

重要事項説明書 (介護予防)訪問リハビリテーション

この重要事項説明書は2025年4月22日現在のもので、今後変更することがあります。

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 事業者(法人)の概要

事業者名称	医療法人社団 聖愛会
代表者氏名	理事長 島筒 和史
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	(所在地) 広島市安佐南区西原8丁目29番24号 (電話) (082)850-3116 (ファックス番号) (082)850-2600

2 利用者に対しての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

事業所名称	医療法人社団 聖愛会 ぎおん牛田病院訪問リハビリテーション
介護保険指定事業所番号	3410222479
事業所所在地	(所在地) 広島市安佐南区西原8丁目29番24号
連絡先 相談担当者名	(電話) (082)850-3116 (ファックス番号) (082)850-2600 (部署名・相談担当者氏名) 訪問リハビリテーション 多田 亮一
事業所の通常の 事業の実施地域	安佐南区・安佐北区

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	事業所の療法士(理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、要介護状態又は要支援状態にある者に対し、自宅を訪問して、心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために、訪問リハビリテーションを行うことを目的とする
運営の方針	当事業所は「家族のようなあたたかさを医療とともに 病気だけでなく心も看る医療を目指します」の理念に基づき、以下の方針でリハビリテーションを提供します。 (1) 常に利用者のニーズに寄り添い、リハビリテーションを行います。 (2) 利用者の主体性を尊重し、リハビリテーションを行います。地域包括ケアシステムの中で、他職種と協同し地域支援を行います。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 *当院の休日規定により祝日もお休みする場合もございます *正月期間の休みについては当事業所カレンダーに準じます
営業時間	9:00~18:00

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から金曜日 ＊当院の休日規定により祝日はお休みする場合もございます ＊正月期間の休みについては当事業所カレンダーに準じます ＊祝日の場合、別日の振り替えは可能ですが、ご希望に添えない場合もございます
サービス提供時間	9:00～18:00 (移動時間があるため、サービス提供自体は 17:30 までとなります)

(5) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数(人)	職務の内容
管理者	1	管理業務
理学療法士	1名以上	リハビリ業務
作業療法士	1名以上	リハビリ業務
言語聴覚士	1名以上	リハビリ業務

3 サービスの内容について

(1) 提供するサービスの内容について

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、日常生活がより活動的なものとなるように、医師の指示に基づき理学療法士、作業療法士、言語聴覚士(以下リハビリスタッフ)が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上をめざすために以下のサービスを提供します

- ① 血圧・体温・呼吸・脈拍等の健康チェックと指導
- ② 病状・障害・全身状態の観察と指導
- ③ 身体機能・認知機能・生活機能・口腔機能・高次脳機能等の検査・測定による評価
- ④ ADL(日常生活動作)・IADL(家事・掃除・洗濯等)の練習、指導
- ⑤ 機能訓練(ST の場合摂食訓練を含む)
- ⑥ 介護方法の練習、指導(食事形態なども含む)
- ⑦ 住環境・福祉用具利用の確認、提案
- ⑧ 外出・移動手段の検討、助言
- ⑨ 余暇活動の提案・拡大、地域コミュニティとのかかわり合い促進

(2) サービス提供の計画

- ① 事業者は、医師の指示書に基づき、担当理学療法士等が利用者の評価を行い、運動機能・生活環境・希望に合わせた訪問リハビリテーション計画を立案します。
- ② 事業者は居宅サービス計画書を基に、リハビリ目標(長期・短期)を設定し、訪問リハビリテーション計画を作成します。その際、利用者又はその家族に対して説明と同意を得ます。目標は概ね 3 か月に 1 度見直しますが、最終目標が達成できた場合、利用者の自立に向けた支援を中心としていきます。

- ③ 訪問リハビリ計画書に沿ってサービスを提供しますが、その計画書等が作成される前であってもサービスの提供を開始する場合があります。
- ④ 医療機関のリハビリテーション計画書の受け取り義務化により、利用者が入院しリハビリテーションを受け、退院後に訪問リハビリを開始する場合、当該医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手し、内容を把握します。

(3) サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者的心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。複写物に関する費用については「5その他の費用について」を参照。

(4) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品の授受
- ③ 居宅への入室時、退出時の開錠、施錠(ただし、利用者、家族の同意を得た場合を除く)
- ④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙
- ⑤ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑥ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(5) 担当者の変更・訪問日時の変更

- ① 担当者以外、または複数名でリハビリスタッフが治療に伺う場合があります。
- ② 人事異動・退職などにより人員配置に変更があった場合リハビリ担当者が変更になる場合があります
- ③ 利用者の都合でリハビリ日時の変更を希望される場合、できる限り調整させていただきますが、担当ではないスタッフが介入する場合があること、またご希望に添えずお休みにさせていただく場合があります。
- ④ 担当者の突然の休暇(病欠、忌引き等)の場合、できる限り調整をさせていただきますが、勤務するスタッフが限られるため、ご希望に添えずお休みさせていただく場合があります。

(6) サービス利用にあたっての禁止事項

利用者が次に記載するようなサービス提供を阻害する行為をし、事業者からの再三の申し入れにも関わらず改善の見込みがなく、サービス提供を継続することが難しい場合は契約を解除することができます。

- ① 身体的暴力:身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例: <input type="checkbox"/> 物を投げつける	<input type="checkbox"/> たたく、殴る	<input type="checkbox"/> 蹴る	<input type="checkbox"/> 唾を吐く
<input type="checkbox"/> つねる、ひっかく	<input type="checkbox"/> 服を引きちぎる	<input type="checkbox"/> 首を絞める	<input type="checkbox"/> 髪を引っ張る

- ② 精神的暴力:個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為

例: <input type="checkbox"/> 大声で怒鳴る	<input type="checkbox"/> 罵声	<input type="checkbox"/> 威圧的な態度で文句を言う
<input type="checkbox"/> 特定の職員に批判的な言動をする	<input type="checkbox"/> 契約を無視した要求をする	
<input type="checkbox"/> 刃物などをちらつかせる	<input type="checkbox"/> 差別的な言動	

③ セクシャルハラスメント:性的な誘い掛け、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

例: <input type="checkbox"/> 必要もなく体を触ってくる	<input type="checkbox"/> 卑猥な言動を繰り返す
<input type="checkbox"/> 抱きしめる	<input type="checkbox"/> 性的な写真・動画を見せる

④ その他

例: <input type="checkbox"/> スタッフの個人情報を聞き出そうとする(自宅住所・個人電話番号等)
<input type="checkbox"/> 職員の個人情報漏洩(SNSへの投稿など)
<input type="checkbox"/> ことわりのない写真・動画撮影、録音 <input type="checkbox"/> ストーカー行為

(7) 留意事項

- ① 当事業所では、リハビリ学生の臨床実習施設として協力しており、リハビリ学生が同行する場合があります。同行する際には事前に相談させていただきます。なお、同行するリハビリ学生とは個人情報保護に関する誓約をしています。
- ② 交通事情、前訪問先での諸事情等により、予定時刻に訪問できない場合があります。
- ③ ペットを室内が飼われている場合、サービス提供中はゲージに入れていただくもしくは、別の部屋で待機していただく等の対応をお願いします。
- ④ 積雪、台風などにより、営業を全面または一部区域中止する場合がありますが、安全確保のためにもご了承ください。尚、決定が当日の朝になることもあります。

4 提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)について

(1) 基本料金

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割～3割が利用者の負担額となります。サービス時間・回数についてですが、リハビリスタッフ(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)によるリハビリテーションを1回20分以上、1週間に6回を限度として提供します。

【基本料金表】要介護の方

所要時間	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
1回20分	308	3,249円	325円	650円	975円

【基本料金表】要支援の方

所要時間	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
1回20分	298	3,143円	315円	629円	943円

(2) 加算料金

基本料金に加え、以下に記載する要件を満たした場合、下記表の料金が加算されます。

加算	基本 単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
短期集中リハビリテーション実施加算	200	2,110円	211円	422円	633円	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	2,532円	254円	507円	760円	
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	180	1,899円	190円	380円	570円	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	213	2,247円	225円	450円	675円	
医師による説明加算	270	2,848円	285円	570円	855円	
移行支援加算	17	179円	18円	36円	54円	1日につき
口腔連携強化加算	50	527円	53円	106円	159円	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6	63円	7円	13円	19円	1回につき
退院時共同指導加算	600	6,330円	633円	1,266円	1,899円	初回月1回のみ
中山間地域等居住者サービス提供加算	5/100					1日につき

(3) 減算

以下に記載する要件を満たす場合は、下記表のように利用料金が減算されます。

減算名	要件	減算 単位	減算額	負担割合別の減算額		
				1割負担	2割負担	3割負担
診療未実施減算	当該事業所の医師が診療を行っていない場合	50	527円	53円	106円	159円
予防訪問リハ12か月超減算	要支援の利用者が1年以上訪問リハビリテーションを受ける場合	30	316円	32円	64円	95円
同一建物減算	ア 事業所と同一施設内または隣接する敷地内の建物 イ ア以外の範囲に所在する建物に居住する利用者の人数が1月値20人以上の場合	基本単位数×90/100				

※ 予防訪問リハ12か月超減算は、以下の要件を満たした場合減算なしとなります。当事業所は

①・②を国の方針に従い、目標の達成に向けて必須で実施させてもらっています。

- ① 3か月に1回以上リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を機得するとともに利用者の状態の変化に応じリハビリテーション計画を見直している場合。
- ② 利用者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出しリハビリテーションの提供に当たって当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合

5 その他の費用について

交通費	2の(1)の事業の実施地域にお住いの方からは交通費は徴収しません。それ以外の地域にお住いの方は交通費実費が必要となります。
キャンセル料	キャンセル料は請求しません。
その他の費用	① サービスに必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者負

	<p>担となります。</p> <p>② 外出等での公共交通機関の乗り降り、調理等を伴うリハビリテーションを行った場合に必要となる、交通費、食材費等の実費費用は、利用者負担となります。</p> <p>③ サービス記録の複写物にかかる費用は A4、1 ページ 20 円となります。データの場合はディスク 1 枚 1,100 円となります。</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6 利用料、利用者負担額、その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料等の請求方法	<p>① 利用料利用者負担額(介護保険を適用する場合)及び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いたします。</p> <p>② 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け(郵送)します。</p>
利用料等の支払い方法	<p>毎月、15 日までに前月分の請求書を郵送いたします。下記より支払い方法を選択ください</p> <p>① 口座振替(自動引き落とし) 毎月 20 日に指定口座より、引き落としされます。</p> <p>② 口座への振込 請求書到着後 14 日内に下記口座に送金してお支払いください。 *振込の際の手数料は利用者様負担となります。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>広島銀行 牛田支店 普通預金口座(口座番号111427) 口座名義 医療法人社団 聖愛会 理事長 島筒 和史</p> </div> <p>※支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)</p>

※ 利用料、利用者負担額(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かかわらず、支払い期日から 3 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 原爆手帳、身体障害者手帳、重度障害者医療受給者証をお持ちの方はお知らせください。
*重度障害者医療費受給者証をお持ちの方は、重度障害者介護保険利用負担助成金支給申請書を当院では利用の翌月に作成させていただき、説明させていただきます。
- (3) 訪問リハビリの指示は 3 カ月毎の更新が必要となります。また、主治医が他院の医師の場合等には、診療情報提供書を当院より依頼します。その際、診療情報提供書の発行に係る費用が発生しますので発行元の病院へお支払い下さい。(費用、その他詳細については発行元の病院にお問い合わせ下さい。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
個人情報の保護について	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものの他、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>

9 心身の状況の把握

指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、居宅介護支援事業者(以下ケアマネジャー)が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者的心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

10 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) 指定訪問リハビリテーションの提供にあたり、ケアマネジャー及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上でケアマネジャーに速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかにケアマネジャーに送付します。

11 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

提供した指定訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

ご意見、相談などがある場合はご連絡ください。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 ぎおん牛田病院 地域医療連携室	所在地：広島市安佐南区西原8丁目29-24 電話番号：082-850-3116 苦情解決責任者：下野 賢 苦情受付担当者：多田 亮一
【市町村(保険者)の窓口】 広島市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課 事業者指導係	所在地：広島市中区国泰寺町1丁目6-34 電話番号：082-504-2183
【各区の窓口】 広島市安佐南区厚生部 福祉課高齢介護係	所在地：広島市安佐南区中須1丁目38-13 電話番号：082-831-4943
【公的団体の窓口】 広島県国民健康保険団体連合会	所在地：広島市中区東白島町19-49国保会館 電話番号：082-554-0783

12 緊急時の対応方法について

(1) サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、リハビリスタッフは医療行為を行うことはできません。よって、緊急時対応が必要な場合は、【緊急時対応マニュアル】に準じて必要な措置を講じます。また、主治の医師や利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【家族等緊急連絡先】	氏名： 続柄： 住所： 電話番号： 携帯電話：
【主治医】	医療機関名： 医師名： 電話番号：
【当該事業所医師】	医療機関名：医療法人社団聖愛会 ぎおん牛田病院 医師名： 電話番号：(082)850-3116

(2) 居宅訪問時応答ない場合の対応については、リハビリスタッフは1名では入室できませんが、安否確認のため上席者等とともに、下記の条件で入室し安否確認をする場合があります。

- ① 担当者会議、リハビリテーション会議の際に【訪問時確認カード】について、利用者、利用者家族を含む関係者と協議し作成し、入室許可の同意を得ている場合。
- ② 施錠している場合、鍵を壊して入室する許可を得ている場合。
＊開錠時の破損修理については弁償出来かねます。

13 吸引について

当事業所では、サービス提供中に気管内分泌物が貯留することによる低酸素血症の改善・呼吸困難感等の身体的・精神的苦痛の軽減が必要な場合に、リハビリスタッフによる吸引を許

可しています。基本的には、目視できる範囲の口腔内とカニューレ内に留めておきます。ただし、次に掲げるリハビリ中ではリスクを伴うことがあるため気管内吸引をさせて頂く場合があります。

(1) 摂食嚥下練習時

飲食物の咽頭通過不良、残渣物や気道分泌物の自己喀出が困難なため窒息や呼吸困難のリスクがある場合

(2) 口腔ケア時

口腔内の汚染物が咽頭部まで著明に及んでいる場合や、分泌物の自己喀出が困難なため、咽頭部の保清ができず、呼吸への影響が見られる場合

14 事故発生時の対応方法について

(1) 利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係るケアマネジャー等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

広島市健康福祉局 高齢福祉部介護保険課 事業者指導係	所在地 広島市中区国泰寺町1丁目6-34 電話番号 082-504-2183
----------------------------------	-------------------------------------------

保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
保険名	病院賠償責任保険

(2) 事故防止に努めてサービス提供を行いますが、事故を完全に防ぐことが出来ないケースがあり、責任を負いかねることもあります。利用者の心身状況や病気に伴う様々な症状が原因により、危険性が伴うことを十分にご理解ください。

15 虐待の防止について

事業者は、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、次に掲げるところよ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。

虐待防止に関する担当者	多田 亮一
-------------	-------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、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、当該事業所従業者又は養護者(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、これを市町村に通報します。

16 衛生管理等

(1) サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、以下のような管理を行います。

- ① サービス提供中はマスクを着用します。
- ② 口腔機能訓練時や利用者様がマスク装着困難な場合はフェイスシールドを装着します。
- ③ アルコール製剤を常備しており、サービス提供中は手指衛生を徹底します。

(2) 指定訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

(4) 利用者の衛生管理

- ① サービス利用時はマスク着用するようにしてください
- ② サービス利用前には事前に体温を測定し、37.5度以上の発熱、咽頭痛、咳症状がある場合は事前に事業者に連絡して下さい

17 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーション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(業務継続計画)を策定しています。災害時には当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- ① 担当者会議、リハビリテーション会議の際に【災害時想定確認表】について、利用者、利用者家族を含む関係者と協議し作成するとともに、内容をケアマネジャーと共有します。また、定期的に見直しを行います。
 - ② 警戒レベル4・5(避難勧告・避難指示)に応じて、利用を中止させていただきます。
 - ③ 警戒レベル3(避難準備)の段階でも道路の状況、利用者宅周辺の地域の状況に応じて、利用を中止させていただく場合があります。
 - ④ 暴風警報発令中(風速20m以上)の場合は、自動車運転が危険とされるため、利用を中止させていただきます。
 - ⑤ ②～④以外にも、悪天候(大雨、大雪等)やそれによる交通状況により、利用を中止させていただく場合があります。
 - ⑥ 安否確認、状況確認のためリハビリスタッフがご連絡させていただく場合があります。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。また、サービス提供の時にも、災害時を想定した避難訓練を実施することがあります。
- (3) 定期的に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います。

18 第三者による評価の実施状況

実施の有無：無

重要事項説明書は介護報酬・医療報酬改定、当事業の規程変更により、一部内容を変更させていただく場合があります。改定時には事前にお知らせいたします。

個人情報使用同意書

当法人では、個人情報保護指針の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下に定めます。

1 法人内での利用

- ① 利用者様に提供する介護サービス
- ② 介護保険請求のための事務
- ③ 介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務
会計・経理、事故報告、サービスの質の向上を目的とした事例検討(教育・育成・研究)等
- ④ 入院・退院・入所・退所及びサービスの利用開始・停止などの管理
- ⑤ 利用者様の診療のため、医師などに意見・助言を求める場合

2 事業所外への情報提供としての利用

- ① 他の医療機関、居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、公的機関との連携・照会及び照会への回答
- ② ご家族等への心身の状況説明
- ③ 審査支払機関へのレセプト(介護報酬請求明細)の提出
- ④ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑤ 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出等

3 その他の利用

- ① 外部監査機関への情報提供
- ② 当施設、事業所内において行なわれる学生の実習への協力
- ③ 学会・研究会等での事例研究発表等
- ④ 施設イベントなどの写真をホームページ、パンフレット、広報誌や施設内ポスターなどへの掲載(利用者様、ご家族等)

【付記】

1. 上記の内容に同意いただける場合は、契約書証の「個人情報利用同意書」にチェックをいれていただき、サインをお願いします。
2. 上記のうち、同意しがたい事項がある場合には、その旨お申し出下さい。
3. これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更することが可能です。
4. 転居等により、本人または家族への確認が困難である場合、担当ケアマネジャーからの問い合わせに対して情報を提供する場合があります。
5. リハビリ終了後に効果的なリハビリテーションの評価をする観点から、ADL(日常生活活動)、IADL(生活関連動作)、社会参加に資する取り組みへの参加状況について、問い合わせさせていただくことがあります。

契約証書

事業者

- 利用契約書
- 重要事項説明書
- 個人情報使用同意書

について、利用者に説明を行いました。

説明年月日	年　月　日
-------	-------

事業者	所 在 地	広島市安佐南区西原 8 丁目 29 番 24 号
	法 人 名	医療法人社団聖愛会 ぎおん牛田病院
	代 表 者 名	
	事 業 所 名	ぎおん牛田病院 訪問リハビリテーション
	説明者氏名	

利用者

私は、以上の契約内容及び、重要事項説明書、個人情報の取り扱い等について説明を受け、内容に同意しました。

私は、この契約書で確認する訪問リハビリテーションサービスの申し込みをします。

利用者	住 所	
	氏 名	

利用者の代理人(代筆者、または契約意志の確認)

私は、本人(利用者)に代わり上記署名を代筆しました。または、本人(利用者)の契約意思確認が困難であるため、本人に代わり内容を確認し、同意・署名をいたします

代理人	住 所	
	氏 名	

極度額	80,000 円
-----	----------