

たかだ脳神経外科・内科クリニック

(介護予防) 訪問リハビリテーション重要事項説明書

1. 事業概要

① 事業所概要

| | |
|------------|---|
| 事業所名 | 医療法人 TNC たかだ脳神経外科・内科クリニック |
| 所在地 | 茨城県笠間市赤坂 9-17 |
| 代表者名 | 理事長 高田 智也 |
| 介護保険指定番号 | 0811610708 |
| サービス提供地域 | 笠間市、水戸市、桜川市、城里町、石岡市 |
| 電話番号 | 0296-71-8808 |
| ホームページアドレス | https://takada-neurosurgery.com |

② 職員体制

| | |
|-------|----|
| 管理者 | 1名 |
| 理学療法士 | 1名 |
| 作業療法士 | 0名 |
| 言語聴覚士 | 0名 |

③ 営業及び営業時間

| | |
|------|--|
| 営業日 | 月・火・木・金曜 9～17時 / 土曜 9～12時 (年末年始、祝日、担当者不在日は除く) |
| 営業時間 | 9時00分～17時00分 |

④ 訪問リハビリテーションサービスの内容

- (1) 病状・障害の観察
- (2) 身体機能の維持・向上
- (3) 日常生活動作能力の維持・向上
- (4) 疼痛管理
- (5) 家屋評価
- (6) 家族への介護指導
- (7) その他

*事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

2. 利用料金

① 利用料

〈介護保険利用者〉

要介護または要支援認定を受けられた方で、介護保険のサービスを利用する場合は、基本料金の1割～3割負担（負担割合証に提示されている割合）となります。

ただし、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

請求日は翌月に請求書兼領収書を発行し、利用料金は現金のみでのお支払いとなります。

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 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) | 1回(20分) 308(298)単位 | 2回(40分) 616(596)単位 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 6単位/回(20分) | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 3単位/回(20分) | |
| 短期集中リハビリテーション加算 | 200単位/日 | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 退院日又は訪問開始日より3月 週2日限度：1日240単位 | |
| 退院時共同指導加算 | 600単位(1回に限り算定) | |
| リハビリマネジメント加算(イ) | 180単位(1月に1度算定) | |
| リハビリマネジメント加算(ロ) | 213単位(1月に1度算定) | |
| リハビリマネジメント加算 ※医師が説明 | 270単位(1月に1度算定) | |
| 移行支援加算 | 17単位/日 | |
| 口腔連携強化加算 | 50単位/月 | |
| 処遇改善加算 | 所定単位数の1.5%加算 | |
| 訪問リハ計画診療未実施減算 | -50単位/回 | |
| 事業継続計画未策定減算 | 所定の単位数1/100単位減算 | |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定の単位数1/100単位減算 | |
| 同一建物減算 | 所定の単位数×85～90/100減算 | |
| 予防訪問リハ12月超減算(要支援) | -30単位/回 | |
| 地域区分(7級地)加算 | 10.17円/単位 | |

付記事項

| 項目 | 内容 |
|-----------------|--|
| サービス提供体制強化加算Ⅰ.Ⅱ | Ⅰ：勤続7年以上のリハ職員。Ⅱ：3年以上 |
| 短期集中リハビリ実施加算 | 退院・退所日、認定日3ヵ月以内を限度として、週2回、20分以上のサービス提供をした場合に加算 |
| 退院時共同指導加算 | 事業所のリハビリ担当者が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行う |
| リハビリマネジメント加算(イ) | リハビリ会議(3月に1回以上)を利用者、家族、構成員(医師、介護支援専門員等)と開催し、利用者の状況等に関する情報の共有を行 |

| | |
|-----------------|--|
| | う。利用者や家族に対し日常生活上の留意点に関する助言・指導を行う |
| リハビリマネジメント加算（ロ） | （イ）の算定要件を満たしていること。リハビリテーション計画書の情報を「LIFE」（厚生省）を用いて提出し、フィードバック情報等を活用している |
| 移行支援加算 | 評価対象期間に訪問リハ終了し通所介護等へ移行した利用者の割合が5%を超えている |
| 口腔連携強化加算 | 口腔の健康評価を行い、所定の機関へ情報提供を行う |
| 処遇改善加算 | 介護事業所で働く職員の賃金、環境改善を目的とした加算。所定の算定要件を満たす場合。 |
| 訪問リハ計画診療未実施減算 | 事業所医がやむを得ず利用者の診療を行わない場合 |
| 事業継続計画未策定減算 | 運営基準において策定が義務付けられている事業継続計画を策定していない場合 |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 虐待防止委員会の定期開催・指針整備・定期研修と職員への周知、担当者の配置等がされていない場合 |
| 同一建物減算 | 事業所と同一敷地内建物や同一建物で利用者20人又は50人以上にサービスを提供する場合 |
| 予防訪問リハ12月超減算 | 利用開始月より12月を超えてサービス提供した場合 |
| 地域区分加算 | 地域・サービス種類毎に人件費の地域差分を上乗せしたもの |

② 交通費

| | |
|-------|-----------------------------------|
| 実施区域 | 無料 |
| 実施区域外 | 実施区域を越える地点から自宅まで実施区域を越えて1kmにつき50円 |

③ 解約料

無料

④ キャンセル料・・・キャンセルとなる場合は、至急ご連絡下さい。

| | |
|--------------|---------------|
| 事前連絡の場合 | 無料 |
| 連絡なく訪問時不在の場合 | 1回につき2,000円徴収 |

⑤ 悪天候時の対応

降雪、台風などの場合やイベント等でサービス提供が困難と見込まれる場合、ご利用者様に連絡の上サービスの日の変更、中止などをお願いする場合がございます。

3. 訪問リハビリテーション提供について

- ① サービス提供責任者
理事長 高田 智也
- ② サービス担当療法士（都合により変更する場合があります。）
担当 理学療法士
- ③ サービス時間・内容
サービスは主治医の指示及びケアプランに基づき、リハビリ計画に沿って計画的に提供します。交通事情、その他の利用者様の状況により時間通り訪問が困難な場合がありますので予めご了承ください。
- ④ 緊急時の対応
サービスの提供中に容態の変化・緊急時の場合は、事前の打ち合わせの連絡方法により、主治医・救急隊・介護支援専門員へ連絡致します。

4. サービスに関する苦情

- ① 当病院の相談窓口 電話番号 0296-71-8808
担当者：根本 浩史（理学療法士）
- ② その他
担当介護支援専門員及び各市町村の介護保険相談窓口、又は、茨城県国民健康保険団体連合会の相談窓口があります。

5. その他

- ① 従業者は、在職期間中はもとより、退職した後も業務上知り得た利用者またはその家族の個人情報・秘密等は第三者に故意にまたは過失による開示・提供・漏洩せず保持します。
- ② 個人情報保護法に基づいて、サービス計画や毎月の担当医・担当介護支援専門員への報告は必要時のみ行います。情報の開示時は、緊急時は口頭で申し送ることもあります。ケアサービスに必要な情報は各事業所に資料の開示を行い、開示方法は郵送または FAX を使用します。
- ③ 訪問利用日は当日の朝に検温をお願い致します。発熱・咳といった症状がある場合、速やかに担当者までご連絡ください。状況によっては、当日の訪問を中止させていただく場合がございますので、予めご了承ください。また、同居家族等が同様の症状や新興感染症等に罹患された場合もご連絡をお願い致します。その際も、同様の対応をさせていただく場合がございます。

感染症時の訪問中止期間

- ・コロナウイルス：発症日（0 病日）より 7 日間（症状継続の場合この限りでない）
 - ・インフルエンザ：発症日（0 病日）より 7 日間（症状継続の場合この限りでない）
- ※その他、感染症及び症状に関してはその都度検討。

たかだ脳神経外科・内科クリニック
訪問リハビリテーション重要事項説明書

(利用者・事業者共用)

【事業者】

当時業者は、訪問リハビリの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、サービスの内容及び重要事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

<事業所所在地> 茨城県笠間市赤坂 9-17

<事業所名称> 医療法人 TNC たかだ脳神経外科・内科クリニック

<説明者> 氏名 印

【利用者】

私は、本書面により、事業所から訪問リハビリについての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

ご利用者（ご本人）

<住所>

<氏名> 印

（代理人）

<住所>

<氏名> 印