

# (介護予防) 訪問リハビリテーション

## 利用契約書

利用者 様と事業者 介護老人保健施設 寿苑とは、(介護予防) 訪問リハビリテーション (以下、「訪問リハビリテーション」という。) の利用に関して、次のとおり契約を結びます。

(目的)

### 第1条

- 1 事業者は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し、利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、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を提供します。
- 2 事業者は、訪問リハビリテーション提供にあたっては、利用者の要介護区分若しくは介護予防区分、及び利用者の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、利用者に対し訪問リハビリテーションを提供します。
- 3 利用者は、事業者から訪問リハビリテーション提供を受けた時は、事業者に対し利用請求書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

(契約期間)

### 第2条

- 1 この契約期間は、令和 年 月 日～令和 年 月 日とします。  
但し、契約満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。
- 2 上記契約期間満了日の7日以上前に、利用者から事業者に対して更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から、更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。
- 4 利用者から更新拒絶の意思表示された場合は、事業者は居宅介護支援事業者に報告し、他の事業者につながるように必要な措置をとります。

(訪問リハビリテーション計画の作成変更)

第3条

- 1 事業者は、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、訪問リハビリテーション計画を作成します。
- 2 訪問リハビリテーション計画には、機能訓練等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 訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。
- 4 事業者は、次のいずれかに該当する場合は、訪問リハビリテーション計画の変更を行います。
  - ①事業者は、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望の変化により、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利用者が訪問リハビリテーションの内容や提供方法等の変更を希望する場合。
- 5 前項の変更に際して、居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに居宅介護支援事業者に連絡する援助を行います。

(訪問リハビリテーションの提供)

第4条

- 1 事業所は、訪問リハビリテーション計画に沿った内容の訪問リハビリテーションを提供します。
- 2 事業所は、利用者に対して訪問リハビリテーションを提供するごとに、提供日、及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載します。
- 3 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から5年間保存します。
- 4 利用者及びその後見人（後見人がいない場合は、本人の家族）は、必要がある場合は、事業者に対し、前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。但し、この閲覧及び謄写は、事業者の業務に支障のない時間に行うこととします。

(居宅介護支援事業者等との連携)

第5条

- 1 事業者は、利用者に対して訪問リハビリテーションを提供するにあたり、居宅介護支援事業者又はその他保険、医療、福祉サービスを提供するものとの密接な関係に努めます。

(苦情対応)

#### 第6条

- 1 利用者、利用者の後見人又は利用者の家族は、事業者により提供されたサービスに不満がある場合は、重要事項説明書記載の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。
- 2 事業者は、前項による苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処するように努めます。
- 3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由として如何なる不利益な扱いも致しません。

(緊急時の対応)

#### 第7条

- 1 事業者は、訪問リハビリテーションの提供を行っている時に、利用者の様態の急変が生じた場合は、速やかに利用者の主治医に連絡を取るなどの必要な対策を講じます。

(費用)

#### 第8条

- 1 事業者が提供する訪問リハビリテーションの利用単位毎の利用料、その他の費用は、重要事項説明書に記載したとおりです。
- 2 利用者は、訪問リハビリテーション提供の対価として、前項の費用の額を基に月ごとに算定された利用者負担額を事業者に支払います。
- 3 事業者は、提供する訪問リハビリテーションのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、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 事業所は、前二項に定める費用のほか、次の各号に掲げる費用の支払いを利用者に請求することができます。
  - ①事業所の通常の事業の実施地域以外にある利用者の居宅に移動する費用
  - ②利用者の要望により通常要する時間を越えて提供された訪問リハビリテーションの費用
  - ③食事を提供した場合の食材料費
  - ④おむつ代
  - ⑤訪問リハビリテーションの中で提供される便宜のうち、日常生活においての通常必要となるものにかかわる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用

- 5 事業者は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ利用者に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。
- 6 事業者は、訪問リハビリテーションの利用単位ごと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、1ヶ月前までに利用者に対し文章により通知し、変更の申し出を行います。
- 7 事業者は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく重要事項説明書で利用サービス変更合意を交わします。

(利用者負担額の滞納)

#### 第9条

- 1 利用者が、事業者を支払うべき利用料の利用料負担額を2ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し30日以上を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の勧告をすることができます。
- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、居宅介護支援事業者、又は利用者の家族等と連絡を取り、解除後も利用者の健康、生命に支障のないように必要な措置を講ずることに努めます。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときには、この契約を文書により解除することができます。
- 4 事業者は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として訪問リハビリテーションの提供を拒むことはできません。

(秘密保持)

#### 第10条

- 1 事業者及びその従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者、利用者の後見人又は利用者の家族の秘密を漏らしません。
- 2 事業者は、利用者、利用者の後見人又は利用者の家族の個人情報を用いる場合は、利用者、利用者の後見人又は利用者の家族の同意を得るものとします。

(利用者の解約権)

#### 第11条

- 1 利用者は、事業者に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、7日以上を予告期間をもって届けるものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

(利用者の解除権)

#### 第 12 条

利用者は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- 1 事業者が、正当な理由なく、本契約に定める訪問リハビリテーションを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合。
- 2 事業者が、第 10 条に定める守秘義務に違反した場合。
- 3 事業者が、利用者の身体、財産、名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

(事業者の解除権)

#### 第 13 条

- 1 事業者は、利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となったときは、30 日以上予告期間をもって、この契約を解除することができます。
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合には、居宅介護支援事業者、利用者の後見人又は利用者の家族等に連絡を取り、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

#### 第 14 条

次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- 1 利用者が死亡したとき。
- 2 第 11 条に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 3 第 12 条に基づき、利用者から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 4 第 13 条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 5 第 9 条に基づき、利用料の支払いが催告後も未納の場合。
- 6 利用者が医療機関や介護保険施設等へ入院、入所した場合。
- 7 利用者の要介護状態区分が改善され、通院が可能となった場合。

(損害賠償)

#### 第 15 条

- 1 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者、利用者の後見人及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2 前項の場合において、当該事故の発生につき、事業者の故意若しくは重大な過失がある場合には損害を賠償します。但し、事業者が故意、過失がない場合には、こ

の限りではありません。

- 3 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、損害賠償を減額することができます。
- 4 利用者の行為により事業者が何らかの被害、損害を受けた場合は、利用者又は利用者の家族、利用者の代理人は連帯して、事業者の被害を賠償します。

(利用者代理人)

#### 第 16 条

- 1 利用者は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。
  - 2 利用者の代理人選任に際して必要がある場合は、事業者は成年後見人制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(契約外事項)

#### 第 17 条

- 1 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上の契約の証として本契約書を 2 通作成し、各自 1 通ずつ所持します。

令和 年 月 日

私は、以上の契約につき、職員（氏名 ）から説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

利用者 住 所：  
氏 名： 印  
代筆者：  
代筆理由：手が不自由 認知症 その他（ ）

私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

家 族 住 所：  
氏 名： 印

私は、以上の契約につき説明を受け、代理人の責任について理解しました。

代理人 住 所：  
（選任した場合）氏 名： 印  
利用者との続柄：

当事業所は、利用者の申し込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

事業者 所在地：福岡県みやま市瀬高町坂田 59-1  
名称：介護老人保健施設 寿苑

# (介護予防) 訪問リハビリテーション 重要事項説明書

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、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

## 1. 利用者に対する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	介護老人保健施設 寿苑
介護保険指定事業所番号	4054280047
事業所所在地	福岡県みやま市瀬高町坂田 59-1
管理者の氏名	池田創
電話番号	0944-63-3943
FAX番号	0944-63-3945
事業の実施地域	みやま市、柳川市、筑後市

### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、その利用者が可能な限りその居宅において、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るよう、心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	1. (介護予防) 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、利用者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に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 2. (介護予防) 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業者は自らその質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。 3. (介護予防) 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、医師の指示並びに (介護予防) 訪問リハビリテーショ



	<p>ン計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう適切に行う。</p> <p>4. (介護予防) 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要とされる事項等について理解しやすいよう説明を行う。</p> <p>5. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	<p>月曜日から金曜日までとする。</p> <p>ただし、祝日及び12月29日から1月3日までを除く。</p>
営業時間	<p>午前9時～午後5時30分</p> <p>電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。</p>

### (4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	<p>月曜日から金曜日までとする。</p> <p>ただし、祝日及び12月29日から1月3日までを除く。</p>
サービス提供時間	<p>午前9時～午後5時30分</p>

### (5) 事業所の職員体制

責任者	池田創
人員	理学療法士5名 作業療法士2名 言語聴覚士1名

## 2. 提供するサービス内容及び費用について

### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービス内容
(介護予防) 訪問リハビリテーション	<p>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るよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上をめざします。</p>

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

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、飲食の授受
- ③利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④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）
- ⑤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

(3) 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

区分等	利用料（1割負担の場合）	算定回数
介護予防訪問リハビリテーション費	298円	1回につき
訪問リハビリテーション費	308円	1回につき

(4) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

	加算	利用料（1割負担の場合）	算定回数
要支援度による区分なし	退院時共同指導加算	600円	1回のみ
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6円	1回につき
	短期集中リハビリテーション実施加算	200円	1日につき
	口腔連携強化加算	50円	1月につき

要介護度による区分なし	加算	利用料 (1割負担の場合)	算定回数
	退院時共同指導加算	600 円	1 回のみ
	サービス提供体制強化加算 (I)	6 円	1 回につき
	リハビリテーション マネジメント加算 イ	180 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 円	
	事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合	270 円	
	短期集中 個別リハビリテーション実施加算	200 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 円	1 日につき
	口腔連携強化加算	50 円	1 月につき
	移行支援加算	17 円	1 日につき

※ 一定以上所得がある方は、利用料の負担割合が 2 割、3 割になります。

※ 駐車場代が発生する場合は、利用者負担とさせていただきます。

介護予防訪問リハビリテーションでは、退院（退所）日または要支援認定を受けた日から起算して 1 か月以内の期間に行うとき 1 週間につき概ね 2 日以上、一日あたり 40 分以上の個別リハビリテーションを行います。

退院（退所）日から起算して 1 か月を超え 3 か月以内の期間に行うときは、1 週間につき概ね 2 日以上、1 日あたり 20 分以上の個別リハビリテーションを行います

訪問リハビリテーションでは、退院（退所）日または要介護認定を受けた日から起算して 3 か月以内の期間に行うとき 1 週間につき概ね 2 日以上、一日あたり 20 分以上の個別リハビリテーションを行います。

※ 退院時共同指導加算は、病院又は診療所に入院中の者が退院するにあたり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

※ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働省が定める基準に適合しているも

のとして届け出し、利用者に対して訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

- ※ リハビリテーションマネジメント加算は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより継続的に訪問リハビリテーションの質を管理したことを評価し、算定します。
- ※ 短期集中リハビリテーション実施加算は利用者に対して、集中的に（介護予防）訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。
- ※ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に、1週に2日を限度として算定します。ただし、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しません。
- ※ 口腔連携強化加算は、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときに算定します。
- ※ 移行支援加算は、訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者の社会参加等を支援し通所介護等に移行させた者が一定の割合を占めた場合、算定します。
- ※ 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担を除く）申請を行ってください。

### 3. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合） その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 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。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月初めに利用者あてにお届け（郵送）します。
----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 10 日までに、下記の方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 現金払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、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致します。(医療費控除の還付金請求の際に必要なことがあります。)</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 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 30 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。

#### 4. 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、右の相談担当者までご相談ください。	<p>ア 相談担当者氏名 : 橋本拓弥</p> <p>イ 連絡先電話番号 : 0944-67-7110</p> <p>同ファックス番号 : 0944-63-3945</p> <p>ウ 受付日: 月曜日から金曜日まで ただし、祝日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く。</p> <p>エ 受付時間: 午前 9 時～午後 5 時 30 分</p>
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

#### 5. サービス提供にあたって

- (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限）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) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者

又は家族に説明し、同意を得た上で、訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

## 6. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとお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	橋本拓弥（田中雅彦）
-------------	------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。

- (3) 苦情解決体制を整備しています。

- (4) 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、これを市町村に連絡します。

行政機関	連絡先
みやま市役所 保健福祉部 介護支援課 介護保険係	0944-64-1555
みやま市地域包括支援センター	0944-64-1516
柳川市役所 福祉課高齢者福祉係	0944-75-6321
柳川市地域包括支援センター	0944-75-6321
筑後市役所 市民生活部 高齢者支援課 介護保険担当	0942-53-4115
筑後市地域包括支援センターいきいき	0942-53-4162

- (5) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

- (6) 虐待の防止のための指針を整備しています。

- (7) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しています。

7. 身体的拘束等の適正化について

- (1) 利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 身体的拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</li><li>② 事業者及び事業者の使用する者（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。</li><li>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。</li><li>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、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</li></ul>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>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ぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者介護等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</li><li>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。</li><li>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</li></ul>

	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。)
--	---------------------------------------------------------------------

## 9. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

## 10. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防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、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 11. 身分証携行義務

指定訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

### 12. 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が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、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。

### 13. 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、居宅介護支援事業者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居宅介護支援事業者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居宅介護支援事業者に送付します。



#### 14. サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の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申請することができます。

#### 15. 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、必要な管理を行います。
- ② 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。

#### 16. 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

- ア 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。(下記に示す【事業者の窓口】のとおり)
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- 苦情があった場合は、ただちに相談担当者が本人または家族に連絡をとり、詳しい情報を聞くとともに担当の職員からも事情を確認する。
  - 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要があると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議を行う。
  - 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をする(利用者に謝罪に行く、改善の取り組みの報告等)
  - 記録を台帳に保管し、再発防止と今後の改善に役立てる。

##### (2) 苦情申立の窓口

窓口	連絡先
【事業者の窓口】 介護老人保健施設 寿苑	0944-63-3943
【市町村(保険者)の窓口】 みやま市役所 介護支援課	0944-64-1555

【市町村（保険者）の窓口】 福岡県介護保険広域連合 柳川・大木・広川支部	0944-75-6301
【市町村（保険者）の窓口】 筑後市役所 高齢者支援課介護保険係	0942-53-4115
【公的団体の窓口】 福岡県国民健康保険団体連合会	092-642-7859

17. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容の説明を職員（氏名 田中雅彦 ）から確かに受け、内容  
について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
	代筆者	
	代筆理由	<input type="checkbox"/> 手が不自由 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（ ）

家族	住所	
	氏名	印 （続柄： ）

代理人	住所	
	氏名	印