

重要事項説明書及び契約書

(通所リハビリテーション)

(介護予防通所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6-21
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
開設年月日	2009年5月1日

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	2名以上
看護職員	看護全般、生活援助等	1名
介護職員	医学的管理下の介護、生活援助、サービス計画作成等	4名以上
その他の職員	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	勝山市 大野市
-------	---------

⑤ 営業日

営業日	営業時間
平日	8:30~16:45 (祝日含む)
営業しない日	土曜日・日曜日・年末年始は別途お知らせ

※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

種類	内容
食事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行います
入浴及び清拭	入浴又は清拭を行います
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います
整容等	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。
リハビリ	身体機能の低下防止のため、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により利用者の状況に適したリハビリを行います
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います
レクリエーション等	製作レク、おやつレク、運動レク、音楽療法、観賞レク 施設外訓練等を行います
相談及び援助	利用者及びその後見人、家族又は身元引受人からのご相談に応じます 必要に応じ居宅マネージャーに連絡させていただきます
送迎	ご自宅、施設間の送迎を行います ※天候等の状況により、送迎の対応が困難となる場合があります

② 費用 別途「施設利用料金表」を参照

【介護保険給付対象サービス費】

- ・原則として、料金表で示した金額に対し、介護保険負担割合証で決定された割合分が利用者負担額となります。
- ・保険料の滞納等により、本施設に直接介護保険給付が行われない場合がありますので、その場合、料金表の利用金全額をお支払いいただきます。
- ・保険法等に定める給付額に変更があった場合には、変更された額に併せてご契約者の負担額を変更します。

【介護保険給付対象外サービス】

介護保険給付対象外サービスの利用料は全額負担となります。

種類	内容	利用料
食費	昼食	690 円 (非課税)
補食	水分、おやつ、コーヒーなど	90 円 (非課税)
行事・特別食		実費 (非課税)
おむつ代	紙パンツ・紙オムツ	105 円 (非課税)
	尿取りパット	36 円 (非課税)
文書料	診断書 (当施設の様式)	3,300 円 (税込)
領収証明書料	希望期間の支払い金額の明細	1,100 円 (税込)
日常生活費	タオルリース、衛生材料 (手指消毒剤、おしぼり等)、 クラブ活動費	189 円 (非課税)

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、口座振替手続きに間に合わない場合があります、その際にはご連絡いたしますので、窓口にてお支払をお願いします。
- ・「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。

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、担当支援相談員に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等

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 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める当施設の「消防計画」にのっとり対応
防災訓練	年2回、利用者参加しての、昼夜を想定した避難訓練の実施
防災設備	・スプリンクラー ・屋内、屋外消火栓 ・消火器 ・誘導灯 ・自動火災報知設備 ・非常灯 ・防火扉

6 緊急時の連絡先

別添の緊急連絡先一覧（契約書最終頁）にご記入いただいた内容に沿って連絡いたします。

7 施設利用にあたっての留意点

喫煙	敷地内禁煙となっておりますのでご協力お願いします
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
設備の利用	施設内の設備は、用法に従ってご利用ください
ペットの持ち込み	施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします
迷惑行為	騒音又は他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください
宗教・政治活動	施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮ください
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	お休みされる場合は、当日午前8時30分までにご連絡ください

8 送迎における留意点

送迎時に実施可能な介助	・ベッドからの起き上がり介助 ・ベッドまでの付添介助 ・玄関の施錠／開錠 ・電化製品（TV、電気毛布、照明、エアコン等）の入切
送迎時にお引き受けできないこと	・除雪作業 ・火を扱う器具（石油ストーブ、ファンヒーター）の取扱い ・狭小の敷地内への送迎車の進入 ・その他、利用者および介助者の危険を伴う可能性のある介助
冬期間における協力依頼	・送迎車が安全に進入するスペース確保のための除雪（利用者が多く乗車されるため、乗車介助の時間短縮にご協力お願いします） ・転倒予防のための凍結防止への工夫 ・帰宅後に利用者が安全に暖をとれる電化製品や空調の設置（火気の取扱いはお引き受けできません）
犬などのペットを飼っている方	・義務付けられた予防接種を受けていただくこと ・送迎時間帯におけるペットの隔離（スタッフが利用者最優先での介助をしているため、ペットに気付かず誤って触れてしまう等の可能性があります。おとなしい動物でも警戒心が働くこともあるかと思えます。安全のため上記のことにご理解・ご協力をお願いします）

9 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションとは居宅要介護者（主治医）がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいいます。

10 介護予防通所リハビリテーション

介護予防通所リハビリテーションとは居宅要支援者（主治医）がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり、行われる理学療法、その他必要なリハビリテーションをいいます。

【ご利用時リスク説明書】

当施設では利用者が快適な通所リハビリテーションを実施できますように、安全な環境作りに努めておりますが、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。
- 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に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、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来る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、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- 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的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）が出現する場合があります。徘徊や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害を起こす可能性があります。
- 送迎時に急変された場合には原則福井勝山総合病院へ搬送をいたします。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通所リハビリテーション・介護予防通所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通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションサービスの利用について、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、通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションサービス (以下、「サービス」という)を提供し、一方、利用者及び利用者の身元引受人または連帯保証人は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

(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、利用者と共に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、すみやかに来所し、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。

(通所リハビリテーション・介護予防通所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、通所 (介護予防) リハビリテーション計画を作成します。

- 2 通所 (介護予防) 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、通所 (介護予防) 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 通所 (介護予防) 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当該通所 (介護予防) 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通所 (介護予防) 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通所（介護予防）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、利用者へ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通所（介護予防）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「施設料金表」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、特にそのサービスの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、配置の医師及び看護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、利用者へ病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに重要事項説明書に記載する協力医療機関に連絡を取るなど必要な措置を講じます。
 - 3 当施設からの求めに応じ、重要事項説明書に記載する協力医療機関での診療又は入院が行える体制を確保します。

(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（切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たす場合）は、身体的拘束等適正化検討委員会で判断し、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、状態の観察・再検討を行います。

(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サービスを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。

(利用者の解除権)

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。

(当施設の解除権)

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ヶ月以上滞納し、その支払を督促したにも関わらず、支払われないとき
- ② 利用者及び利用者家族の行動が、他の利用者または職員の生命又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき
- 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 第12条に基づき、利用者が契約を解除したとき
- ④ 第13条に基づき、当施設が契約を解除したとき
- ⑤ 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も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。

(本契約に定めない事項)

第18条 利用者とは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 利用者とは事業者は、本契約に関して争いを得ず訴訟公となる場合は、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。

(業務継続計画の策定)

第20条 当施設は、感染症や非常災害の発生時における業務継続計画を策定し、災害時に利用者に対する介護保険サービスを可能な限り継続できるよう必要な措置を講じます。

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（およびご家族様の情報）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

【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、介護老人保健施設における重要事項及び個人情報の利用目的、利用時のリスク、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、事業所が署名の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

【利用者】

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いたしました。

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6-21

事業所名 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

1. 緊急連絡先について

利用者の状態に変化があった場合や災害等で緊急時に連絡をとるための情報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 <input type="checkbox"/>	氏名	携帯
		続柄 ()	自宅
第 2	請求書郵送 <input type="checkbox"/>	氏名	携帯
		続柄 ()	自宅
第 3	請求書郵送 <input type="checkbox"/>	氏名	携帯
		続柄 ()	自宅

2. 日常生活品の利用承諾について

日常生活品名およびクラブ活動材料名		日額費用	持参される場合は「✓」
1	歯ブラシ	4 円	
2	歯みがき粉	4 円	
3	シャンプー・リンス・ボディーシャンプー	17 円	
4	髪ブラシ	4 円	
5	ティッシュペーパー	10 円	
6	おしぼり	5 円	
7	バスタオル	34 円	
8	普通タオル	15 円	
9	書道・・・墨、用紙	23 円	
10	絵画・・・絵具、用紙	23 円	
11	脳トレ・・・印刷、用紙	23 円	
12	作り物・・・糸、布地	23 円	
日常生活費合計額			

上記に示す項目において、利用者自らの選択分（最低限必要）にかかる自己負担合計額を施設利用の間、自己負担することを承諾します。

(確認いただきましたら☑をお願いします)

以上、1および2の項目について相違ないことを確認の上、記名をお願いします。

令和 年 月 日

記入者名 _____ (続柄) _____

