

三愛病院 訪問リハビリテーション 重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	三愛病院		
所在地	高知市一宮西町1-7-25		
電話番号	088-845-5291	FAX番号	088-845-5611
事業者指定番号	3910113830		
管理者名	中村 寿宏		
通常の事業の実施地域	高知市、南国市		

2. 運営方針

- (1) 要介護状態となった場合においても、その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、作業療法その他必要な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ます。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- (3) 地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携に努めます。
- (4) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。
- (5) 職員の資質向上を図るため、年1回以上研修に参加します。

3. 職員体制

職員の職種	常勤	非常勤	備考
管理者	1名		常勤兼務
リハビリ管理者	1名		管理者代行常勤兼務
理学療法士	2名		常勤兼務

4. 営業時間

月曜日～金曜日	午前9時～午後5時
---------	-----------

*土曜日、日曜日、祝日及び12月31日から1月3日までは、休業します。ただし、必要な場合は、サービスの提供を行いますので、ご相談ください。

5. サービスの内容

- (1) 診療に基づき、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を踏まえ、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）の内容に沿って「訪問リハビリテーション計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。「訪問リハビリテーション計画」の作成に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。「訪問リハビリテーション計画」を作成した際には、利用者に交付します。
- (2) サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供します。

6. サービス利用料金

(1) 介護保険給付対象サービスにおける自己負担額（サービス費の1～3割の額）

※下表は1割負担の場合の金額

訪問リハビリテーション費	308円/回（週6回まで）
サービス提供体制強化加算（I）	6円/回
短期集中リハビリテーション実施加算	リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院（所）した病院・診療所・介護保険施設から退院（所）した日又は新たに要介護認定を受けた日から起算して （2回/週・20分以上） 3か月以内の期間に実施 1日につき 200円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症であると医師が判断した者であって、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た時入院（所）した病院・診療所・介護保険施設から退院（所）した日又は訪問開始日から起算して （2回/週・20分以上） 3か月以内の期間に実施 1日につき 240円
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又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	上記+270円
訪問リハビリ計画診療未実施減算	50円減算
退院時共同指導加算	600円

*サービス利用に係る自己負担額の月額が37,200円（ただし、利用者負担第3段階の方は24,600円、利用者負担第1～2段階の方は15,000円）を超えた額は、高額介護サービス費として払い戻しの制度がありますので、当該市町村に各自お申出ください。

*介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

(2) 利用料金のお支払い方法

前月分の合計金額の請求書を毎月15日までに発行しますので、その月の末日までにお支払いください。

7. キャンセル

利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用予定日の前日までにご連絡ください。緊急やむを得ない事情がある場合を除き、キャンセルが続きますとサービスの提供を終了させていただく場合がありますのでご注意ください。なお、ご不在の場合、職員は利用者のご帰宅を待たずに帰りますが、訪問のメモを置いておきますので後ほどご連絡ください。

*台風等・自然災害時には、警報発令があれば安全の為、休ませていただく場合があります。

8. 相談窓口、苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口又は居宅サービス計画を作成した介護支援専門員までお申立てください。

当施設お客様ご相談窓口	電話番号	088-845-5291
	FAX番号	088-845-5611
	担当者	高橋 良昌

- (2) 利用者及びその家族から苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容や利用者の意向等の確認及び記録を行います。
- (3) 苦情解決に当たっては、当該苦情の内容について事実調査のうえ、利用者及びその家族に対して、誠意をもって解決に努めます。
- (4) 公的機関においても、次の機関に対して、苦情の申立てができます。なお、市町村については、お住まいの市町村の窓口にお申立てください。

高知市役所 介護保険課	所在地	高知市本町5-1-45
	電話番号	088-823-9972
	FAX番号	088-824-8390
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
南国市役所 長寿支援課	所在地	南国市大そね甲2301番地
	電話番号	088-880-6556
	FAX番号	088-863-1167
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
高知県国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前9時00分～午後4時00分

9. 事故発生時の対応

- (1) 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、速やかに市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行い、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録するとともに、適切な措置を講じます。
- (2) 利用者に対するサービス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います。
- (3) 利用者の責に帰すべき事由によって事業者が損害を被った場合、利用者及びその家族は、連帯して、事業者に対しその損害を賠償しなければなりません。

10. リスクについて

*高齢者、疾病の状態に応じて、以下のような危険性があることをご了承下さい。

- (1) 高齢者等では骨や血管がもろく、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、皮下出血や骨折が生じやすい状態にあります。
- (2) 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- (3) 本人の全身状態が急に悪化した場合、担当者の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

1 1. 秘密保持

- (1) 事業所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- (2) 事業所の職員が、職員でなくなった後においても同様に、秘密を保持します。

1 2. 虐待・身体拘束について

虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の設置を行い、適正化に努めていきます。

1 3. 業務継続計画について

感染症や災害に対して、業務継続計画を作成し、それに基づいた研修や訓練を実施し、備え取り組んでいます。

1 4. 法人の概要

名 称	社会医療法人仁生会	
代表者職氏名	理事長 細木秀美	
所在地	高知市越前町1-10-17	
電話番号	088-820-4100	FAX番号 088-820-5611
事業の概要	細木病院、三愛病院、介護医療院さんあい、 老人保健施設あうん高知、日高クリニックの運営等	

1 5. 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機構による評価を実施していません。

利用同意書

1. 社会医療法人仁生会三愛病院（以下「事業者」という。）が提供する指定訪問リハビリテーションの利用を申込みます。
2. サービスの利用の開始に際し、重要事項説明書を受領し、その内容に関して事業者から説明を受け、十分に理解のうえ同意します。
3. 利用期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。
4. 契約期間満了日の1ヶ月前で、契約者及び事業所から更新拒絶の申し入れがない場合本契約は従前と同一条件により自動更新されます。
5. 次のいずれかの事由に該当した場合は、サービスの提供を終了します。
 - (1) 上記の利用期間が満了したとき。
 - (2) 利用者の要介護認定区分が自立又は要支援1・2と認定されたとき。
 - (3) 利用者が死亡したとき。
 - (4) 利用者からサービスの利用の終了の申出があったとき。
 - (5) 利用者が事業者を支払うべき利用料について、正当な理由がなく、3か月以上滞納したとき。
 - (6) 利用者の著しい不信行為又は介護保険制度の趣旨に反する希望により、サービスの提供を継続することが困難になったとき。
 - (7) 利用者が1ヵ月以上の長期入院となった場合。
6. 個人情報の利用
利用者へのサービス提供その他の場合に必要の利用者及び利用者の家族の個人情報の利用については、以下に記載するところにより同意します。

(1) 利用目的

① 事業者の内部での利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービス
- イ. 介護保険事務
- ウ. 利用者に係る事業者の管理運営業務のうち、
 - ・ 利用開始又は休止、終了等の管理
 - ・ 会計、経理
 - ・ 事故等の報告
 - ・ サービスの向上
 - ・ サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - ・ 学生の実習への協力
 - ・ 症例研究

② 他の事業者等への情報提供に係る利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービスのうち、
 - ・ 利用者へ居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援

事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

- ・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携、共同してサービスを提供する場合
- ・サービスの提供に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・家族等への心身の状況説明
- ・外部監査機関への情報提供

イ. 介護保険事務のうち、

- ・審査支払機関への請求書等の提出
- ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答

ウ. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

(2) 条件

- ① 個人データの提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 利用者は、利用目的の中で同意しがたいものがある場合には、その事項について、あらかじめ利用者の明確な同意を得るよう事業者を求めることができること。
- ③ 利用者が、②の意思表示を行わない場合は、利用目的について利用者の同意を得られたものとする。
- ④ 同意及び留保は、その後、利用者からの申出により、いつでも変更することが可能であること。

(3) 開示

- ① 事業者は、利用者から、所定の様式による申出により、当該利用者が識別される保有個人データの開示を求められたときは、利用者に対し、遅滞なく、当該保有個人データを開示すること。
- ② 当該保有個人データの開示を求め得る者は、原則として利用者本人とするが、次に掲げる場合には、利用者本人以外の者が利用者に代わって開示を求めることができるものとする。
 - ・利用者の法定代理人又は開示等の求めをすることにつき、利用者が委任した代理人。
 - ・利用者の判断能力に疑義がある場合、現実に利用者の世話をしている家族。
- ③ 利用者が死亡した場合、当該保有個人データの開示を求め得る者の範囲は、利用者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者（これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む。）とすること。なお、個人情報の提供に当たっては、利用者本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重すること。
- ④ 事業者は、利用者又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがあるなどの場合には、当該保有個人データの全部又は一部を開示しないことができること。
- ⑤ 利用者は、開示に際しては、手数料を支払うこと。

(4) 開示に関する問い合わせや申請等については、三愛病院の診療情報管理室（088-845-5291）が窓口となって受け付けます。

(5) この他厚生労働省による「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び「診療情報の提供等に関する指針」に基づいて、個人情報を適切に取扱います。

同意を証するため、本書2通を作成し、利用者は署名、事業者は記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者 住 所
TEL
氏 名 印
(代筆者) (続柄)

利用者の家族 住 所
TEL
氏 名 印
利用者との続柄

<事業者> 所在地 高知市一宮西町1-7-25
TEL 088-845-5291
名 称 三愛病院
代表者 社会医療法人仁生会
理事長 細木秀美 印
説明者 印