

重要事項説明書及び契約書

(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)

利用者氏名： _____ 様



独立行政法人地域医療機能推進機構

事業者：福井勝山総合病院附属介護老人保健施設

重要事項説明書

1 事業所（法人）等の概要

① 事業者（法人）の概要

名称	独立行政法人地域医療機能推進機構
代表者名	理事長 山本 修一
所在地	〒108-0074 東京都港区高輪3丁目22番12号
連絡先	電話 (03) 5791-8220 FAX (03) 5791-8257

② 事業所の概要

施設名称	福井勝山総合病院附属介護老人保健施設
所在地	〒911-8558 福井県勝山市長山町2丁目6番21号
連絡先	電話 (0779) 87-3100 FAX (0779) 87-3177
事業所番号	福井県 1850680032 号
施設長氏名	土山 智邦

③ 職員体制

職種	職務内容	計
管理者	施設に携わる職員の総括管理、指導等	1名
医師	健康管理、リハビリテーション計画の指示、急変時の対応	1名
理学療法士等	運動・作業療法の計画、実施、評価等	1名以上
その他職員	その他補助業務	必要数

④ サービス実施エリア

実施エリア	大野市 勝山市
-------	---------

⑤ 営業日

営業日	営業時間
平日	8:30～16:45
営業しない日	土曜日・日曜日・祝日 12月29日～1月3日

※感染拡大や台風・大雪、地震など災害時の営業については、警報等の状況により適宜、判断します。

2 サービスの内容と費用

① 介護保険給付対象サービス

内 容
生活機能の維持または向上を目指すため、基本動作・日常生活行為・日常生活関連行為・活動及び社会参加に関する行為全般における再建及び質の向上を行います。

② 費用（介護保険負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割 ）

サービス利用料および利用者負担
介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として利用料金の1～3割です。ただし、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。1単位 10円
◎基本料： 308単位/回(20分) 298単位/回(20分) ※介護予防の場合 ※1週間に6回（120分）までを限度に利用可能
◎交通費 勝山市境界から、5km～10km 超えた場合 100円 勝山市境界から、10km～20km 超えた場合 200円

料金設定の基本となる時間は、居宅サービス計画（ケアプラン）で定められた時間を基準とします。

③ 利用料等のお支払い方法

- ・原則、口座振替をお願いします。毎月月末締めとし、翌月10日までに当月分の請求明細書を発行します。銀行手続等の都合により、口座振替が間に合わない場合があり、その際にはご連絡いたしますので、窓口にてお支払いをお願いします。
- ・「預金口座振替依頼書」の手続き完了後、翌月15日（15日が休日の場合は前後します）に口座振替にて徴収させていただきます。
- ・請求書及び領収書を利用者宅等へ郵送いたします。郵送先変更の場合には1階事務所までご連絡ください。
- ・領収書は医療費控除等の申請に必要となります。紛失しないようご注意ください。領収証明書の発行には別途料金が必要となります。

訪問リハビリ継続の為に、3ヶ月に1度指示を出す医師の診察が必要となります。

当施設医によるリハビリテーション指示のための診察は、費用の負担はありません。

3 事業者が提供するサービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設の提供する介護保険施設サービスに対しての要望又は苦情等について、申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「意見箱」に投函して申し出ることができます。

苦情等受付窓口	窓口受付担当	管理係／支援相談員
	窓口責任者	福井勝山総合病院附属介護老人保健施設副施設長
	ご利用時間	8：30～17：15（平日）
	電話番号	(0779) 87-3100
	FAX 番号	(0779) 87-3177

行政による苦情相談窓口

勝山市健康福祉部 健康体育課	所在地 : 勝山市郡町1丁目1-50 電話番号 : (0779) 87-0888
大野市健康福祉部 健康長寿課	所在地 : 大野市天神町1-19 電話番号 : (0779) 65-7333
福井県国民健康保険団体連合会	所在地 : 福井市西開発4丁目202-1 電話番号 : (0776) 57-1611

4 緊急時の対応及び協力医療機関

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、以下の医療機関に速やかに連絡を取るなど必要な措置を講じます。

医療機関	病院名	福井勝山総合病院
	所在地	福井県勝山市長山町2丁目6-21
	電話番号	(0779) 88-0350

※受診における診療費についてはご負担が発生します。

5 緊急時の連絡先

別添の緊急連絡先にご記入いただいた内容に沿って連絡いたします。

6 サービス利用に当たっての留意点

喫煙	サービス利用中は禁煙にご協力をお願いします。
所持金管理	所持金品は、自己責任のもと管理してください。
ペットについて	・義務付けられた予防接種は必ず受けてください。 ・サービス提供時はペットが職員に危害を加えないよう、ゲージに入れるなど配慮をお願いします。 ・万が一ペットが職員に危害を加え、受診の必要性があった場合には治療費は保険適用外となり、治療費を利用者にご負担いただくことになります。
宗教・政治活動	職員への宗教・政治活動はご遠慮ください。
駐車について	駐車スペースの確保をお願いします。
医療機関への受診	定期受診等の医療機関受診の日はお休みとさせていただきます。 (緊急での受診以外、同日での併用は不可)
利用のキャンセル	キャンセルされる場合は、当日午前9時00分までにご連絡ください。
その他	訪問スタッフへのお心遣いにご遠慮させていただきます。

【ご利用時リスク説明書】

当訪問リハビリテーションでは利用者が快適な在宅での生活を送ることができるようリハビリテーションを提供させていただきますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

《高齢者の特徴に関して》

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 健常者では通常感染しない状態であっても、高齢者は免疫力の低下により疥癬等の感染性皮膚疾患にかかりやすく、悪化しやすい可能性があります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ☐ 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。
- ☐ 高齢者は、加齢に伴い肺や気管支等の呼吸器官の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重症化する危険性があります。
- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、サービスを提供するリハビリテーション職員の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。受け入れ先等の都合でご希望に添えない場合がありますのであらかじめご了承ください。
- ☐ 日本人が生涯、癌に罹る確率は男性 60%、女性 40%（国立がんセンター推計）であり、今後癌を発症する可能性もあります。
- ☐ 認知症は記憶障害や知能機能の低下といった基本症状の他に、心理・行動障害（周辺症状）が出現する恐れがあり徘徊や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害をおこす可能性があります。
- ☐ かかりつけ医があれば下記にお知らせください。

《医学的管理・服薬管理に関して》

- ☐ 身体状況及び服用されている薬の影響から起こしやすいと考えられることなど
()

ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。

なお、ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ねください。

【かかりつけ医】

(医療機関名)

(電話番号)

契 約 書

_____（以下、「利用者」という）と福井勝山総合病院附属介護老人保健施設の営む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（以下、「当施設」という）は、事業者が利用者に対して行う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の利用について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 当施設は、介護保険法令及びこの契約書に従い、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、訪問リハビリテーションサービス・介護予防訪問リハビリテーション（以下、「サービス」という）を提供いたします。

（契約期間）

第2条 この契約の契約期間は、令和_____年_____月_____日から第14条に基づく契約の終了があるまで、本契約に定めるところに従い当施設が提供するサービスを利用できるものとします。

（身元引受人）

第3条 利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

- 2 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること。
- 3 弁済をする資力を有すること。
 - ① 身元引受人または連帯保証人は、利用者が本契約上当施設に対して負担する一切の債務を極度額30万円の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。
- 4 身元引受人は、利用者が疾病等により医療機関の受診が必要となった場合、すみやかに帰宅し、利用者の受診付き添いや同伴に協力すること。
- 5 当施設に対する利用料の未払いがあったときは、当施設は身元引受人または連帯保証人に対し、未払いに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

（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計画の作成・変更）

第4条 当施設は、医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、（介護予防）訪問リハビリテーション計画を作成します。

- 2 （介護予防）訪問リハビリテーション計画には、サービスの目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。
- 3 当施設は、（介護予防）訪問リハビリテーション計画を作成、また変更した際には、利用者及びその家族に対し説明を行い、その同意を得るものとします。
- 4 （介護予防）訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画の内容に沿って作成します。
- 5 当施設は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定するサービスの目的に従い、サービスの変更を行います。
 - ① 利用者の心身の状況等の変化により、（介護予防）訪問リハビリテーション計画を変更する必要がある場合。
 - ② 利用者及びその家族等が（介護予防）訪問リハビリテーション計画の変更を希望する場合。

（サービスの内容及びその提供）

第5条 当施設は、前条により作成された（介護予防）訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者に対してサービスを提供します。各種サービス内容は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

- 2 当施設は、利用者に提供した具体的なサービス内容（介護及び看護）等に関する記録を整備し、その終了日から5年間保存しなければなりません。
- 3 利用者及びその家族又は身元引受人は、当施設に請求することにより、前項の具体的なサービス内容等に関する記録の閲覧及び複写物の交付を受けることができます。

（協力義務）

第6条 利用者は、当施設が利用者のサービスを提供するにあたり、可能な限り事業者と協力しなければなりません。

（相談・苦情対応）

第7条 当施設は、利用者及びその後見人、家族又は身元引受人からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、自ら提供したサービスまたは（介護予防）訪問リハビリテーション計画に位置づけたサービス等に関する要望、苦情等に対し、迅速かつ誠実に対応を行います。

（費用）

第8条 当施設が提供するサービスの要介護状態区分毎の利用料及びその他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

- 2 利用者及び身元引受人及び連帯保証人はサービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を当施設に支払います。
- 3 当施設は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービス内容及び利用料金を説明し、利用者の同意を得ます。
- 4 当施設は、サービスの要介護状態区分毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、事前にお知らせします。

（医療体制）

第9条 当施設は、配置の理学療法士等の職員に常に利用者の健康状態に注意させ、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとるよう誠意を持って指導いたします。

- 2 当施設は、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに別紙重要事項説明書に記載する医療機関に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

（身体拘束等）

第10条 当施設は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、利用者または利用者の家族の同意を得た上で身体拘束・その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

（秘密保持）

第11条 当施設及びその従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

- 2 当施設は、利用者及びその家族の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議において、情報を共有するために利用者及び家族の個人情報をサービス担当者会議で用いることを、本契約をもって利用者及びその家族が同意したものとみなします。

（利用者の解約権）

第12条 利用者は、申出等によりこの契約を解除することができます。

(当施設の解除条件)

第13条 事業者は、利用者及び利用者家族が次の各号に該当する場合において、2週間の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

- ① 利用者及び利用者家族が正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を2ヶ月以上し、その支払を督促したにも関わらず、支払わないとき。
- ② 利用者及び利用者家族の行動が、職員の生命又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがある場合。
- ③ 利用者及び利用者家族が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。
- ④ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない事由により、当施設の利用が不可能となるとき。

(契約の終了)

第14条次に掲げる事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- ① サービスの提供必要性がなくなったとき。
- ② 利用者が、要介護認定において非該当となったとき。
- ③ 利用者が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき。
- ④ 第12条に基づき、利用者が契約を解除したとき。
- ⑤ 第13条に基づき、当施設が契約を解除したとき。
- ⑥ 利用者が、死亡したとき。

(事故発生時の対応)

第15条 当施設は、サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者及び関係機関並びに利用者の後見人、家族又は身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を迅速に講じます。

(高齢者虐待防止の推進)

第16条 事業者は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するための指針を定め、その発生を防止するための体制を整備する。

(賠償責任)

第17条 当施設は、サービスの提供に伴い事故により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。ただし、当施設に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

2 前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(本契約に定めのない事項)

第18条 利用者と当施設は信義誠実をもって本契約を履行するものとします。また、本契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

(裁判管轄)

第19条 利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、当施設の法人が管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

個人情報の利用目的

福井勝山総合病院附属介護老人保健施設では、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。

【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〕

- ・事業者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事業者の管理運営業務のうち
 - －利用登録等の管理
 - －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〕

- ・事業者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
 - －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】

〔施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・事業者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
 - －事業者において行われる学生の実習への協力
 - －事業者において行われる事例研究
 - －広報誌の掲載

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・事業者の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

訪問リハビリテーションサービス内容詳細説明書

1 サービスの内容

- (1) 福井勝山総合病院附属介護老人保健施設訪問リハビリテーションは、次の日程によりサービスを提供します。
 (2) サービスは、別提出の「(介護予防) 訪問リハビリテーション (実施) 計画書」に沿って提供します。

	曜日	時間帯	内容
1			
2			
3			

2 サービス提供担当者

- (1) サービスを提供する者は以下のとおりです。

担当 (氏名) (職種 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

担当 (氏名) (職種 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

※ 担当療法士が不在の場合は休み又は代行となります。
 サービス途中で担当者の変更を行う場合があります。

3 その他

- (1) 利用者様がサービスの利用をキャンセルされる場合は、次の連絡先まで御連絡ください。

福井勝山総合病院附属介護老人保健施設 電話 0779-87-3100

- (2) 1. 緊急連絡先について

利用者の状態が変わられたり、災害等で緊急を要する際、ご連絡をとらせていただく際の連絡先を下記にご記入ください。

(※請求書をご本人住所以外に郵送希望の場合は☑してください。)

第 1	請求書郵送 ☐	氏名	携帯
		続柄 ()	自宅
第 2	請求書郵送 ☐	氏名	携帯
		続柄 ()	自宅
第 3	請求書郵送 ☐	氏名	携帯
		続柄 ()	自宅

緊急時搬送先病院 : 電話番号 :

- (3) 毎月のご請求は、次月 10 日前後に請求書を郵送します。
 (4) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、原則金銭の取り扱いはありません。

【広報活動における掲載事項について】

当施設では定期的な広報誌の発刊、またホームページ上での施設の広報活動を実施しております。

つきましては、個人情報の運用を適正に行う為、下記項目についてご一読いただき、ご希望について該当項目に☑をご記入ください。

記

1. 施設広報誌「ほんのり」について

①行事報告等にご本人が写っている写真の掲載

☐掲載してよい

☐掲載しないでほしい

②お名前の掲載

☐掲載してよい

☐掲載しないでほしい

2. 利用者作品について

①作成した作品展示における記名について

☐記名ありで展示

☐無記名で展示

3. インターネットについて

①当施設のホームページ（インターネット）への写真の掲載

☐掲載してよい

☐掲載しないでほしい

以上、（介護予防）訪問リハビリテーション
の重要事項及び個人情報の利用目的、契約内容等について説明しました。

令和 年 月 日

説明者 _____

この重要事項の同意及び契約を証するため、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。

【利用者】

契約締結日 令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

署名代行者（身元保証人・家族代表）
私は、本人の契約意思を確認し署名代行しました。

利用者との関係 _____

住 所 _____

家族又は代理人氏名 _____ 印

【事業者】

住 所 福井県勝山市長山町2丁目6番21号

事業者名 独立行政法人地域医療機能推進機構
福井勝山総合病院附属介護老人保健施設

施設長 土 山 智 邦 印