重要事項説明書

利用者：　　様

事業者：予防訪問リハビリテーション　あきよし

予防訪問リハビリテーション重要事項説明書

（令和８年６月１日現在）

１　施設の概要

（１）事業者(法人)の概要

事業者名称	医療法人　秋芳会
代表者名	秋吉　貴文
所在地・連絡先	大分県日田市豆田町５番 20 号 TEL 0973-23-0808　　FAX 0973-24-2501
事業所番号	4410411658
指定年月日	平成 30 年６月１日
通常サービス提供地域	日田市内

(2)　職員の体制

	区分		人数	備考
	常勤(人)	非常勤(人)		
管理者	１名		１名	病院と兼務
理学療法士	１名		１名	通所と兼務
言語聴覚士	１名		１名	病院と兼務

(3)　営業時間

月～土曜日	午前９：00　～　午後５：30
休　　日	日曜日・祝日（ただし利用者またはその家族からの希望により日・祝日の利用も可能とする。）

※担当者がお休みの場合、御利用日を変更させていただくことがあります。

２　利用料金等

（1）利用料金

基本料金（料金表）の１割から３割が自己負担金となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額利用者負担となります。

お支払いいただく各サービス利用料の単価（1 割負担の場合）

	予防給付
基本単位（20 分　１単位）	298 円
退院時共同指導加算（退院につき１回）	600 円
予防リハビリテーション提供体制加算Ⅰ	６円

※ 栄養補助食品､嚥下食品等を同意のもと提供した場合は実費をご負担いただきます。保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合は、一旦介護保険適用外の全額をいただき、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

後日当該地域の市町村窓口に提出いたしますと、差額払い戻しを受けることができます。

（2）介護職員等処遇改善加算に関する事項

当事業所では、介護職員等の処遇改善を図るため、介護保険法に基づき「介護職員等処遇改善加算」を令和８年６月１日より算定しております。

本加算は、介護職員等の賃金改善や職場環境の向上を目的としており、加算により得られた収入は、介護職員等の給与改善（手当・賞与等）および働きやすい職場環境の整備に充てられます。なお、本加算の算定に伴い、ご利用者様の介護サービス費の自己負担額が増加する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

また、当事業所は、国の定める基準に基づき、処遇改善に関する計画の策定および実施状況の報告を適切に行っております。

（3）交通費

通常サービス提供地域を超えて行う事業に要する交通費に関しては、事業の実施地域を超える地点から自宅までの交通費の実費を徴収いたします。なお自動車を使用した場合の交通費は、以下の額を徴取いたします。

通常の実施地域を超えた地点から片道　10㎞未満　100円
10㎞以上　100円

（4）その他の費用

サービス提供にあたり、必要となる物品等については、実費をご負担いただく場合があります。その際は、事前にご説明し、ご同意をいただきます。

（5）支払方法

利用料金等は、翌月１５日までに請求をいたします。お支払は原則として、郵便局又は銀行より引落としさせて頂きます。ただし、お申し出によりお支払方法を変更することができます。

（6）キャンセル

①利用者がサービスの利用中止（休止）をする際には、事前に次の連絡先までご連絡下さい。

0973-23-0808（訪問リハビリ担当　大西・江藤）

②キャンセル料は利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

- サービス利用前日までのキャンセル：キャンセル料不要
- サービス利用当日のキャンセル：利用者負担金の100％

（ただし利用者の容態の急変等、緊急を要するやむを得ない事情がある場合は不要です）

3　解約・サービス内容に関する苦情等

解約について

１．利用者が正当な理由なく利用料を３ヶ月以上滞納し延滞料金の支払がない

時は、契約を解約する旨の催告をすることができます。この場合事業者は、「居宅サービス計画」を作成した居宅介護支援事業者と協議し、契約解約後も利用者の日常生活に支障のないよう、「居宅サービス計画」の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行い、利用者が期間内に滞納料金の支払いをしなかった場合は、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

2．利用者が、介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合また、要介護認定区分が自立と認定された場合及び、死亡した場合は、自動的にこの契約は終了します。

3．当施設にやむを得ない事情が発生した場合には、利用者に対してこの契約を解約する場合があります。その際、その理由を説明した文書を提示したのち、１ヶ月後に契約の解約が成立いたします。

サービス内容に関する苦情

当事業所の相談窓口・苦情担当者

施設名	担当者名	連絡先
予防訪問リハビリテーションあきよし	渡邉　和也	0973-26-0982

その他の相談・苦情窓口

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市町村名	担当課・係	連絡先
日田市	介護保険係	0973-23-3111
大分県国民健康保険団体連合会	苦情処理担当	097-534-8475

その他

その他、介護保険制度、サービス利用、利用料金などで不明な点がございましたら、説明担当者にご遠慮なくお申し出下さい。

緊急時の対応

サービスの提供中に容体の急変、その他の緊急事態が生じた場合は、速やかに医療機関および代理人に連絡するとともに、病院への搬送が必要と判断した場合は諸手続きを行います。

主治医	主治医氏名	
	連　絡　先	
ご家族	氏　　名	
	連　絡　先	

個人情報に関する同意書

私は、訪問リハビリテ―ションあきよしが下記の第三者に対して、下記の個人情報を必要な範囲で尋ねること、提供すること及び当該第三者が提供の趣旨に従った下記の目的で当該個人情報を利用することに同意します。又提供することを拒否した場合に、その機関からのサービスを受けられない状況が生じても異議はありません。

記

提供する第三者

サービスを受けている又受けようとする介護保険事業所、（管轄）市、包括支援センター、（主治医）医療機関、（管轄）保健所、関係機関、その他サービス担当者会議出席者（個人により異なる）

利用する者の利用目的

介護サービス計画作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業所間での連絡調整、医師等の意見・助言を求めるため、その他本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供のため

提供する個人情報

① 氏名・住所・生年月日・電話番号・家族構成・住居環境

② 介護保険被保険者証に記載されている情報その他身体に関する情報

※ 情報の開示

利用者からサービス提供記録等の開示を求められた場合は利用者に対し提供記録等の開示を行う。又、代理人からの開示請求に関しては本人の同意（同意書）を必要とする。

本重要事項説明書に基づく説明を証するため、本書２通を作成し、利用者、施設が署名捺印の上、１通ずつ保有するものとします。

令和　　年　　月　　日

サービスの提供開始にあたり、利用者に対し重要事項説明書、個人情報の取り扱いについて説明いたしました。

施設

〈所在地〉大分県日田市豆田町 5 番 20 号

〈名　称〉予防訪問リハビリテーションあきよし

〈説明者〉　　印

私は、重要事項説明書に基づき、施設から訪問リハビリテーションサービスについての重要事項、個人情報の取り扱いについて説明を受けここに了承しました。

利用者

〈住　所〉

〈氏　名〉　　印

代理人

〈住　所〉

〈氏　名〉　　印