

重要事項説明書

令和7年1月1日現在

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

相談担当職員 大森健司
電 話 0744-46-1311(代)

2. (介護予防)訪問リハビリテーション事業所の概要

(1) サービスを提供する施設名等

事業所の名称 介護老人保健施設シルバーケアまほろば
所在地 奈良県桜井市大字阿部323番地
介護保険指定番号 奈良県指定 第2950480067号

(2) 職員体制

区 分	正職員	臨時職員	合計	備 考
管理者	1		1	兼務
医師	1	1	2	施設・通所と兼務
理学療法士 又は 作業療法士	7	2	8	入所・通所と兼務
合計	8	2	10	

(3) 職員の職務内容

職種	職務の内容
管理者	施設を代表し、施設職員を指揮するとともに、施設全体の業務の実施状況を把握し、施設管理を行う。
医師	利用者に対する、健康管理及び療養上の指導を行う。
理学療法士、 作業療法士又は 言語聴覚士	訪問リハビリテーションの指導、訪問リハビリテーション計画書の作成等

(4) サービス提供日及び時間

- ①サービス提供日 毎週月曜日から金曜日（土曜日・日曜日・祝日・済生会創立記念日（5月30日）・年末年始は休みです）
- ②サービス提供時間 午前9時から午後4時30分までの間で居宅サービス計画に定められた時間とします。

3. サービスの主な内容

(1) 通常の事業の実施地域

実施地域は、特別な場合を除き桜井市内とします。

(2) リハビリテーション

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者のご自宅を訪問し、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に、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などを目的にサービスを提供します。

(3) その他

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ございますが、ご了承ください。

4. 利用料金

- (1) 介護保険給付に係る一部負担（保険給付費の1割額。但し、一定以上所得者は2割又は3割額）

		(単位:円)			
ア 訪問リハビリテーション		1割負担額	2割負担額	3割負担額	
①	基本サービス費 (単位:円)	1回につき	308	616	924
②	リハビリテーションマネジメント加算イ	1月につき	180	360	540
	リハビリテーションマネジメント加算ロ	1月につき	213	426	639
	(事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、同意を得た場合)				
		1月につき	270	540	810
③	短期集中リハビリテーション実施加算	1日につき	200	400	600
	(医療機関若しくは介護保険施設から退院(所)した日又は認定日から起算して3月以内)				
④	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1日につき	240	480	720
⑤	退院時共同指導加算	1回につき	600	1,200	1,800
⑥	移行支援加算	1日につき	17	34	51
⑦	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1回につき	6	12	18
⑧	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察を行わなかった場合	1回につき	-50	-100	-150

		(単位:円)			
イ 介護予防訪問リハビリテーション		1割負担額	2割負担額	3割負担額	
①	基本介護サービス費	1回につき	298	596	894
②	短期集中リハビリテーション実施加算	1日につき	200	400	600
	(医療機関若しくは介護保険施設から退院(所)した日又は認定日から起算して3月以内)				
③	退院時共同指導加算	1回につき	600	1,200	1,800
④	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1回につき	6	12	18
⑤	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察を行わなかった場合	1回につき	-50	-100	-150
⑥	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合	1回につき	-30	-60	-90

その他加算給付が発生した場合はその1割、2割又は3割相当額が加算されます。また桜井市は地域区分が7級地ですので地域区分加算として1.7%加算されます。

(2) その他費用

- ① 利用者のお住まいで、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ご負担となります。
- ② 通常の事業の実施地域を越えて事業を実施するために要した交通費は実費負担となります。なお、自動車を使用した場合の交通費は、以下の額となります。
 - (1) 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5km未満200円
 - (2) 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道5km以上10km未満300円
 - (3) 通常の事業の実施地域を超えた地点から片道10km以上500円

(3) 利用料金等の支払い

毎月初めに、前月分を一括して請求します。支払いは銀行の自動引き落としとなりますので利用開始時に定めた銀行の自動引き落とし口座に入金をお願いします。

5. サービスの利用について

- (1) サービスの利用にあたって

サービスの利用については、要支援1、要支援2又は要介護1～要介護5の認定を受けられた方を対象といたします。
- (2) サービスの終了
 - ① 利用者の都合によりサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日のおよそ1週間前までに、申し出てください。
 - ② 事業所の都合によりサービスを終了する場合

事業所のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了する場合は、終了1ヶ月前までに文書により通知します。

- ③ 自動的にサービスが終了する場合
次に掲げるような場合は、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了します。
- ・利用者が介護保険施設に入所したとき。
 - ・利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定されたとき。
 - ・利用者が死亡したとき。
- ④ その他によるサービスの終了
- ・事業所が正当な理由無くサービスを提供しないとき。
 - ・事業所及び職員が、守秘義務に違反したとき。
 - ・事業所及び職員が利用者及びその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行ったとき。
 - ・事業所が破産したとき。
- 上記のような場合は、利用者は終了の意思を表示することにより直ちにサービスを終了することができる。
- ・利用料金を滞納し、催告してもなお支払いに応じようとしないとき。
 - ・利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返したとき。
 - ・利用者が入院、施設入所若しくは病気等により1ヶ月以上にわたってサービスの利用ができない状態であることが明らかであるとき。
 - ・利用者及びその家族が、事業所、事業所職員及び利用者等に対して、乱暴、粗暴その他迷惑を及ぼした行為を行ったとき。
- など、上記のような場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

6.訪問リハビリテーションの運営方針等

(1) 運営の方針

当事業所は、リハビリテーションを中心に、利用者の身体的・精神的機能の維持向上を図り、在宅における生活を支援することを目的とします。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

① 利用中止(キャンセル)の連絡

利用予定日のキャンセルについては、必ず事前にご連絡ください。

② 体調の確認

事業所では利用者の体調については常に注意を払い管理しておりますが、発熱・便秘・食欲不振等平素より変わったところがあれば事前にご連絡ください。

状況によってはサービス中止の場合もありますのでご了承ください。

③ 施設設備・機器の利用について

リハビリテーションを行うための設備・機器等の使用は、職員の指導により利用してください。許可を得ずに使用したために事故が生じたときは、事業所として責任を負いません。また設備・機器等の故障や破損をしたときは弁償をしていただくこととなります。

④ 警報等発令時等の臨時休業について

警報発令、土砂災害警戒レベル3以上が発令されている地域は臨時休業とさせていただきます。臨時休業を決定する時刻は、午前利用の場合は午前8時時点、午後利用の場合は午後12時時点で決定させていただきます。

またサービス途中や移動中に発令された場合はその時点でサービスの提供を終了させていただきます。

⑤ その他

その他事業所の管理上、必要な事項に関してはその都度利用者各位に協力をお願いすることがあります。

7.緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の容体の変化等が生じたときは、協力病院などに連絡し必要な処置を講ずるともにかかりつけの主治医、家族に速やかに連絡します。

主治医		家族等	
氏名		氏名	
電話番号		電話番号	

8.事故発生時の対応

(1) 初期対応

サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は利用者に対し必要な措置を講じます。

(2) 病院への診察依頼

事業所医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、併設医療機関(済生会中和病院)又は他の専門的機関での診療を依頼します。

(3) 家族及び市町村への連絡

前2項のほか、当事業所は利用者の家族等及び市町村に対し速やかに連絡します。

9.サービスに関する相談等

当事業所利用に関する相談・苦情などは下記の者に申し付けください。

*シルバーケアまほろば リハビリテーション科 TEL 0744-46-1311

また、以下の公的機関においてもご相談が可能です。

*桜井市役所高齢福祉課 TEL 0744-42-9111(代)

*奈良県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護サービス苦情相談窓口

TEL 0120-21-6899 (フリーダイヤル)