

指定訪問リハビリテーション 重要事項説明書

<令和 6 年 6 月 1 日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 仁誠会 奈良セントラル病院
代 表 者 名	理事長 今村 豪
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 〒 6 3 1 - 0 0 5 4 奈良県奈良市石木町800 医療法人仁誠会 奈良セントラル病院 (電話) (0 7 4 2) 9 3 - 8 5 2 0 (FAX) (0 7 4 2) 9 3 - 8 5 2 1 リハビリテーション部 (直通電話) (0 7 4 2) 9 3 - 7 8 5 4 (直通FAX) (0 7 4 2) 9 3 - 7 8 3 4
介護保険指定番号	2 9 1 0 1 1 1 2 4 0

2 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

当事業は、要介護状態又は要支援状態と認定された利用者、介護予防にあつては要支援状態と認定された利用者に対し、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、病院の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下、「理学療法士等」という。)が利用者の自宅を訪問して、心身機能の維持・向上を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の必要なリハビリテーションを行うことを目的とする。

(2) 運営方針

当事業では、要介護状態又は要支援状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、作業療法又は言語聴覚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、利用者の心身機能の維持・向上を図ることを目指す。

指定訪問リハビリテーションの提供に当たって、病状が安定期にあり、診察に基づき実施される計画的な医学的管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた通院が困難な要介護者とする。

指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たって、要支援者が可能な限りその居宅において、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、利用者の心身機能の維持・向上を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

事業の実施に当たって、居宅介護支援事業者その他、保健医療福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めることとする。

3 サービスの職員体制

職種	常勤	常勤・兼務	非常勤	計
管理者		1名		1名
理学療法士		3名		3名
作業療法士		1名		1名
言語聴覚士		1名		1名

4 サービス内容

- (1) 理学療法士等が利用者の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、利用者がより自立した日常生活を営むことができるよう、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供する。
- (2) 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがある。

5 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、事業所から奈良市（JR奈良線奈良駅までの以西、JR桜井線の以西）、生駒市（国道163号以南）、大和郡山市（西名阪自動車道以北）、安堵町（西名阪自動車道以北）、斑鳩町、平群町とする。

6 利用料金

- (1) この事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、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）が法定代理受領サービスであるときは、その1～3割の額とする。料金表例を以下に記す。

加算	単位	利用者負担 額の目安 (1割負担)	利用者負担 額の目安 (2割負担)	利用者負担 額の目安 (3割負担)	算定要件・回数等
基本 (20分/回)	要介護：308単位/回 要支援：298単位/回	318円 307円	636円 615円	954円 923円	
リハビリテーションマネジメント加算	(イ) 180単位/月 (ロ) 213単位/月	(イ) 185円 (ロ) 220円	(イ) 371円 (ロ) 440円	(イ) 557円 (ロ) 660円	※医師による説明・同意 左記+270単位/月 ※①参照
短期集中リハビリテーション実施加算	110単位/回	113円	227円	340円	退院(所)日又は新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内に個別リハビリを集中的に行った日数
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/回	247円	495円	743円	(退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に、1週間に2日を限度)
口腔連携強化加算	50単位/回 (1ヶ月に1回限度)	51円	103円	154円	※②参照
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) 6単位/回 (Ⅱ) 3単位/回	6円 3円	12円 6円	18円 12円	※③参照
退院時共同指導加算	600単位/回	619円	1,239円	1,859円	※④参照

(※) 1単位＝10,33円 3割の場合は1割上記料金に3を乗じた料金

(※) 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する者、もしくは前記以外の範囲に所在する建物（建物の定義は同上）に居住する（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）、いずれかに該当する集合住宅の居住する利用者にサービス提供する場合、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

(※) 高齢者虐待防止措置未実施減算 （基本報酬の-1%減算）

- ・虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合
- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること
- ・虐待の防止のための指針を整備すること
- ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること
- ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと

(※) 業務継続計画未策定減算 （基本報酬の-1%減算）

- ・業務継続計画（BCP）の策定をおこなっていない事業所は基本報酬の減算の対象となります。
- ・感染症や災害が発生した場合でも必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する

(※) 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

：-50単位/回減算

(※) 長期期間利用の介護予防訪問リハビリテーションの適正化（※利用開始から12月超え）

：5単位/回減算

※①リハビリテーションマネジメント加算 （イ、ロ、ハ）

- ・「利用者の日常生活における活動の質の向上」を図るために行われる、リハビリテーションの提供を促進することを目的とし、S (Survey 調査) P (Plan 計画) D (Do 実行) C (Check 評価) A (Action 改善) のサイクル構築と、リハビリテーションの継続的な管理を評価する加算。

(イ)

- ・事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること
- ・事業所の医師が、理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士に対し、利用者のリハビリテーションの目的に加え、「リハビリテーション開始前や実施中の留意事項」、「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つ以上の指示を行うこと
- ・医師、または指示を受けた理学療法士、作業療法士、もしくは言語聴覚士が、指示の内容が上記の基準に適合することが明確にわかるように記録すること
- ・リハビリテーション会議を開催し、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状況等に関する情報を構成員と共有し、会議の内容を記録すること
- ・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、または言語聴覚士が、利用者またはその家族に説明し、同意を得るとともに、説明した内容等を医師へ報告すること

- ・リハビリテーション計画の作成にあたって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して、6ヵ月以内の場合は1ヶ月に1回以上、6ヵ月を超える場合は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ていること
 - ・事業所の理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションの専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法、日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと
 - ・以下のいずれかを満たすこと
 - ・事業所の理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業所の従業者と利用者の居宅を訪問し、従業者に対し、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と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、または言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、利用者の家族に対し、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と日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
 - ・上記の要件を満たしていることを確認し、記録すること事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること
- (ロ)
- ・リハビリテーションマネジメント加算（イ）の算定要件を満たしていること
 - ・利用者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を「LIFE」を用いて提出し、フィードバック情報等を活用していること

○医師が利用者またはその家族に説明した場合

：リハビリテーション計画について、事業所の医師が、利用者またはその家族に説明し、同意を得ること

※② 口腔連携強化加算

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、歯科医療機関およびケアマネジャーに対し、当該評価の結果を情報提供した場合。事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

※③ サービス提供体制強化加算

(Ⅰ) 理学療法士のうち、勤続7年以上の者が1人以上

(Ⅱ) 理学療法士のうち、勤続3年以上の者が1人以上

※④ 退院時共同指導加算

退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行なう

(2) 交通費については、通常の事業実施地域は無料とする。上記以外の地域を超えた距離から1kmごとに30円を徴収する。

(3) 交通費の徴収に際しては、予め利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得る。

(4) その他の費用

利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、利用者の負担となる。

(5) キャンセル料

利用者は利用者の都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料を支払うものとする。キャンセルされる場合は、至急事業所まで連絡のこと。

ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の 50%

(6) 支払いの遅延

利用者が正当な理由がないにも関わらず、支払い期日から 2 ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、民法第 419 条第 1 項を根拠に民法 404 条を適用とし、延滞金年利 5% を徴収する。

7 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、利用者に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・家族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡する。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄:)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄:)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

8 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合) その他の費用の請求方法等	1 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月毎の合計金額により請求する。 2 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）する。
② 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合) その他の費用の支払い方法等	1 サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いいただく。 (ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い 2 支払いの確認後、支払い方法の如何によらず、領収書を発行するので、必ず保管すること。 (医療費控除の還付請求の際に必要となることがある。)

※ 利用者が正当な理由がないにも関わらず、支払い期日から遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、民法第419条第1項を根拠に民法404条を適用とし、延滞金年利5%を徴収することとする。

お支払口座

池田泉州銀行 あべのハルカス支店

普通預金口座（口座番号 52056 ）

口座名義 医療法人仁誠会

※入金確認後、領収書を発行する。

9 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行う。災害対策に関する担当者（防火管理者）氏名：（ 松江 幸雄 ）
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知する。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。
避難訓練実施時期：（毎年2回 8月、2月）
- (4) 台風接近時、地震、水害時のサービス提供については、別に定める対応基準にしたがって適切に対応を行います。

10 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 リハビリテーション部 ご利用時間 9：00～17：00 ご利用方法 電話：0742-93-7854 FAX：0742-93-7834
奈良県国民健康保険団体連合会	電話：0744-21-6811 フリーダイヤル：0120-21-6899 ご利用時間（平日）09：00～17：00
奈良市保健福祉部介護福祉課	電話：0742-34-5422 FAX：0742-34-2621 ご利用時間（平日）8：30～17：15

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を行った。

令和 年 月 日

事業者	住 所	奈良県奈良市石木町800
	法 人 名	医療法人仁誠会
	事業所名	奈良セントラル病院
	事業所番号	2910111240
	理 事 長	今村 豪 印

説明者 氏 名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の内容の説明を受け、承諾する。

利用者 住 所

氏 名 印

代理人 住 所

氏 名 印（続柄 ）

附則

この重要事項説明書は平成26年9月1日に施行する。
この重要事項説明書は令和2年1月11日に内容一部変更し、施行する。
この重要事項説明書は令和2年3月15日に内容一部変更し、施行する。
この重要事項説明書は令和2年5月1日に内容一部変更し、施行する。
この重要事項説明書は令和2年7月9日に内容一部変更し、施行する。
この重要事項説明書は令和3年3月1日に内容一部変更し、施行する。
この重要事項説明書は令和3年4月1日に内容一部変更し、施行する。
この重要事項説明書は令和6年6月1日に内容一部変更し、施行する。