

重要事項説明書

指定訪問リハビリテーション(指定介護予防訪問リハビリテーション)

指定訪問リハビリテーション(指定介護予防訪問リハビリテーション)の提供にあたり、介護保険法、その他諸法令に基づいて、当事業所が説明すべき重要事項は以下の通りです。

1. 法人概要

法人名称	医療法人社団 二三会
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 安部 真彰
電話番号	0833-44-2680

2. 事業所概要

事業所名称	みずほ内科クリニック 訪問リハビリテーション
所在地	山口県下松市瑞穂町2丁目19番14号
代表者名	理事長 安部 真彰
管理者名	木下 貴文
電話番号	0833-44-2680
FAX番号	0833-44-4516
指定番号	山口県 3510710837 号 介護保険取り扱い事業所
通常の事業実施地域	下松市・周南市の一部(旧徳山市・旧熊毛町)・光市
営業日	月曜日 から 土曜日
休日	日曜日・年末年始(12月29日～1月3日)
営業時間	8時30分～17時00分

3. 事業所の職員体制と保有資格

従業者の職種(資格)	員数	勤務体制			
		常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
医師	1人	0人	1人	0人	0人
管理者	1人	0人	1人	0人	0人
理学療法士	3人	0人	2人	0人	1人
作業療法士	1人	0人	1人	0人	0人

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護・要支援状態にある者・事業対象者に対し、適正な(介護予防)訪問リハビリテーションのサービスを提供する事を目的と
-------	--

	します。
運 営 方 針	(1) 要介護者・要支援者の心身の特性を踏まえ、可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常を営むことが出来るよう配慮してサービス支援を行います。 (2) サービスの実施にあたり、居宅介護支援事業者、その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 当法人が実施する他の事業

事業所名称	介護保険事業所番号・参考事項(電話番号等)	
さくら苑デイサービスセンター	山口県 3570700264 号	0833-44-4515
さくら苑指定居宅介護支援事業所	山口県 3570700041 号	0833-43-8123
ショートステイ野の花	山口県 3570700421 号	0833-45-5500
リハビリスタジオわはは	山口県 35A0700010 号	0833-48-8869
みずほ内科クリニック	脳神経内科・内科・リハビリテーション科	0833-45-6161

6. 訪問リハビリテーションのサービス内容

歩 行 練 習	筋 力 増 強 運 動	介 助 方 法 指 導
基 本 動 作 練 習	関 節 可 動 域 運 動	福 祉 用 具 の 選 定
日 常 生 活 動 作 練 習	住 環 境 整 備	自 主 ト レ ー ニ ン グ メ ニ ュ ー の 指 導

7. サービス内容および利用料

訪問リハビリテーション費の内容および利用料

(1) 一回あたりの基本単価(1単位10.00円)

1単位(20分)あたり	単位数
訪問リハビリテーション費	308円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (*)	6円/回

(2) 要件を満たした場合のみ算定

サービス内容	1割の場合
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	180円/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	213円/月
事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	270円/月
短期集中リハビリテーション実施加算(退院(所)日または認定日から3月以内)概ね週2日以上、1日あたり20分以上、集中的なリハビリを実施した場合	200円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(退院(所)日または訪問開始日から3月以内、1週に2日を限度に算定)認知症であると医師が判断した者に対して、集中的なリハビリを実施した場合	240円/日

退院時共同指導加算(当該退院につき1回を限度に算定) 事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後、訪問リハビリを実施した場合	600円/回
---	--------

介護予防訪問リハビリテーション費の内容および利用料

(1) 一回あたりの基本単価(1単位10.00円)

1単位(20分)あたり	単位数
介護予防訪問リハビリテーション費	298円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (*)	6円/回

(2) 要件を満たした場合のみ算定

サービス内容	単位数
短期集中リハビリテーション実施加算 (退院(所)日または認定日から3月以内) 概ね週2日以上、1日あたり20分以上、集中的なリハビリを実施した場合	200円/日
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(別途要件を満たした場合を除く)	▲30円/回
退院時共同指導加算(当該退院につき1回を限度に算定) 事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後、訪問リハビリを実施した場合	600円/回

※厚生労働省により介護保険報酬の改定があった場合は、単位数等が変更される場合があります。

※(*)は、区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

※サービス利用料金は、基本単位数×1単価あたりの金額×利用者負担割(1割、2割、3割のいずれか)の額となります。

8. 利用料の支払方法

当事業所は、ご指定の金融機関より自動引落によるお支払いを原則としています。

請求書の送付	利用料は1ヶ月毎に計算し、翌月の中旬頃に請求書をお送りします。
指定口座からの自動引き落とし	請求書記載の金額はその月(サービス利用の翌月)の27日にご指定の口座から自動引き落としとなります。なお、振替日が金融機関の休日にあたる場合は、翌営業日の引き落としとなります。
銀行振込によるお支払い	銀行振込でお支払いの場合は、事業所指定の山口銀行または西京銀行の口座へ請求書記載の金額をお振込み下さい。

9. キャンセル

利用者の都合でサービスの利用を中止する場合は、出来るだけ2日間までにご連絡下さい。

なお、キャンセル料は頂きません。

事業所名称	電話番号
みずほ内科クリニック訪問リハビリテーション	0833-44-2680

10. お客様苦情相談窓口

みずほ内科クリニック 訪問リハビリテーション お客様苦情相談窓口	窓口責任者	管理者 木下 貴文
	住所	下松市瑞穂町2丁目21番1号
	電話番号	0833-44-2680
	FAX番号	0833-44-4516
	受付時間	9時00分～16時00分 (月曜日～金曜日)
山口県 国保連介護保険課	住所	山口市朝田1980-7(国保会館1階)
	電話番号	083-995-1010
山口県 長寿社会課介護保険班	住所	山口市滝町1番1号(県庁5階)
	電話番号	083-933-2774
下松市健康福祉部	住所	下松市大手町3-3-3
	電話番号	0833-45-1831
周南市こども・福祉部	住所	周南市岐山通1丁目1番地
	電話番号	0834-22-8462
光市福祉保健部	住所	光市光井二丁目2番1号
	電話番号	0833-74-3003

11. 事業所の医療機関

医療機関名	みずほ内科クリニック
医院長名	安部 真彰
所在地	下松市瑞穂町2丁目19番14号
電話番号	0833-45-6161

12. 個人情報の取り扱いについて

当事業所は個人情報を取り扱います。利用者およびそのご家族から取得した個人情報を以下の目的のために利用し、業務上知り得た情報は正当な理由なく利用いたしません。

- (1) 当事業所のサービス提供のため
- (2) 利用者へのサービス提供について他の事業所と連携するため(サービス担当者会議等)
- (3) 利用者およびそのご家族等へのサービス利用料金の請求(徴収)や、その他ご連絡のため
- (4) 利用者およびそのご家族等に当事業所のサービス等をご案内するため
- (5) 請求データの処理等に関する業務委託のため
- (6) 統計データへの利用のため(但し、個人を特定できるような利用は一切いたしません)
- (7) 緊急時に医療機関等に連絡するため

13. 介護サービスの情報の公表

<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/35/index.php>

14. 緊急時における対応方法

指定訪問介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行い、管理者に報告する。

15. 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、介護支援専門員及び市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。

- (1) 前項の事故については、その状況及び事故に対する処置状況を記録しなければならない。
- (2) 事業者は、利用者に対する指定通所介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

16. 虐待の防止のための措置

利用者の権利擁護、虐待の発生を防止するための次のような措置を講じるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催とともに、その結果について従業員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止及び身体拘束のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するため及び身体拘束等の適正化のための定期的な研修の実施
- (4) 成年後見制度の利用促進
- (5) 苦情解決体制の整備
- (6) 前3項に掲げる措置を適切に実施するための責任者の設置

事業所は、サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見したときは、速やかに市町村に通報するものとする。

17. 業務継続計画(BCP)の策定等

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に行うなどの措置を講じる。

18. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 感染症の予防及びまん延を防止するための従業者に対する研修及び実施の訓練
- (2) その他感染症の要望及びまん延防止のために必要な措置（委員会の開催、指針整備等）

19. 雇用の分野における男女の機会及び待遇の確保

男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者が責務を踏まえつつ、ハラスメント対策のため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 従業者に対するハラスメント指針の周知・啓発
- (2) 従業者からの相談に応じ、適切に処するための体制の整備
- (3) その他ハラスメント防止のために必要な措置

20. オンラインツール等を活用した会議の開催

利用者又はその家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ電話装置等（オンラインツール）を活用して行うことができるものとする。その際、個人情報の適切な取扱いに留意する。

21. その他運営に関する重要事項は、主として次の各号に掲げる事項とする。

(1) 従業者の質の向上を図るため、次のとおり研修の機会を設ける。

- ・ 採用時研修 採用後 1ヶ月以内
- ・ 階層別研修 随時

(2) 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

(3) 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨に従業者との雇用契約の内容とする。

(4) この規定に定める事項の外、運営に関する必要事項は、医療法人と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

みずほ内科クリニック訪問リハビリテーションが介護保険サービスを円滑に提供するため、介護保険法及び関係法規に従い、必要な場合にのみ使用する。

- (1) 当事業所のサービス提供のため
- (2) 利用者へのサービス提供について他の事業所と連携するため
(サービス担当者会議等)
- (3) 利用者およびそのご家族等へのサービス利用料金の請求（徴収）や、その他ご連絡のため
- (4) 利用者およびそのご家族等に当事業所のサービス等をご案内するため
- (5) 請求データの処理等に関する業務委託のため
- (6) 統計データへの利用のため
(但し、個人を特定できるような利用は一切いたしません)
- (7) 緊急時に医療機関等に連絡するため

2. 使用に当たっての条件

- (1) 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況等、事業者が支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報。

上記の内容以外に特に必要な情報については本人又は家族に了承を得る。

4. 肖像権の使用許諾について

事業所のホームページ・SNS・パンフレット・広報誌・研修等における、写真や映像の掲載・使用について

(同意する ・ 同意しない)

利用者およびそのご家族等の同意なく利用することはありません。

5. 個人情報に関するお問い合わせ

事業所	医療法人社団二三会みずほ内科クリニック訪問リハビリテーション
窓口責任者	木下 貴文
電話番号	0833-44-2680
受付時間	9時00分～16時00分 (月曜日～金曜日)

上記の契約・重要事項説明書・個人情報についての同意書を証するため、
本書2通を作成し利用者・事業者が署名押印の上1通ずつ保有するものとします。

締結日 令和 年 月 日

サービス提供開始にあたり、利用者または家族(申込代行者・見元引受人)に対して
本書面に基づいて契約・重要事項・個人情報についての説明をいたしました。

説明者

印

【 事業者 】

住 所 山口県下松市瑞穂町2丁目19番14号
事業所名 医療法人社団 二 三 会
みずほ内科クリニック 訪問リハビリテーション
代表者名 理事長 安 部 真 彰 印

私は、本書面に基づき事業者から契約・重要事項・個人情報についての説明を受け、
訪問リハビリテーションのサービス提供に同意いたします。
併せて、サービス担当者会議等における個人情報等の提供についても同意いたします。

【 利用者 】

住 所

氏 名

印

【 申込代行者(身元引受人) 】

住 所

氏 名

印

利用者から見た続き柄 ()