

(別紙1)

## (介護予防)指定訪問リハビリテーション 重要事項説明書

令和 4年 4月 1日現在

《はじめに》

### (1) 介護保険証の確認

説明を行うにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

当事業所のサービスは、どのような介護サービスを提供すれば在宅で生活できる状態になるか、という居宅サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、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が、その際、ご本人・身元引受人の希望を十分に取り入れ、計画の内容については同意をいただくことになります。

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設とわだ
- ・開設年月日 令和19年12月1日
- ・所在地 青森県十和田市大字洞内字長田60番の6
- ・電話番号 0176(27)3131
- ・ファックス番号 0176(27)3139
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(0250680048)

#### (2) 当事業所の職員体制

- ・管理者 1名(従業者と兼務)
- ・理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士 実情に応じて必要数を配置

#### (3) サービスの提供時間帯

通年営業 8:30 ~ 17:30

#### (4) サービスの利用方法

##### ・サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込み下さい。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を介護支援専門員に依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

##### ・サービスの利用終了

利用期間中は、以下のような事由がない限り継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- イ) お客様が亡くなられた場合
- ロ) お客様が介護保険施設に入所した場合
- ハ) 要介護認定によりお客様の心身の状況が自立と判断された場合

- ニ) 事業所が解散した場合、破産した場合または止むを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ホ) 施設の滅失や重大な毀損により、お客様に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ヘ) 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ト) お客様から解約または契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい)
- チ) 事業所から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい)

※お客様からの解約・契約解除の場合は、サービス終了希望日の1週間前までにお申出下さい。但し、以下の場合には即時に契約を解約・解除することができます。

- イ) お客様が入院された場合
- ロ) 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ハ) 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ニ) 事業所もしくはサービス従事者が故意または過失により、お客様の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

※事業者からの契約解除の申出は1ヶ月前に予告しますが、以下の事項に該当する場合に本契約を解除させていただくことがあります。

- イ) お客様が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ロ) お客様によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、その支払いの催告にもかかわらず、督促状発行より2週間経過してもお支払いがない場合
- ハ) お客様またはご家族様が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

## 2. サービス内容

お客様の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防を目的に、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に(介護予防)訪問リハビリテーションを行います。また、自らその提供する(介護予防)訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

## 3. 利用料金

### (1) 基本料金

※ 別紙2の料金表をご覧ください。

### (2) その他

お客様の住まいでサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用お客様のご負担になります。

### (3) 支払い方法

- ① 毎月10日に、前月分の利用料請求書を発行します。その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

- ② お支払い方法は、金融機関口座振替、郵便局自動払込、指定銀行口座振込の3方法があります。入所時にお選び下さい。
- ③ 前号①②において請求しました利用料が、1ヵ月以上お支払いのない場合は、本人または身元引受人宛で利用料お支払いの督促状を発行いたします。
- ④ 前号③に続き、3ヶ月以上お支払いのない場合は、「訪問リハビリテーション利用 同意書兼誓約書」に記された連帯保証人にも、利用料お支払いの督促状を発行いたします。
- ⑤ 前号④に続き、その支払を督促したにも拘わらず3ヶ月以上にわたり、そのお支払が認められない場合は、特別な事情がない限り当施設の利用を解除、終了させていただきます。

#### 4. 緊急時の対応

- (1) 当事業所は、お客様に対し主治医の医学的判断により受診が必要と認める場合、協力医療機関等での診療を依頼することがあります
- (2) 当事業所は、お客様に対し当事業所におけるサービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
- (3) 前2項のほか、当事業所はサービス利用中にお客様の心身の状態が急変した場合、当事業所は、お客様及び身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

#### 5. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者のご家族、お住まいの市町村、居宅介護支援事業者に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

なお、当事業所の施設サービスの提供に起因する事故により、当事業所に法律上の損害賠償責任がある場合には速やかに損害賠償いたします。

(この場合の損害賠償責任とは、裁判上の確定判決によることを必要とするものではありません。)

- ・リハビリ中、指導者のミスによりケガ
- ・体位変換時のミスにより骨折

※事故が不可抗力で事業所側の責任がない場合は、お支払いできない場合がございます。

#### 6. 秘密の保持について

- (1) 当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密をもらしません。
- (2) 当事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密をもらしません。
- (3) 当事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書（別紙3）による同意を得た上で、必要最低限の範囲内で、利用者またはご家族の個人情報を用います。

7. サービス内容に関する苦情

別紙4の通り、お客様相談・苦情窓口と苦情処理体制を整えております。但し交通事情等によりお客様へのサービス開始時間に到着ができない場合は、速やかに連絡しサービス時間の調整を頂く場合がございます。

8. その他

当事業所では各種養成校等実習生を受け入れております。育成過程において各種サービスの提供等に携わる場合は、ご協力をお願い致します。

(介護予防)訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所

所在地 十和田市大字洞内字長田60番の6

名称 介護老人保健施設とわだ  
訪問リハビリテーション事業所

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面により事業者から(介護予防)訪問リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

【利用者】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

【身元引受人・代理人】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄: \_\_\_\_\_)