

重要事項説明書

令和6年4月1日

1. 事業所の概要

- ・事業所名称 清風苑訪問リハビリテーション
- ・開設年月日 令和4年4月1日
- ・所在地 愛知県尾張旭市東印場町二反田282番地の2
- ・電話番号 0561-52-6300
- ・FAX番号 0561-53-4575
- ・管理者名 田中 稔彦
- ・介護保険指定番号 2374502025 号

2. サービスの目的及び運営の方針

(1) サービスの目的

要介護者及び要支援者の在宅等での生活を継続させるために立案された、居宅サービス計画に基づき、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）は、計画的な医学管理を行なっている医師の指示に基づき利用者の自宅を訪問して、心身の機能の維持・回復を図り、日常生活の自立を支援する為に利用者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

利用者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理学療法士等は、医師の指示により訪問リハビリテーション計画に基づき、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと密接な連携をとりながら、利用者の健康が増進されるように努めます。

サービスの提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族に対してサービスに必要な事項について、理解しやすいように指導または説明を行うと共に、利用者の同意を得て実施するよう努めます。

3. 従業者の職種及び人員数と職務内容

(1) 管理者（医師）1名

従業員の管理及び事業の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとし、また、医学的観点から計画の作成に必要な情報提供及びリハビリ方法についての指導、助言や利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導、助言を行います。

(2) 理学療法士等 1名以上

- ・サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業所と連携を図ります。
- ・医師及び理学療法士等により、サービスに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成にあたっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。
- ・訪問リハビリテーション計画に基づき、居宅サービス（介護予防サービス）を提供します。

- ・常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。
- ・それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

4. 営業日及び営業時間

- ・サービス営業日
月曜日から金曜日とする。ただし、年末年始、日曜日を除く。
- ・営業時間
午前8時30分～午後5時30分

5. サービス提供の可能な日及び時間帯

- ・サービス提供可能な日
月曜日から土曜日とする。ただし、年末年始、日曜日を除く。
- ・サービス提供時間帯
午前9時00分～午後5時00分
- ・やむを得ない都合等により提供が困難な場合は曜日・時間を限定して提供することがあります。

6. サービス実施可能な地域

- ・尾張旭市、瀬戸市、長久手市、名古屋市（守山区、名東区）の一部区域とする
- ・やむを得ない都合等により提供が困難な場合は場所を限定して提供することがあります。

7. サービス内容

- ・訪問リハビリテーション計画の立案
- ・利用者が可能な限り居宅において、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、理学療法等のリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持を図ります。

※これらのサービスの中には、利用者から、基本料金、加算料金とは別に利用料金をいただくものもあります。

8. サービスの費用

- (1) 料金表示は、介護負担割合の1割（2割、3割）と表示してあり、目安となりますのでサービス内容により、合計金額は異なります。
 - ・訪問リハビリテーションの利用料金は別紙参照
 - ・介護予防訪問リハビリテーション料金は別紙参照
- (2) その他の費用について
 - ・交通費：サービス提供地域範囲外は1kmにつき100円を請求させていただく場合があります。

- ・キャンセル料：キャンセル料は不要です。
- ・その他の料金は別紙参照

9. サービス費用の支払い方法について

- ・毎月5日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行致します。（事業所の実状に合わせて、利用日毎に清算する方法としても可）
- ・お支払方法は銀行振替又は現金等にてお願いいたします。

10. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力いただいています。

- ・名称 医療法人 和光会 川島病院
- ・住所 愛知県名古屋守山区白山三丁目501番地

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、利用同意者が指定する連絡先に連絡します。

11. 身体の拘束等に関する事項

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急やむをえない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行為を制限する行為を行うことがあります。この場合は、様態及び時間帯、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

12. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ・事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、理学療法士等その他の従業者に周知徹底を図ること。
- ・事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ・事業所において、理学療法士等その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること。
- ・前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

13. サービス利用にあたって

(1) 介護保険被保険者証の確認

説明を行うに当たり、利用希望者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。

(2) サービスについて

当事業所でのサービスは、ケアプランに基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、利用者及び身元引受人の希望を十分

に取り入れ、また計画の内容については同意をいただくようになります。

(3) 他機関、事業所との連携

協力医療機関への受診：利用者の状態が急変した場合には、協力病院へ対応をお願いするようにしています。

他事業所の紹介：当事業所での対応が困難な状態や専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関を紹介いたします。

(4) 緊急時の連絡先

緊急の場合には、利用同意者が指定する連絡先に連絡します。

1.4. その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

個人情報の取扱説明書

令和4年4月1日

個人情報保護方針は、利用者様が安心して介護サービスをご利用いただくための当事業所における個人情報取り扱いに関する宣言です。本方針をお読みになり、内容に同意されたうえで、介護サービスを受けいただきますようお願い申し上げます。本方針をお読みいただき、利用申込書に署名されたことにより、当事業所の個人情報のお取扱いに同意されたこととさせていただきます。

個人情報保護方針

1. 利用者様と信頼関係のもと、利用者様ご自身の情報をご提供いただくことなしに、良い介護サービスを実現することはできません。当事業所は介護サービス提供に必要な範囲において、皆様の個人情報を収集し、利用者様の同意のもと利用・提供を行ってまいります。
2. 利用者様からご提供いただきました個人情報は、紛失、破壊、改ざん及び漏えいが起こらないよう適切な管理を徹底してまいります。
3. 個人情報に関する法令及びその他のガイドラインを遵守してまいります。
4. 個人情報保護の仕組みを継続的に改善できるよう、職員一同取り組んでまいります。

1. 個人情報の収集、利用について

当事業所（併設事業所含む）の職員は、利用者様にサービスの提供、通常の業務について、次の目的の達成のために、利用者様の個人情報を利用します。詳細は「サービスの利用者様の個人情報の利用目的」をご覧ください。

- ① 利用者様の健康維持と回復等の直接的な利益の為
- ② 事業所の事務あるいは経営上必要の為
- ③ 介護、医療の向上への寄与のため

上記以外の目的のために利用者様の個人情報を利用する場合には、あらかじめその目的を利用者様にお伝えし同意をいただいたうえで利用いたします。

2. 個人情報の第三者提供について

利用者様の個人情報は、あらかじめ利用者様の同意をいただくことなく、当事業所（併設事業所含む）の職員以外の者に提供することはいたしません。

ただし、1の利用目的に該当する場合は、利用者様から特にお申し出がない限り、利用者様に介護サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、利用者様の個人情報を第三者に提供いたします。

【サービスの利用者様の個人情報の利用目的】

令和4年4月1日

当事業所(併設事業所含む)におきましては、以下の目的で利用者様の個人情報を利用・第三者提供いたします。本内容をご理解の上、サービスの提供にご協力頂きますようお願い申し上げます。なお、以下の目的において、利用停止・第三者提供拒否の項目がございましたら、あらかじめお申し出願います。

① 利用者様の健康維持と回復等の直接的な利用の為

- ・利用者様の療養(診療)や説明
- ・利用者様のご家族に対する説明
- ・他の介護保険事業所、医療機関等へ利用者様を紹介する場合
- ・利用者様に関して、他の介護保険事業所、医療機関等へ照会する場合
- ・他の医療機関等の医師の意見を照会する場合
- ・他の介護保険事業所、調剤薬局、医療機関等からの照会に対しての返答
- ・急変、緊急時の呼び出し

② 事業所の事務あるいは経営上必要な為

- ・利用者様の入退所等の管理業務
- ・利用者様の会計や経理
- ・介護報酬の請求業務
- ・事業所の経営、運営のための基礎データ
- ・立ち入り検査や実地指導への対応
- ・第三者評価機関や審査機関等への情報提供
- ・医師賠償責任保険、看護師賠償責任保険及び損害賠償保険等に係る、専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

③ 介護、医療向上への寄与の為

- ・臨床研究のためのデータ収集
- ・広報誌、診療録への写真掲載
- ・医師や看護師、その他の介護(医療)従事者等の教育や臨床研究
- ・医学生やその他の介護(医療)従事者学生の教育や臨床研修

上記以外の目的の為に利用者様の個人情報を第三者提供する場合には、予めその目的を利用様にお伝えし同意をいただいたうえで利用いたします。

【様式1】

以上、「利用契約書」及び「重要事項説明書」、「個人情報の取扱説明書」について担当者より説明を受け、十分理解の上、同意し、契約が成立したことを証するため、本書を2通作成し、利用者及び事業所は記名押印のうえ、各自1通を保有するものとします。

____年 ____月 ____日

サービスの提供の開始に際し、契約書及び重要事項説明書、個人情報の取り扱いについて説明を行いました。

介護老人保健施設 清風苑

私は、本書面に基づいて上記職員から説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所：

利用者氏名：

署名代行者（代理人） 私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

氏名： (続柄：)

利用者の身元引受人

住所：

氏名： (続柄：)

<事業所>

所在地 〒488-0833 尾張旭市東印場町二反田282番地の2
TEL：0561-52-6300 FAX：0561-53-4575
事業所名 清風苑訪問リハビリテーション
管理者 田中 稔彦
指定番号 2374502025 指定都道府県名 愛知県

ご利用料金の目安表

更新日：2024.11.27

【事業所番号】 2374502025

【訪問リハビリテーション】

種類	コード	サービス内容略称	算定項目	単位数	1割	2割	3割	算定
○	14	2211	訪問リハビリ2	訪問リハビリテーション費	308	319 円	637 円	955 円 1回
○	14	6102	訪問リハサービス提供体制加算 I	サービス提供体制強化加算（I）	6	7 円	13 円	19 円 1回
○	14	5008	訪問リハリマネジメント2	リハビリテーションマネジメント加算（D）	213	220 円	440 円	660 円 1月
○	14	5022	訪問リハリマネジメント3	事業所の医師が利用者に説明し、同意を得た場合	270	279 円	558 円	837 円 1月
○	14	6110	訪問リハ移行支援加算	移行支援加算	17	18 円	35 円	53 円 1日
	14	5003	訪問リハ短期集中リハ加算	短期集中リハビリテーション実施加算（3月以内）	200	207 円	414 円	620 円 1日
	14	5021	訪問リハ認知症短期集中リハ加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（3月以内）	240	248 円	496 円	744 円 1日
	14	4003	訪問リハ退院時共同指導加算	退院時共同指導加算（退院時1回を限度）	600	620 円	1240 円	1860 円 1月

【介護予防訪問リハビリテーション】

種類	コード	サービス内容略称	算定項目	単位数	1割	2割	3割	算定
○	64	2211	予防訪問リハ2	介護予防訪問リハビリテーション費	298	308 円	616 円	924 円 1回
○	64	6102	予防訪問リハサービス提供体制加算 I	サービス提供体制強化加算（I）	6	7 円	13 円	19 円 1回
	64	5001	予防訪問リハ短期集中リハ加算	短期集中リハビリテーション実施加算（3月以内）	200	207 円	414 円	620 円 1日
	64	4003	訪問リハ退院時共同指導加算	退院時共同指導加算（退院時1回を限度）	600	620 円	1240 円	1860 円 1月

○は共通で取得する加算でその他は必要に応じて選択

地域区分： 6級地 10.33 円