

訪問リハビリテーション おとわの杜
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
令和 7 年 6 月 1 日現在

重要事項説明書

1 事業所の概要

| | |
|--------|-------------------|
| 法人の名称 | 医療法人信愛会 |
| 法人の所在地 | 愛知県豊川市国府町流霞 103番地 |
| 電話番号 | 0533-88-2235 |
| 管理者名 | 大石 明宣 |

| | |
|-----------|------------------------------------|
| 事業所の名称 | 訪問リハビリテーション おとわの杜 |
| 事業名 | 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 |
| 事業所の所在地 | 愛知県豊川市赤坂町東山12番地の1 |
| 電話番号 | 0533-87-0111 |
| FAX番号 | 0533-87-9221 |
| 管理者名 | 加藤 宣誠 |
| 介護保険事業者番号 | 2362690055 |
| 指定年月日 | 平成21年 9月 1日 |

2 事業所の勤務体制

| 職種 | 員数 | 勤務の体制 | |
|---------|----|------------------|----------|
| 管理者（医師） | 1人 | 介護老人保健施設おとわの杜と兼務 | |
| 医師 | 1人 | 常勤兼務 1人 | 非常勤兼務 1人 |
| 理学療法士 | 1人 | 常勤兼務 1人 | 非常勤兼務 1人 |
| 作業療法士 | 2人 | 常勤兼務 2人 | 非常勤兼務 2人 |
| 言語聴覚士 | 1人 | 常勤兼務 1人 | 非常勤兼務 1人 |

3 営業日、営業時間及び実施地域

- (1) 営業日 月曜日～土曜日（但し12／30～1／3は除く）
- (2) 営業時間 午前8時30分～午後5時30分
- (3) 実施地域 豊川市、蒲郡市大塚町、蒲郡市栄町、岡崎市本宿町

4 事業所の運営方針

利用者的心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより利用者的心身の機能の維持回復に努めます。

5 サービス内容

医師の指示と、居宅サービス計画・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）計画に基づき利用者の居宅を訪問し、利用者の日常生活がより活動的なものとなるようにADL訓練、IADL訓練、精神面の活性等を行います。また常に利用者の病状・心身の状況・希望や環境等の的確な把握に努め、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、利用者及びその家族に対し、適切な相談、助言、指導を行います。

6 利用料金（利用者負担）

1単位=10.17円とし、負担割合証に記載されている割合に応じてお支払いいただきます。また、利用者の被保険者証に支払の変更の記載（保険料を滞納しているため、償還払いになる旨の記載）がある場合は、一旦費用の全額を支払い、居住地の介護保険担当窓口にて申請のうえ、介護保険適用分の払い戻しを受けていただくことになります。

尚、社会情勢の変化や介護保険法などの法改正に伴い、保険給付の単位数並びに利用料金等の改定があった場合、今後は別紙にてその内容を明記し、説明のうえで同意を得るものとします。

*訪問リハビリテーション

1回20分 308単位／回（週6回限度）

*介護予防訪問リハビリテーション

1回20分 298単位／回（週6回限度）

* 短期集中個別リハビリテーション実施加算 200単位／日

病院、診療所若しくは、介護保険施設から退院、退所した日又は、要介護認定を受けた日から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に加算されます。

* 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算（介護）

240単位（週2日限度）

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ものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から起算して3月以内の期間に、集中したリハビリテーションを行った場合に加算されます。

* リハビリテーションマネジメント加算（介護）

事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に加算されます。

（1）リハビリテーションマネジメント加算（イ） 180単位／月

①事業所の医師が訪問リハビリテーションの実施に当たり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の注意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行なうこと。

②①における指示を行なった医師又は指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、指示の内容が①に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

③リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を、会議の構成員である医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、居宅介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等の担当者、その他関係者と共有し、リハビリテーション会議の内容を記録すること。

④訪問リハビリテーション計画について、計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。

⑤3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、訪問リハビリテーション計画を見直していること。

⑥事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

⑦以下のいずれかに適合すること。

- ・事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問介護等の指定居宅サービス事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該事業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ・事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その家族に対しリハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

⑧①から⑦までに適合することを確認し、記録すること。

(2) リハビリテーションマネジメント加算 (口) 213単位／月
次の基準にいずれも適合する場合に加算されます。

①(1)の①から⑧に掲げる基準に適合すること。

②利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の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ために必要な情報を活用していること。

※訪問リハビリテーション計画書について、訪問リハビリテーション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、1月につき270単位をさらに加算します。

* 口腔連携強化加算 50単位／回（月1回限度）

事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、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、当該評価の結果を情報提供した場合に算定されます。

* 退院時共同指導加算 600単位／回
病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院前カンファレンス参加し、共同指導を行った後に、当該利用者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回限り算定します。

* 介護予防訪問リハビリテーション長期利用の減算 -30単位／回
厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合に、介護予防訪問リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行うときは所定単位数から減算します。

* サービス提供体制強化加算
(1) サービス提供体制強化加算 (I) 6単位／回
訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は、言語聴覚士のうち、勤続年数が7年以上の者がいる場合に加算されます。
(2) サービス提供体制強化加算 (II) 3単位／回
訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は、言語聴覚士のうち、勤続年数が3年以上の者がいる場合に加算されます。

* 移行支援加算（介護） 17単位／日
別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合で、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、評価対象期間の末日が属する年度の次年度内に限り、算定されます。

* 事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、リハビリテーションを行った場合の減算（診療未実施減算） -50単位／回
訪問リハビリテーション事業所の医師がリハビリテーション計画しの作成に係る診療を行わなかった場合、減算します。
ただし、次のいずれにも該当する場合、訪問リハビリテーションの診療未実施減算を適用しません。

- ①医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリーションの提供を受けた利用者であること。
- ②訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けていること。
- ③当該利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供であること。

○保険給付の自己負担額の算出方法（1単位=10.17円）

利用サービス単位数合計×10.17=A（費用総額）

※1円未満の端数がある場合は切り捨て

$A \times 0.9$ （1割負担の場合）=B（保険請求額）

※1円未満の端数がある場合は切り捨て

$A - B = C$ （利用者自己負担額）

（2）実費料金

*文書料（利用料医療費控除証明書料） 1通につき550円

7 料金支払方法

利用者がご利用いただいたサービス利用料は、毎月末締の月1回とし、月末締の請求書を翌月15日頃に発行します。お支払いは口座振替にて指定日に振り替えさせていただきます。口座振替を利用されない方につきましては、翌月末日までに指定金融機関にお振込みいただくか、現金にてお支払いいただきます。お支払いいただいた後に領収証を発行しますが、領収証の再発行はしませんので大切に保管をお願いします。なお、利用料を領収したことを証明する書類として上記の利用料医療費控除証明書を発行することができます。利用料医療費控除証明書は医療費控除申請に使用できます。

8 キャンセル料

利用者がサービスを中止する場合のキャンセル料は徴収しません。但し、サービスを中止する場合は利用予定日の前日までに連絡をお願いします。また、急変等やむを得ない場合は、利用開始時間前までに連絡をお願いします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者にインフルエンザ等の感染症が疑われる症状が見られた場合は、ご利用をお受けすることができません。又、体調が回復されていない場合のご利用はお受けできません。
- (2) 利用者の同居の家族がインフルエンザ等の感染症と診断された場合のご利用はお受けできません。

10 緊急時の対応方法

指定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）の提供中に利用者の容態の変化等があった場合には、速やかに緊急連絡先、主治医等に連絡します。

11 事故発生の防止及び発生時の対応

事業所は安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。また、サービス提供等に事故が発生した場合、東三河広域連合、利用者家族、居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

12 第三者評価

| | | | |
|---------------|------|------------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日（直近年月日） | |
| | | 実施評価機関名称 | |
| | | 評価結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

13 苦情処理

利用者は、事業所が提供する指定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）について、苦情等いつでもお申し付けください。

苦情相談窓口

| | |
|-----------------------------|----------------|
| 訪問リハビリテーション おとわの杜 リハビリ主任 | (0533) 87-0111 |
| 東三河広域連合介護保険課 | (0532) 26-8471 |

| | |
|-------------------------------|----------------|
| 豊川市福祉部介護高齢課 | (0533) 89-2173 |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情相談室 | (052) 971-4165 |
| | |

1.4 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 施設は、虐待の発生又はその発生を防止するため、次の号に掲げる措置を講じるものとします。
- ① 施設における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
 - ② 施設における虐待防止のための指針を整備します。
 - ③ 施設における職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。
- (2) 前項各号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くものとします。

指定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)
重要事項説明同意書

当事業所は、令和 年 月 日現在の重要事項説明書に基づいて、介護保険施設サービスの内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

【事業所】

住 所 愛知県豊川市赤坂町東山12番地の1
施 設 名 訪問リハビリテーション おとわの杜
管 理 者 加藤 宣誠

私は、令和 年 月 日現在の重要事項説明書に基づいて介護保険施設サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

【利用者】

氏 名 _____

署名代筆者 (続柄 : _____)
(代筆の場合に記入)

【家族又は身元引受人】

氏 名 (続柄 : _____)