにより迅速に対応します。

12. サービスの利用にあたっての留意事項

(1) サービスの提供の際、訪問リハビリテーション職員は各種支払いや年金等の管理金銭の貸借など、金銭に関する取扱いやご利用者様のご家族への訪問リハビリテーションの提供を行うことができませんので、あらかじめご了承ください。

(2) 訪問リハビリテーション職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断り致します。

(3) 体調や容体の急変等によりサービスを利用できない時は、出来る限り早目に担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)又は当事業所へご連絡ください。

13. サービス内容に関する苦情

当施設への要望・苦情等は、担当者に御寄せいただければ、速やかに対応いたします。又、各階エレベーターわきに備えつけられたポスト「みなさんの声」を御利用頂き、管理者に直接申し出て頂くことも出来ます。

・苦情受付担当者

飯泉 亮 伊藤 悦子

・その他の相談窓口(第三者機関)

・西東京市役所 健康福祉部 高齢者支援課 認定相談係

042-420-2816

・東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

03-6238-0177

13. 当法人の概要

名称: 社会福祉法人 東京聖新会 代表者名: 理事長 新井 浅浩

本部所在地・電話番号: 西東京市向台町 2-16-22 042-468-5166

定款の目的に定めた事業:

- | | | |
|-------------|----------------|------------------|
| ・介護老人保健施設 | ・通所リハビリテーション事業 | ・予防通所リハビリテーション事業 |
| ・短期入所療養介護事業 | ・短期入所予防療養介護事業 | ・訪問リハビリテーション事業 |
| ・介護老人福祉施設 | ・短期入所生活介護 | |
| ・居宅介護支援事業所 | ・地域包括支援センター | |

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者 指定番号 1375424601

事業署名 介護老人保健施設
ハートフル田無 訪問リハビリテーション
住所 東京都西東京市向台町2丁目16番22号
代表者名 施設長 増 山 茂 印

契約書説明責任者

印

<ご本人> 住所 _____

氏名 _____ 印

<家族・代理人・後見人> 住所 _____

氏名 _____ 印