

『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』
重要事項説明書

医療法人社団江頭会さくら病院
(介護保険事業者番号4011118751)

福岡市城南区南片江6丁目2-32
さくら病院内

電話(092)864-1212

FAX(092)865-4570

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重要事項説明書

1. 指定(介護予防)訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者(法人)の名称	医療法人社団江頭会さくら病院
代表者(職名・氏名)	理事長 江頭啓介
法人所在地	福岡市城南区南片江6丁目2番32号
連絡先	電話 (092) 864-1212 (代) FAX (092) 865-4570
法人設立年月日	昭和58年4月1日

2. 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	医療法人社団江頭会さくら病院 訪問リハビリテーション
事業所所在地	福岡市城南区南片江6丁目2番32号
介護保険指定 事業所番号	(介護保険事業者番号4011118751)
連絡先	電話 (092) 864-1212 (代) リハビリテーション科 郡山 雄太
サービス提供地域	福岡市城南区全域、南区、早良区、中央区の当院より片道3キロメートル以内の区域とする。

(2) 訪問リハビリテーションの目的

医療法人社団江頭会さくら病院が行う訪問リハビリテーションは、介護保険法に規定される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を行います。要支援・要介護状態にあり、居宅ににおいて継続して療養を受けられる方に対して、医師の指示及び、リハビリテーション計画に基づき、身心機能、活動、参加などの生活機能の回復または維持を図るよう、適切な訪問リハビリを提供します。

3. 申し込み・相談窓口

(電話) 092-864-1212 (代表)
(FAX) 092-865-4570
(管理者) 郡山 雄太

4. サービス内容

○関節可動域訓練
○筋力増強訓練
○寝返り、起き上がり、座位訓練
○移乗動作訓練
○起立・歩行訓練
○日常生活動作訓練

○摂食機能訓練
○構音・発声訓練
○失語症訓練
○代替コミュニケーション訓練
○自主訓練や介護方法の指導等

5. サービス提供時間

月曜日～金曜日 9:00～17:00
ただし、12月30日は、9:00～12:00

6. 休業日

国民の祝祭日、盆休日 8 月 15 日、
年末年始休日 12 月 30 日の午後から 1 月 3 日、緊急時（悪天候等）

7. 職員体制

P T 又は O T 又は S T (4) 名

8. 利用料金

介護保険の規定料金	別記(法定代理受領サービスである時は、1割～3割の額)
交通費	通常のサービス実施地域以外は片道 1 km 毎に 100 円

9. 料金のお支払い方法

利用料金の徴収は翌月 10 日以降の 1 週間以内に利用明細書を添えて請求書をお渡ししますので、原則として銀行口座振替のお支払いをお願いします。（ただし、銀行口座振替手続きが終了するまでは、現金でのお支払い、または銀行振り込みでのお支払いをお願いします。）

支払い方法	支払い要件等
口座振替	Q ネット代金回収サービス（ゆうちょ銀行は対象外） 毎月 31 日（土日祝日は翌営業日）振替えとなります
銀行振り込み	指定口座へのお振り込みをお願いいたします。 ※振込手数料はご負担頂きます。

10. キャンセル料

利用者の都合によりサービスのキャンセルをした場合は、下表の料金をいただきます。

当日までご連絡がなく自宅まで送迎を行った場合	介護報酬告示上額の 1 割
当日の午前 8 時 45 分までにご連絡をいただいた場合	無料

※利用者の容態の急変など、緊急且つやむを得ない場合は
キャンセル料をいただきません。

1 1. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当院お客様相談窓口	窓口責任者 電話 受付時間	< 郡山 雄太 > (092) 864-1212 (代) 月～金 8:30～17:00
福岡市 福祉・介護保険課	城南区 所在地 電話	福岡市城南区鳥飼6丁目1番1号 (092) 833-4102
	南区 所在地 電話	福岡市南区塩原3丁目25-1 (092) 559-5121
	早良区 所在地 電話	福岡市早良区百道2丁目1-1 (092) 833-4353
	中央区 所在地 電話	福岡市中央区大名2丁目5-31 (092) 718-1100
	受付時間	月～金 9:00～17:00
福岡県国民健康保険 団体連合会	所在地 電話 受付時間	福岡市博多区吉塚町13-47 (092) 642-7859 (代) 月～金 9:00～17:00

当院の担当者不在の時は、他の職員が対応し、即時管理者に連絡を取り迅速に対応いたします。

1 2. 事故発生時の対応

利用者様の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を取り、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

1 3. 秘密保持

利用者及び利用者の家族に関する秘密及び個人情報とは文書で合意を得ずには、第三者には漏らしません。
職員に在職中、退職後も秘密保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

1 4. 説明事項・サービス向上のための方策

利用者の方のご意見・ご要望・苦情に対し速やかに検討、改善を行い、適切な訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションを行います。
スタッフ一人一人の資質の向上のため研修の機会をつくり、体制を整えていきます。

15. 訪問について

定時訪問を原則としておりますが、交通事情・前訪問先の事情等で10～15分遅れる事がありますので、ご了承くださいたいと思います。遅れる事が予想される時は事前に連絡させていただきます。

16. 高齢者虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する担当者を選定しています。

担当者：医療安全管理者

2. 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について事業所職員に周知徹底を図っています。

3. 虐待防止のための指針を整備しています。

4. 事業所職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

5. サービス提供中に、事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町に通報します。

17. 身体拘束等の適正化について

利用者又は、他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わない事とし、身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急をやむを得ない理由を記録することとする等の措置を講じるものとします。

18. 業務継続計画の策定について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じるものとします。また、事業者は従業員に対し、業務計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。なお、事業所は、定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

19. 第三者による評価の実施状況

第三者評価の実施はありません。

20. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予測される場合には、都度ご利用者様又はその家族に内容を通知いたします。

個人情報保護の適切な取り扱いについて

当事業所では、利用者様に安心して介護サービスを受けていただくため、安全な介護サービスをご提供するとともに、利用者様及び御家族様の個人情報を正確かつ安全に取り扱い保護することを社会的責務と考え、以下のことを宣言いたします。

●個人情報保護に関する基本方針

1. 当事業所は、個人情報保護に関する規定を策定・運用し、これを全ての代表者および職員が遵守することにより、個人情報の適切な管理に努めます。
2. 当事業所は、個人情報保護の重要性について、事業所職員をはじめ当事業所に関係する委託業者などへも教育啓発活動を実施するほか、個人情報保護の管理・監査者を配置し、継続して適切な管理・運用に努めます。
3. 当事業所は、個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざんおよび漏洩などが発生しないように安全対策を実施いたします。
4. 当事業所は、個人情報の収集・利用・提供については、その情報に関する個人の権利を尊重し、収集目的・使用範囲の限定を明示し、適切な管理に努めます。
5. 当事業所は、個人情報に関する法令その他の規則を遵守します。
6. 当事業所は、以上の活動について、内容を継続的に見直し、改善に努めます。

●個人情報保護の開示・訂正・使用停止について

当事業所では、利用者様及び御家族様の個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましても、「個人情報の保護に関する法律」の規定にしたがって進めております。

●問い合わせ窓口

手続きの詳細のほかご不明な点については、
窓口：地域医療連携室（さくら病院別館1階）
電話：（092）864-1245 までお気軽にお尋ねください。

個人情報利用目的について

当事業所では、利用者様及び御家族様の個人情報を下記の目的で利用させていただくことがございます。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて利用者様及び御家族様からの同意をいただくことにしておりますので、ご安心ください。

●当事業所における利用者様及び御家族様の個人情報の利用目的

1. 利用者さまへの介護サービスの提供
 - 当事業所での介護サービスの提供。
 - 他の介護サービス事業所、医療機関・行政等との連携。
 - 他の医療機関、事業所からの照会への回答。
 - 利用者様の介護サービス提供のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合。
 - ご家族への状況説明。
 - その他、利用者様への介護サービスの提供に関する利用
2. 介護保険事務
 - 介護保険事務に関する利用、保険事務の委託。
 - 審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答。
 - その他介護保険事務に関する利用。
3. 当事業所の管理運用業務
 - サービス利用の開始、終了等の事務所管理。
 - 会計・経理に関する利用。
 - 事故等の報告。
 - 当該利用者様への介護サービスの向上。
 - その他、当事業所の管理運営業務に関する利用。
4. その他の利用
 - 賠償責任保険などに係る、介護サービスに関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等。
 - 介護サービスや業務の継続・改善のための基礎資料。
 - 当事業所内において行われる介護実習への協力。
 - 介護サービスの質の向上を目的とした当事業所内での症例研究。
 - 外部審査機関への情報提供。

<付記>

1. 上記のうち、他の医療機関・事業所等への情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し出ください
2. お申し出が無いものにつきましては、同意していただけるものとして取り扱わせていただきます
3. これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。
4. 利用者様及び御家族様の個人情報を上記の目的で利用させていただくことがございます。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて利用者様及び御家族様からの同意を頂くことにしておりますので、ご安心ください。

利用者負担金

地域区分 5 級地 < 1 単位：10,555 円 >

《予防給付》 ただし、利用者負担は、1割～3割（表示分は、1割の場合）

	介護報酬単位	地域加算後の金額	利用者負担金額（1割）
要支援 1・2 ※①	298 単位/回	3,143 円/回	315 円/回
サービス提供体制 強化加算※②	6 単位/回	63 円/回	7 円/回
短期集中リハビリ テーション実施 加算 ※③	200 単位/日	2,110 円/日	211 円/日
退院時共同指導 加算※④	600 単位/回	6,330 円/回	633 円/回

※① 20分間リハビリテーションを行った場合に1回として算定。

利用開始日より1年以上経過した場合は、1回につき30単位の減算。

※② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数が7年以上の者が1名以上配置されている場合。

※③ 退所・退院日又は新たに要支援認定を受けた日から3ヶ月以内。

※④ 退院前カンファレンスに当事業所が参加した場合、1回に限り算定。

《介護給付》 ただし、利用者負担は、1割～3割（表示分は、1割の場合）

	介護報酬単位	地域加算後の金額	利用者負担金額（1割）
要介護 1～5 ※①	308 単位/回	3,249 円/回	325 円/回
サービス提供体制 強化加算※②	6 単位/回	63 円/回	7 円/回
短期集中リハビリ テーション加算 ※③	200 単位/日	2,110 円/日	211 円/日
退院時共同指導 加算 ※④	600 単位/回	6,330 円/回	633 円/回

※① 20分間リハビリテーションを行った場合に1回として算定。

※② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数が7年以上の者が1名以上配置されている場合。

※③ 退所・退院日又は新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内。

※④ 退院前カンファレンスに当事業所が参加した場合、1回に限り算定。

《自己負担》

交 通 費	事業所実施地域以内	負担金無し
	事業所実施地域以外	片道 1 km毎に 100 円

前記の介護保険に基づく指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションについて、契約書及び本説明書に基づき説明を行ないました。
本書交付を証するために、本書を2通作成し、利用者様（又は家族代表・代理人）および事業所は、署名捺印の上各1通を保管するものとする。

令和 年 月 日

事業所 所在地 福岡市城南区南片江6-2-32

名称 医療法人社団 江頭会 さくら病院

説明者 医療法人社団 江頭会 さくら病院
所属 リハビリテーション科

氏名 印

前記のとおり、介護保険に基づく指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションについて、契約書及び本説明書に基づき説明を受けました。
その説明を受けた内容について同意いたします。

令和 年 月 日 (□本人記入・□代筆者記入)

利用者 住所

氏名 印

(代筆者名)

家族代表・代理人 住所

氏名 印

(利用者との関係)

附則

この規則は令和7年4月1日から施行する。