

介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

| | |
|---------|--------------------|
| 常 設 窓 口 | 当事業所内 相談窓口 |
| 電 話 番 号 | (0749) 46-1125 |
| 担 当 者 | 管理者 上田 麻美 |
| 受 付 時 間 | 月曜日～土曜日 9:00～16:30 |

※ご不明な点は、おたずねください。

※令和7年1月1日から「受付時間」が以下のとおり変更となります。(下線部は変更箇所)

| | |
|---------|---------------------------|
| 受 付 時 間 | <u>月曜日～金曜日</u> 9:00～16:30 |
|---------|---------------------------|

2. 当事業所の概要

(1) 本体事業所

| | |
|------------------------|---|
| 事 業 所 名 | 近江訪問リハステーション |
| 所 在 地 | 滋賀県東近江市北坂町966番地 |
| 電 話 番 号 | 0749-46-1125 |
| 介護保険指定番号 | 2510500859 |
| サービスを提供する 通常の事業実施地域 | 彦根市・犬上郡・愛知郡・東近江市（蒲生地区を除く） 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。 |

(2) サテライト事業所

| | |
|------------------------|---|
| 事 業 所 名 | 近江訪問リハステーション サテライト彦根 |
| 所 在 地 | 滋賀県彦根市外町194-1 ジュネスハイムI-202号室 |
| 電 話 番 号 | 0749-49-3436 |
| 介護保険指定番号 | 2510500859 |
| サービスを提供する 通常の事業実施地域 | 彦根市・犬上郡・愛知郡・東近江市（蒲生地区を除く） 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。 |

3. 当事業所の従業員

(2024年6月1日 現在)

| | 資 格 | 専 任 常 勤 | 非専任 常 勤 | 業 務 内 容 | 計 |
|-------|-------------|------------|------------|--|---|
| 管 理 者 | 作業療法士 又は | 1名 | | ・当事業所従事者及び業務の管理 ・介護予防訪問リハビリテーションの利用申込に係る調整 ・事業所従業員の技 | |

| | | | | | |
|-------------------|-------|----|----|---|----|
| | 理学療法士 | | | 術指導 ・介護予防訪問リハビリテーション計画作成 ・訪問リハビリテーション | 1名 |
| 医師 | | | 1名 | ・診療 ・介護予防訪問リハビリテーション計画作成 | |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | | 6名 | | ・介護予防訪問リハビリテーション計画作成 ・訪問リハビリテーション | 6名 |
| 事務職員 | | 1名 | | ・事務全般 | 1名 |

4. 運営の方針

- ①訪問リハビリテーション員は、要支援者等となった場合においても、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、作業療法、理学療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復をはかります。
- ②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ます。

5. サービスの提供時間帯

(1) 本体事業所

| | |
|------|--|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 (但し、年末年始(12月30日～1月3日)及び、国民の祝日、法人創立記念日(2月23日)等、当法人が定める日においては休業日) |
| 提供時間 | 9:00～16:00 |

(2) サテライト事業所(サテライト彦根)

| | |
|------|--|
| 営業日 | 火曜日～土曜日 (但し、年末年始(12月30日～1月3日)及び、国民の祝日、法人創立記念日(2月23日)等、当法人が定める日においては休業日) |
| 提供時間 | 9:00～16:00 |

※令和7年1月1日から「営業日」が以下のとおり変更となります。(下線部は変更箇所)

(1) 本体事業所

| | |
|------|---|
| 営業日 | <u>月曜日～金曜日</u> (但し、年末年始(12月30日～1月3日)及び、国民の祝日、法人創立記念日(2月23日)等、当法人が定める日においては休業日) |
| 提供時間 | 9:00～16:00 |

(2) サテライト事業所(サテライト彦根)

| | |
|------|---|
| 営業日 | <u>月曜日～金曜日</u> (但し、年末年始(12月30日～1月3日)及び、国民の祝日、法人創立記念日(2月23日)等、当法人が定める日においては休業日) |
| 提供時間 | 9:00～16:00 |

6. サービス内容

心身の機能の維持回復をはかり、日常生活の自立を助けるために作業療法、理学療法その他必要なりハビリテーションを行います。

7. 利用料金等

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として【料金表】の利用者負担の割合の額です。

ただし、保険料の滞納等により、保険給付金が事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦全額自己負担していただき、事業所からサービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日お住まいの市町村の窓口に提出しますと、差額の払戻を受けることができます。

(注) 介護保険の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。

本体事業所

【基本料金】

(7級地 1単位：10,17円)

| 介護予防訪問リハビリテーション費(1回につき) | 基本単位 10割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|-------------------------|-----------------|------|------|------|
| | 298単位 3,030円 | 303円 | 606円 | 909円 |

※ 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は、基本単位から50単位を減算。

※ 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ヶ月に限り減算を適用しない。

※ 週6回までの算定

(退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能)

【加算料金】

(7級地 1単位：10,17円)

| | 単位 10割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|-----------------------------|-----------------|------|--------|--------|
| 短期集中リハビリテーション加算(1日につき・3月以内) | 200単位 2,034円 | 204円 | 407円 | 611円 |
| サービス提供体制加算I(1回につき) | 6単位 61円 | 7円 | 13円 | 19円 |
| 退院時共同指導加算(退院時1回を限度) | 600単位 6,102円 | 611円 | 1,221円 | 1,831円 |

サテライト事業所(サテライト彦根)

【基本料金】

(6級地 1単位：10,33円)

| 介護予防訪問リハビリテーション費(1回につき) | 基本単位 10割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|-------------------------|-----------------|------|------|------|
| | 298単位 3,078円 | 308円 | 616円 | 924円 |

※ 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は、基本単位から50単位を減算。

※ 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ヶ月に限り減算を適用しない。

※ 週6回までの算定

(退院・退所日から3月以内は週12回まで算定可能)

【加算料金】

(6級地 1単位：10,33円)

| | 単位 10割負担 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|-----------------------------|-----------------|------|-------|-------|
| 短期集中リハビリテーション加算(1日につき・3月以内) | 200単位 2,066円 | 207円 | 414円 | 620円 |
| サービス提供体制加算Ⅰ(1回につき) | 6単位 61円 | 7円 | 13円 | 19円 |
| 退院時共同指導加算(退院時1回を限度) | 600単位 6198円 | 620円 | 1240円 | 1860円 |

(2) 料金のお支払方法

お支払方法は、口座自動引落、銀行振込等の中からご契約の際に選べます。

| | |
|------|--------------------------------|
| 支払方法 | 1. 口座自動引落 2. 銀行振込 3. その他 |
|------|--------------------------------|

(3) キャンセル料

キャンセル料1回1650円

※利用予定日の前日午後5時以降にキャンセルされるときは、上記金額のキャンセル料を請求する場合があります。

8. サービスの利用開始

- ① サービスの利用開始(継続)については、「医師の指示書」、「居宅サービス計画書」および「介護予防訪問リハビリテーション計画書」が必要となります。
- ② 「医師の指示書」および「居宅サービス計画書」については、事前に担当の介護支援専門員へご相談下さい。
- ③ 担当介護支援専門員がいない場合は、まず、当事業所までお電話等でご相談下さい。
- ④ 「介護予防訪問リハビリテーション計画書」の作成については、当事業所職員が対応いたします。
- ⑤ ①～④の必要書類がそろったとき、契約をもって、サービスの提供を開始します。

9. サービスの中止等について

(1) 利用キャンセルによるサービスの中止

利用者からのキャンセル連絡により、サービスを中止いたします。

その際、キャンセルの連絡は、利用前日午後5時までにご連絡をお願いします。

尚、土・日・祝日は休業日となりますので、休業日後の利用予定のキャンセルは、利用予定日の1営業日前までにご連絡下さい。また、休業日中は、日当直者にお知らせするか、FAXにてご連絡をお願い致します。

なお、中止が事前にわかっている場合は、前もってご連絡下さい。

電話番号 0749-46-1125 FAX 0749-46-0265

(2) 天候不良等によるサービスの中止

大雨・大雪時や天災時および感染症拡大等、その他、通常のサービスを提供するのに困難な場合、サービスを中止する場合があります。

(3) 交通事情によるサービス提供時間の遅滞

サービス提供のため、利用者の訪問には、ゆとりをもって向いますが、交通事情により、やむを得ず、サービス提供時間に遅滞する場合があります。ご理解願います。

(4) サービスの停止および再開について

サービス提供中の利用者につきまして、次の事象が発生した場合、一旦サービス提供を停止する場合があります。なお、停止後の再開については、他の利用者の調整上、速やかな再開ができない場合がありますので、ご容赦願います。

- ① 利用予約をしていたにも関わらず、キャンセル回数が著しく多い場合。
- ② 入院等利用しない日が継続して3か月以上経過する場合（または予定される場合）。
- ③ 利用者からの申し出があった場合。
- ④ サービス提供を医師が指示する書面（診療情報提供書）が確認できない場合。

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

11. 虐待防止の対応

サービス提供にあたり、従業者又は利用者ならびに家族等による虐待をうけたと思われる者を発見した場合は、速やかにこれを市等へ通報します。

| | |
|---------|--|
| 虐待防止責任者 | 管理者 |
| 相談窓口 | 東近江市福祉部 地域包括支援センター TEL 0749-24-5641 ※その他各市町村の地域包括支援センター |

12. 当事業所が提供するサービスについての苦情相談窓口

| | |
|------|--------------------|
| 常設窓口 | 当事業所内 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 0749-46-1125 |
| 担当者 | 管理者 上田 麻美 |
| 受付時間 | 月曜日～土曜日 9:00～16:30 |

※令和7年1月1日から「受付時間」が以下のとおり変更となります。（下線部は変更箇所）

| | |
|------|---------------------------|
| 受付時間 | <u>月曜日～金曜日</u> 9:00～16:30 |
|------|---------------------------|

| | |
|----------------|---|
| 東近江市 | 住所 滋賀県東近江市八日市緑町10-5 長寿福祉課 電話番号 0748-24-5678 又は各支所福祉課 |
| 滋賀県国民健康保険団体連合会 | 住所 滋賀県大津市中央4丁目5-9 電話番号 077-522-0065 |

※ 東近江市以外の利用者様は、各市町村福祉課までご相談ください。

※ ご不明な点は、おたずねください。

13. その他

当該重要事項説明書に記載されていない項目、または内容に変更が生じた場合は、別紙にて追加し説明することとします。

_____年____月____日

介護予防訪問リハビリテーションの重要事項を、本書面に基づいて説明しました。

| | | |
|-----|-----|-----------------|
| 事業者 | 所在地 | 滋賀県東近江市北坂町966番地 |
| | 名称 | 医療法人 恒仁会 |
| | 代表者 | 理事長 小山 威夫 |
| 事業所 | 名称 | 近江訪問リハステーション |
| | 氏名 | |

_____年____月____日

私は本書面により、事業者から介護予防訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

| | | |
|-----|----|--|
| 本人 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | |