

<別紙 1>

訪問リハビリテーション（介護・介護予防）重要事項説明書
<2025（令和7）年10月1日現在>

1. 施設の概要

（1）事業者（法人）の名称等

名称・法人種別	医療法人社団 三思医光会
代表者名	駒井 太一(理事長)
本社所在地・連絡先	(住所) 〒379-2311 みどり市笠懸町阿佐美 1155 (電話) 0277-76-6311 (FAX) 0277-76-6763

（2）事業所名称及び事業所番号

事業所名	介護老人保健施設ケアピース
所在地・連絡先	(住所) 高崎市上豊岡町 1168-1 (電話) 027-344-2800 (FAX) 027-344-2727
事業所番号	1050280054
管理者の氏名	佐野 敏男（施設長）

（3）訪問リハビリテーション(予防も含む)事業の目的と運営方針

- ①訪問リハビリテーションは、健康保険法及び介護保険法の理念に基づき、寝たきり老人等の心身の特性を踏まえて訪問リハビリテーション利用者の生活の質の確保を重視し、健康管理や日常生活動作の維持、回復を図ると共に在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように又利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うことを目的とします。
- ②事業所では、利用者の有する能力に応じ訪問リハビリテーション計画（介護予防訪問リハビリテーション計画）に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、摂食・嚥下への対応、言語訓練、介護その他日常的に必要なとされる医療を提供し在宅における日常生活の回復を目指します。

（4）事業所の職員体制

従業者の職種	人数（人）	区分		職務の内容
		常勤（人）	非常勤（人）	
管理者 (施設医師)	1	0	1	
理学療法士	2以上	0	2	

言語聴覚士	2以上	0	2	
-------	-----	---	---	--

(5) 事業の実施地域

事業の実施地域	高崎市・安中市
---------	---------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(6) 営業日

営業日	営業時間
平日（月～金）	8：30～17：30
営業しない日	土曜日・日曜日 12月31日～1月3日

2. サービスの内容

利用者の家庭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添って、理学療法士又は言語聴覚士がご自宅を訪問し、日常生活がより可活動的なものとなるよう関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善等を又、発声発語の言語に関して、聴覚、認知機能等コミュニケーションに関する機能訓練や摂食・嚥下機能訓練等を医師の指示に基づき行います。このサービスを提供するにあたっては、ご本人、保証人の希望を十分に取り入れた上で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。計画の内容については十分説明し同意を得てから開始します。

3. 要望または苦情等相談窓口

当事業所相談窓口	窓口担当者 支援相談員 受付時間 8：30～17：30 受付電話 027-344-2800 受付FAX 027-344-2727 ご意見箱 正面玄関に設置
高崎市介護保険長寿社会課	電話番号 027-321-1248 対応時間 平日 8：30～17：15 FAX 027-326-7387
群馬県国民健康保険団体連合会 苦情処理相談窓口	電話番号 027-290-1323 対応時間 平日 9：00～16：00 FAX 027-255-5077
第三者評価機関による実施状況	実施していません

4. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者へ連絡をします。

＜別紙２＞

サービス内容説明書

１．介護保険証の確認

ご利用のお申込みにあたり、利用者の介護保険証・介護保険負担割合証を確認させていただきます。

２．利用料

（１）料金表

別紙の料金表(2024 年6月 1 日改訂版)を参照ください。

（２）交通費

別紙１（５）の事業の実施地域にお住いの方は無料です。

それ以外の地域にお住いの方は交通費の実費が必要となります。

通常の実施地域を超えた地点から片道１ｋｍごとに５０円加算。

（３）その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気等の費用は、お客様の負担となります。

３．利用料等のお支払方法

毎月１７日（１７日が休業日の場合は翌営業日）に前月分の請求書を発行し、利用者または保証人の指定された宛先に送付いたします。お支払方法は、口座振替となります。

・口座振替の場合は、毎月４日（４日が休業日の場合は翌営業日）の引落となります。振替の手続き等に時間を要し、口座振替の開始が出来なかった場合は、現金でのお支払い、又は翌月分と合算での引落しをお願いしています。

〔受付時間〕

月曜日～金曜日 9:00～17:00

土曜日～日曜日 お取り扱いできません。

<別紙3>

個人情報の利用目的説明書

当事業所では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち

－会計・経理

－事故等の報告

－当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち

－利用者に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

－利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合

－検体検査業務の委託その他の業務委託

－家族等への心身の状況説明

- ・介護保険事務のうち

－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

- ・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

【上記以外の利用目的】

〔当事業所の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち

－医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

－当事業所において行われる学生の実習への協力

－当事業所において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち

－外部監査機関への情報提供

個人情報の使用同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、下記に記載するとお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

- （１） 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当
者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- （２） 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の
情報の提供
- （３） 在宅療養をサポートする病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所
その他の関係者と連携を図るため、医療従事者や介護従事者その他の関係者が共有
すべき介護情報を含む個人情報の提供

2. 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3. 使用する期間

契約で定める期間

4. 条件

- （１） 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあ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） 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

介護老人保健施設 ケアピース 訪問リハビリテーション

令和 年 月 日

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印

<家族の代表>

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、
私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

氏名 _____ 印

訪問リハビリ 証書

利用者氏名

生年月日 M・T・S 年 月 日(歳)

住所

私儀、この度貴施設の訪問リハビリ利用につきましては、利用中の諸費用を必ず支払います。万一、滞納が生じた場合には、上限を 5 万円としての連帯保証人と共に責任をもってお支払いします。

令和 年 月 日

<保証人>

氏名

続柄

連絡先

勤務先

<連帯保証人>

氏名

続柄

連絡先

勤務先