

重要事項説明書

個人情報及び守秘義務に関する同意書

指定（介護予防）訪問リハビリテーション

利用者： _____ 様

事業者： 訪問リハビリテーション峯苔医院

(介護予防) 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、(介護予防) 訪問リハビリテーション事業所(法人)の概要

(1) 事業者の概要

名称・法人種別	医療法人社団 明佑会
所在地	〒869-6105 熊本県八代市坂本町 4139 番地 1 〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717 番地
法人種別	医療法人
代表者氏名	理事長 峯苔貴明
設立記念日	2004(平成16)年10月20日
電話番号 FAX 番号	(電話) (0965)62-8721 (FAX) (0965)62-8725

(2) 事業所の概要

事業所名称	訪問リハビリテーション峯苔医院
所在地	〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717 番地
電話番号 FAX 番号	(電話) (0965)62-8721 (FAX) (0965)62-8725
指定事業所番号	4 3 1 1 7 1 1 7 3 5
開設年月日	2023(令和5)年1月1日
管理者の指名	峯苔 貴明
兼務する業務・ 事業所	医療法人社団 明佑会 峯苔医院 メディカルトレーニングセンターみねとま

2、事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

利用者様が、その有する能力に応じ可能な限り日常生活を営むことができるように支援することを目的として指定(介護予防)訪問リハビリテーションを提供します。

(2) 運営方針

- ① 利用者様に漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないよう、利用者様ごとに解決すべき課題の把握を行い、目標設定を基に計画を作成し、必要な期間を

定めてリハビリテーションを行います。したがって概ね3カ月、最長6カ月を
 目途としてサービスを終了します。

- ② 事業所の理学療法士等は、要介護者等の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、質の高い訪問リハビリテーシ
 ョンサービスの提供を目指します。
- ③ 事業の実施に当たっては、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るものとする。
- ④ サービスの質を高めること、また利用者様からの信頼を得るために職員の専門性
 の向上と人間性の研磨に努める。

(3) その他

事項	内容
(介護予防)訪問リハビリ テーション計画の作成及び 事後評価	医師及び理学療法士又は作業療法士が、ご利用者の直面 している課題等を評価し、医師の診察及びお客様の希望 を踏まえて、(介護予防)訪問リハビリテーション計画を 作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を 評価し、その結果を書面(サービス報告書)に記載して お客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年2回以上の研修(内部・外部)を行っています。

3, 事業所の職員体制

(1) 職員体制

従業者の 職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)	
管理者	1名以上	1	0	事業所を総括し、適正な運営管理に 努めます。また、苦情窓口の責任者と してご対応します。
理学療法士	6名	0.5×2		(介護予防)訪問リハビリテーション 計画書を作成し、各利用者のご家庭を 訪問し、サービスを提供します。
作業療法士	0名			
言語聴覚士	1名	0.5	0	

(2) 勤務体制

従業員の種類	勤務体制	休暇
管理者	毎週月曜日～金曜日 (8時～17時)	土曜日・日曜日・祝祭日 夏季休暇(毎年8月13、14、15日) 冬季休暇(毎年12月31日、 1月1、2、3日)
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	八代市
---------	-----

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

営業日	営業時間
平日	毎週月曜日～金曜日(8時～17時)

4. サービスの内容

理学療法士や作業療法士等がお客様のご自宅を訪問し、お客様の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

5. 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

※法定代理受領分においては介護報酬告示上の額に、各利用者様の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領分以外は、介護報酬告示上の10割の支払いを受けるものとします。お客様の利用者様負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【利用料】

項目	料金	要件
訪問リハビリテーション費	308 単位/回	訪問リハビリテーション 1 回 (20 分以上) の実施における基本報酬。40 分連続してサービスを提供した場合は 2 回として算定し、6 回/週を限度とする。 ただし退院、退所直後において、医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合、3 ヶ月は週 12 単位までの訪問が可能。

(介護予防)訪問リハビリテーション費	298 単位/回	3月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、計画書等の内容を厚生労働省に提出する。 上記要件を満たした場合 減算なし 要件を満たさなかった場合 要支援1 120 単位/月減算 要支援2 240 単位/月減算
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様に直接提供する理学療法士らの内、勤続年数が7年以上の物が1人いる場合
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位/日	退院、退所もしくは要介護認定の効力が生じた日から起算し、3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に実施した場合
リハビリテーションマネジメント加算 イ	180 単位/月	(イ)評価に基づき訪問リハビリテーション計画を見直し、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報の伝達を、介護支援専門員を通じて他の事業所へ行っている場合
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	213 単位/月	(ロ)イの他に計画書を提出しているリハビリ会議に主治医が参加(テレビ電話可)する場合 リハビリ会議に主治医の参加と計画書の提出
(新設)リハビリテーションマネジメント加算	270 単位/月	事業所の医師が利用者様又はその家族に対して説明し、利用者様の同意を得た場合のみ
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位/日	認知症であると医師が判断し、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、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日又は訪問開始日から3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行う場合 1週間に2日を限度として加算
口腔連携強化加算	50 単位/月	事業所の授業者が利用者様の口腔の健康状態の評価を実施した場合において、歯科医療機関及び介護支援専門員に当該評価結果を情報提供した場合

移行支援加算	17 単位/日	訪問リハ利用により、ADL が向上し、社会参加に資する取り組みへ移行した場合
--------	---------	--

※上記料金表内の介護保険利用料は1割負担の場合の単位数

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業所が別に設定し、金額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業者へ直接介護保険給付が行われないうちがあります。その場合、お客様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行致します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

種類	料金表

(3) 交通費

※2の(4)記載の通常の事業の実施地域を超える場合は、下記の交通費を請求致します。

通常の事業の実施地域を超えてサービスを提供した場合の交通費	片道1km未満	30円
	片道1km以上	40円/1kmあたり

(4) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話などの費用は、お客様の負担となります。

(5) キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、お客様の症状の急変など、急遽やむを得ない事情がある場合は対象外です。

利用日の前日までに連絡があった場合	無料
利用日当日までに連絡がなかった場合	利用自己負担分の100%

(6) 利用料金のお支払方法

<p>①利用料、利用者様負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等</p>	<p>利用料、利用者様負担額その他の費用の額は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。上記に係る請求書は、毎月10日までに「7.サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。</p>
<p>②利用料、利用者様負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等</p>	<p>利用者様負担額及びその他の費用の支払いは、原則として指定金融機関窓口からの自動振替とさせていただきます。利用料は1ヶ月単位とし、当該月の利用料は、翌月20日に利用者様が指定する口座より振り替えますので、20日までにご準備ください。入金確認後、領収書を発行致します。</p>

※法定代理受領分においては、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領分以外は、介護報酬告示上の10割の支払いを受けるものをします。利用者様負担額、減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。領収証は、後に利用料金全額を受ける時に必要となりますので保管ください。※利用料、利用者様負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにも関わらず、支払い期日から2月以上遅延し、更に支払いの督促から14日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除した上で、解除日から10日以内に未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

<p>医療法人社団明佑会 訪問リハビリテーション峯苦医院</p>	<p>解決責任者 管理者 担当者 担当部長 (TEL)0965-62-8721 (FAX)0965-62-8725 E-mail:reha_minetoma@minetoma-hos.jp ※事業所訪問による面接は随時対応 上記にて解決困難な場合は、下記にも申し立てが出来ますので、その際は必要な報告や諸手続き・連携・協力をお願いいたします。</p>
<p>八代市介護保険課 熊本県国民健康保険団体連合会</p>	<p>TEL (代表) (0965)33-4145 TEL (代表) (096) 214-1101</p>

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者様に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じると共に、利用者様が予め指定する連絡先にも連絡します。

・緊急連絡先一覧

主治医	主治医名	
	病院名及び所在地	
	電話番号	
自宅連絡先	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯
緊急連絡先 1	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯
緊急連絡先 2	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯

8 事故発生時の対応方法について

利用者様に対する指定（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者様の家族、利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、利用者様に対する指定（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供により、賠償すべき自己が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。なお、事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	居宅介護事業者賠償責任保険

9 利用者様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

当事業者は、サービス内容説明及び重要事項説明書に基づいて、指定（介護予防）訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

重要事項説明所の説明年月日		令和	年	月	日
事業者	所在地	(住所)〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717 番地 (電話)(0965)62-8721 (FAX)(0965)62-8725			
	法人名	医療法人社団 明佑会			
	代表者名	理事長 峯苔 貴明			印
	事業所名	訪問リハビリテーション 峯苔医院			
	説明者氏名				

重要事項説明書に基づいて、指定（介護予防）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受けました。

利用者様	住所	
	氏名	印
<input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 法定代理人	住所	
	氏名	印

※この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者様及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者様及び事業者の双方が（署名）記名押印を行います。サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことは言うまでもありません。したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者様が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力に基づくものであることが十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者様氏名欄の欄外に署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

個人情報及び守秘義務に関する同意書

【個人情報保護の趣旨】

当事業所が保有する利用者様及びそのご家族様に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。また、従業員等については退職後も継続いたします。

【個人情報利用範囲】

利用者及びそのご家族様の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に係る請求業務などの事務手続き
- サービス利用に関わる管理運営事務（会計、経理、事務報告、サービスの質の向上に関わる業務）のため
- 緊急時等の医師（医療機関）、介護関係機関への連絡、連携のため
- ご家族（キーパーソンなど）及び後見人などへの状況説明及び報告のため
- 当事業所の維持、改善にかかる資料のため
- 当事業所の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている各関係機関からの依頼があった場合の確認及び照会のため
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供並びに保険会社等への届出、相談等のため
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する
- その他、公益に資する運営義務（基礎資料作成、「医療」「福祉」の発展に資する協力、実習協力など）

※当事業所における「介護サービス提供記録」及び「経過記録」等に関しては、ご利用者様本人やそのご家族様の求めに応じて開示致します。

同意する ・ 同意しない

【肖像権について】

当事業所の「ホームページ」「パンフレット」「事業所内研修」「掲示物」「広報誌」などにおいて、ご利用者及びご家族の映像、写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入ください。

同意する ・ 同意しない

※当法人が「医療及び福祉の発展」「社会貢献」等として特に認めた場合に限り、「行政機関」「日本医師会」等の撮影協力や依頼に伴い上記について使用させていただく場合がございます。

