

指定訪問リハビリテーション
指定介護予防訪問リハビリテーション

介護老人保健施設しもだ
運営規程

医療法人 仁泉会

介護老人保健施設しもだ
指定訪問リハビリテーション
指定介護予防訪問リハビリテーション
運 営 規 程

(事業の目的)

第1条 医療法人仁泉会 介護老人保健施設しもだが行う訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの事業は、利用者が要介護状態になった場合においても、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、理学療法、作業療法その他必要なリ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ることを目的とする。

(運営の方針)

第2条 運営の方針は、次に掲げるところによるものとする。

1. 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
2. 事業者自らその提供する指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
3. 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び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）に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、打倒適切に行う。
4. 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）の作成後は、当該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）の実施状況の把握（モニタリング）を行い、モニタリング結果を指定介護予防支援事業所に報告するものとする。
5. 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーション従業者は、指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
6. 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況を的確に把握しつつ、利用者に対し適切なサービスを提供する。
7. 当事業所は、契約者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。
8. 当事業所は、サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。

(事業所の名称及び所在地)

第3条 この事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名 称 医療法人仁泉会 介護老人保健施設しもだ
- (2) 所 在 地 青森県上北郡おいらせ町山崎 2592-7

(従業者の職種、員数及び職務の内容)

第4条 この事業所に勤務する従業者の職種、員数及び職務の内容は、次のとおりとする。

- (1) 医 師 1名 (常 勤)

- ◆事業者の従業者の管理及び指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

- ◆医学的評価、利用者・職員の健康管理、協力病院との連携

- ◆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）の作成

- (2) リハビリ職員 4名 (常 勤：3人)

- ① 作業療法士 3名

- ② 理学療法士 1名

- ◆自立支援・家庭復帰へのリハビリテーション

- ◆家族等への指導・相談

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- (1) 営業日

月曜日から金曜日までを営業日とし、土・日曜日・1月1日を休業日とする。

- (2) 営業時間

8：30～17：30

- (3) サービス提供時間

9：00～17：00

(指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの内容)

第6条 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションは主治医の指示に基づき要介護者(介護予防にあつては要支援者)の心身の機能回復を図るため、療養上の目標と具体的なサービスの内容を記載した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)を作成するとともに、主要な事項について利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得て当該計画を利用者に交付する。

(利用料その他の費用の額)

第7条 この事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションが法定代理受領サービスである時は、介護保険負担割合証に記載されている割合額それぞれ1割・2割・3

割の額とする。

(通常の事業の実施地域)

第8条 通常の事業の実施地域はおいらせ町、三沢市、六戸町、八戸市、五戸町とし、概ね20km圏内の地域とする。

(緊急時などにおける対応方法)

第9条 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションに当たる従業者は、現に指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの提供を行っているとき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、主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。

(苦情処理)

第10条 利用者およびその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情受付窓口等を設置するなど、必要な措置を講じる。

2 利用者およびその家族から苦情を受けた場合には、その苦情の内容を記載する。

(事故発生時の対応)

第11条 サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

2 事故の状況及び事故に際して採った処置を記録する。

(記録の整備)

第12条 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備する。

2 利用者に対する指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存する。

- 1 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）
- 2 利用者に提供した具体的なサービスの内容等の記録
- 3 利用者に関する市町村への通知に関わる記録
- 4 利用者及びその家族等からの苦情の内容等の記録
- 5 サービスの提供により発生した事故の状況及び事故に際して採った処置の記録

(虐待の防止等)

第13条 当事業所は、契約者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施する。

- 1 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- 2 虐待防止のための指針を整備する。
- 3 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。

4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

(業務継続計画の策定等)

第14条 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、契約者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

2 当事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。

3 当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

(衛生管理)

第15条 当事業所は、従業者の清潔の保持及び健康状態の管理並びに当事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずる。

2 感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針（別添）を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備する。

(1) 当事業所における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

(2) 当事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。

(3) 当事業所において、従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施する。

(4) 「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行う。

(その他運営に関する重要事項)

第16条 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションに当たる従業者の資質の向上のために、次の通り研修の機会を設けるものとする。

(1) 採用時研修 採用後1か月以内

(2) 継続研修 年2回

2 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

3 従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、従業者で亡くなった後においてもこれらの者の秘密を保持すべき旨を従業者との雇用契約の内容とするものとする。

4 当施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

5 サービスに関連する政省令及び通知並びに本運営規程に定めのない、運営に関する重要事項については、医療法人仁泉会介護老人保健施設しもだの「運営会議」において定めるものとする。

附 則 この規程は、令和5年5月1日から施行する。

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

介護老人保健施設しもだ

サービス利用契約書

医療法人 仁泉会

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
介護老人保健施設しもだ
サービス利用契約書

医療法人 仁泉会
更新日 令和5年5月1日

契約者と、事業者：医療法人仁泉会（以下、「事業者」という）は、事業者が開設運営する事業所：介護老人保健施設しもだ（以下、「事業所」という）において、事業者が提供する指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーション（以下、「サービス」という）を利用するにあたり、下記の通り契約を締結いたします。

（契約の目的）

- 第1条 事業者は、介護保険法及び関係法令等（以下「法令等」という。）の定めるところにより、契約者に対し、この契約の定めるところに従って、契約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サービスを提供すると共に、契約者及び契約者の身元引受人（以下、「身元引受人」という）並びに連帯保証人が、事業者に対し、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。
- 2 事業者は、サービスの提供にあたっては、契約者の要介護状態区分、及び契約者の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、契約者にサービスを提供します。

（契約期間と更新）

- 第2条 この利用の契約期間は、契約締結の日から要介護認定及び要支援認定の有効期間（以下、「認定有効期間」という）の満了日とします。但し、身元引受人または連帯保証人に変更があった場合、及び本契約書の改定が行われた場合は、新たに契約を締結するものとします。
- 2 契約満了日の前までに、契約者から契約解除の申し出がない場合、この契約は自動更新され、以降も同様とします。
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、期間経過の翌日から更新後の認定有効期間の満了日とします。ただし、契約期間満了日以前に契約者が要介護状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了日が更新された場合、変更後の認定有効期間の満了日をもって、契約期間の満了日とします。

（契約の終了）

- 第3条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。
- 1 要介護認定において、契約者が自立と認定された場合。
 - 2 契約者が死亡した場合。
 - 3 契約者が第4条に基づき契約を解除したとき。
 - 4 事業者が第5条に基づき契約を解除したとき。

- 5 契約者が介護保健施設や医療施設等に入所または入院した場合。
- 6 その他、契約者、契約者の家族及び身元引受人との話し合いにより、上記の限りではありません。

(契約者からの契約解除)

第4条 契約者は事業者に対し、いつでも1週間の予告期間をおいてこの契約を解除することができます。この場合、事業者側は責任を問われません。

2 契約者は、次の事由に該当した場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- ① 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合。
- ② 事業者が、守秘義務に違反した場合。
- ③ その他、事業者が法令等及びこの契約等に定める事項に著しく違反した場合。

(事業者からの契約解除)

第5条 事業者は契約者に対し、次の各号に該当する場合には、1週間の予告期間をおいて、この契約を解除することができます。

- 1 正当な理由なく別紙②に定める利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、30日以内に支払わない場合。
- 2 契約者が事業者及び従業員に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為または、反社会的行為を行った場合。
- 3 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合には、主治医、居宅サービス(訪問型サービス)計画を作成した居宅介護支援事業者及び地域包括支援事業者、公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(介護計画の作成)

第6条 事業者は、契約者の心身の状況、希望、主治医の指示及びその置かれている環境を踏まえて、介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的な指定訪問介護事業等の内容等を記載した訪問介護計画及び訪問型サービス計画(以下「介護計画」という)を速やかに作成します。

- 2 介護計画は、居宅サービス(訪問型サービス)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。
- 3 事業者は、介護計画作成後においても、介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の内容を変更します。
- 4 契約者は事業者に対し、いつでも介護計画の内容を変更するよう申し出ることができます。この場合、事業者は、明らかに変更の必要のないとき、及び契約者の不利益となる場合を除き、契約者の希望に沿うように介護計画の変更を行います。
- 5 事業者は、介護計画を作成し、また、介護計画を変更した場合には、契約者及び契約者の家族に対し、その計画の内容を説明いたします。

(居宅サービス<訪問型サービス>計画変更の援助)

第7条 事業者は、契約者が居宅サービス(訪問型サービス)を希望する場合は、速やかに居宅

介護支援事業者に連絡をとるなど必要な援助を行います。

(介護サービスの内容)

第8条 事業者は、前条により作成される介護計画に基づき本状のとおり各種サービスを誠意をもって提供し、サービスの提供にあたっては、契約者及びその家族に対して、同サービスの内容を説明します。なお、各種サービスの内容は別紙①の「重要事項説明書」のとおりです。

- 2 事業者は、保健医療サービス、または福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努め、その契約者の利用状況等を把握するようにします。

(居宅介護支援事業者等との連携)

第9条 事業者は、契約者に対してサービスを提供するにあたり、契約者が依頼する居宅介護支援事業者及び地域包括支援事業者または、その他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(利用料の支払い)

第10条 契約者、身元引受人及び連帯保証人は事業者に対し、介護計画に基づき事業者が提供する各種介護保険給付サービス並びに、各種介護保険給付外サービスについて、別紙②の「料金表」のとおり利用料等を支払います。

- 2 事業者は、契約者が支払うべきサービスに要した費用について、契約者が介護サービス費として市町村より支給を受ける額の限度において、契約者に代わって市町村より支払を受けます（以下法定代理受領サービス）。ただし、法令等に基づいて契約者が保険給付を償還払い（一旦契約者が事業者に対し全額を支払い、その後契約者が市町村から9割の払い戻しを受ける支払方法）の方法で受ける場合には事業者に対し、利用料の全額を支払います。
- 3 事業者は、契約者に対し、毎月翌月15日までに、当月の利用料等の請求書を送付します。請求書には契約者が利用した各種サービス毎の利用回数、利用単位の内訳の区別を明記します。
- 4 契約者は事業者に対し、当月の利用料等を翌月末迄に支払います。支払いの方法は、現金または指定銀行口座への振込みもしくは指定銀行口座引き落としのいずれかの方法によります。
- 5 事業者は、契約者からの利用料の支払を受けたときは、契約者に対し領収書を発行します。
- 6 事業者は、契約者が正当な理由もなくサービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、別紙に記載したキャンセル料の支払いを求めることができます。
- 7 事業者は、サービスの利用単位毎の利用料及び、その他の費用の額を変更しようとする場合は、1ヶ月前までに契約者に対し文書により通知し、変更の申出を行います。
- 8 事業者は、前項に定める利用料の変更を行う場合には、新たな料金表に基づく利用料金表を添付した契約書を交わします。

(介護保険給付対象外のサービスの提供)

第 11 条 事業者は契約者との合意に基づき、介護保険給付の支給限度額を超えるサービスを提供するものとします。

(介護サービスの記録)

第 12 条 事業者は、契約者に対する指定訪問介護事業等の提供に際し、作成した記録書類を、完了日から 2 年間保存します。

- 2 契約者または契約者の家族は事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧・謄写を求めることができます。ただし、謄写に対して、事業者は契約者または契約者の家族に対して、実費相当額を請求することができます。

(損害賠償)

第 13 条 事業者は、契約者に対するサービスの提供に当たって、事業者の責に帰すべき事由によって契約者が損害を被った場合、事業者は契約者に対して、その損害を賠償するものとします。

- 2 契約者の責に帰すべき事由によって、事業者が損害を被った場合、契約者、身元引受人及び連帯保証人は事業者に対して、その損害を賠償するものとします。

(緊急時の対応)

第 14 条 事業者は、サービスの提供中に契約者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、契約者の主治医等の医療機関において速やかに必要な治療等が受けられるよう、必要な措置をします。

(身分証携行義務)

第 15 条 従業員は常に身分証を携行し、初回訪問時及び契約者または契約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。

(秘密保持)

第 16 条 事業者及び従業員は、正当な理由がない限り、契約者に対するサービスの提供に際して知り得た契約者、契約者の家族及び身元引受人の秘密を漏らしません。

- 2 事業者は、従業員が退職後、就業中に業務上知り得た契約者、契約者の家族及び身元引受人の秘密を正当な理由なく漏らしません。
- 3 契約者は、事業者がサービス担当者会議等において契約者の個人情報を用いることに同意します。事業者は、契約者の家族からあらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等で契約者の家族の個人情報を用いませぬ。

(苦情処理)

第 17 条 契約者、身元引受人及び連帯保証人は、提供されたサービスに苦情がある場合、いつでも事業者に対し、苦情を申し立てることができます。その場合、事業者は迅速適切に対

処し、サービスの向上改善に努めます。

- 2 契約者は、法令等に従い、市町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。
- 3 事業者は、契約者が苦情申し立てを行った場合、これを理由として契約者に対して何らの差別待遇をしません。

(身元引受人及び連帯保証人)

第 18 条 身元引受人及び連帯保証人は、契約者がこの契約書に基づいて事業所に対して負う債務について、連帯して保証するものとします。

- 2 契約者の身元引受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。

(合意管轄)

第 19 条 本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、契約者の住所地の裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意します。

(契約の定めない事項)

第 20 条 この契約に定めない事項及び疑義がある場合は、法令等の定めるところにより、契約者及び事業者が誠意を持って処理するものとします。

以上の契約の証として本契約書を 3 通作成し、契約者または身元引受人、連帯保証人及び事業者は記名押印の上、各自その 1 通を保有します。

別紙①

訪問リハビリテーション事業所
介護予防訪問リハビリテーション事業所

介護老人保健施設しもだ
重要事項説明書

医療法人 仁泉会

訪問リハビリテーション事業所
介護予防訪問リハビリテーション事業所
介護老人保健施設しもだ
重要事項説明書

医療法人 仁泉会
更新日 令和5年5月1日

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
【青森県指定 介護保険事業者番号】
0252580022

当事業所は、利用者に対して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を提供いたします。

当事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意ください等を、次の通り説明いたします。

*** 当事業所の訪問リハビリテーションは、原則として要介護認定の結果、「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。**

1. 事業所内容

(1) 事業者（事業所設置法人）

法人名 医療法人 仁泉会
所在地 〒039-1161
青森県八戸市大字河原木字八太郎山 10 番地 81
電話番号 0178-51-2590
FAX 番号 0178-51-2591
代表者名 理事長 田中 由紀子
設立年月 昭和42年4月7日

(2) 事業所名称等

事業所名 介護老人保健施設しもだ
所在地 〒039-2153
青森県上北郡おいらせ町山崎 2592-7
電話番号 0178-56-4888
FAX 番号 0178-56-4886

管理者氏名 施設長 工藤 晋也

開設年月日 平成4年6月22日

(3) 事業所の目的と基本理念

*目的

この事業は、介護保険法の理念に基づき、利用者の心身の特性を踏まえ、生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常生活動作の維持・回復を図るとともに在宅医療を推進し、また、入浴・排泄・食事の介助その他生活全般にわたり快適な在宅療養が継続できるよう支援することを目的とします。

*基本理念

- ①利用者個人の人生観・価値観を尊重し、利用者個人のその人らしさを大切にした介護を行います。
- ②明るく家庭的な雰囲気づくりに心掛け、地域や家庭との結びつきを重視いたします。
- ③いつも笑顔で挨拶し、誰にでも親切と思いやりの心で接します。
- ④ 利用者の生きがいを高め、自立での意欲を支援していきます。

(4) 営業日及びサービス提供時間

事業所の営業日及び営業時間は、次の通りといたします。

① 営業日 月曜日から金曜日（1月1日をのぞく）

② 営業時間 8：30分～17：30

（サービス提供時間 9：00～17：00）

(5) 通常の事業の実施区域

①おいらせ町 ②六戸町 ③三沢市 ④八戸市 ⑤五戸町

※ただし、当施設より概ね20km圏内とする

(6) 職員配置状況

①医 師 1名 （常勤1名、通所リハビリと兼務）

②理学療法士・作業療法士 3名 （常勤3名、通所リハビリと兼務）

2. サービス内容

- ①ご自宅の環境に合わせた移動方法や身の回り動作の練習
- ②ご家族への介護方法の指導
- ③住環境の整備や福祉用具利用に関する助言

3. 利用料金及び支払い方法について

- (1) 利用料金については、別紙②の料金表を参照して下さい。
- (2) 但し、介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合は、限度額を超えた分をお支払いいただきます。
- (3) 利用料金については、精算を月末締めとし、翌月15日までに請求書を送付いたしますので、その月末までにお支払い下さい。お支払いの確認が済み次第、領収書を発行いたします。お支払いについては、窓口での支払い、または指定口座への振込、もしくは預金口座振替の方法があります。
- (4) 前号(1)(2)(3)で請求しました利用料が、3ヶ月以上お支払いがなく、その支払いを督促したにもかかわらず、特別な事情がある場合を除き、督促状を発行した日から30日以内にお支払いがない場合、利用契約を解除・終了させていただきます。

4. 利用手続きについて

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等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。利用に当たっては最低3ヶ月に1度主治医から当施設への診療情報提供書が必要となります。

* 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を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。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

②やむを得ない事情により事業所の都合でサービスを終了する場合、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は事前にお知らせいたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア. 利用者が介護保健施設に入所した場合

イ. 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。（介護保険給付費でのサービスは受けられませんので、ご相談ください。）

ウ. 利用者が亡くなられた場合

④その他

利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

5. 事故発生時の対応

サービス提供時において事故が発生した場合は、速やかに家族、関係市町村、居宅介護支援事業者等に連絡すると共に、必要な措置を講じます。

また、事業所の介護サービス提供に伴って、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

6. サービスの内容に関する苦情

(1) 事業所の苦情相談窓口

- ① 苦情受付担当者 : 支援相談室
久保沢 光浩 ・ 西舘 公代 ・ 濱浦 良野
- ① 苦情解決責任者 : 事務長 宮崎 肇
- ② 電話番号 : 0178-56-4888
- ③ FAX番号 : 0178-56-4886
- ⑤ 受付時間 : 月～金曜 8:30 ～ 17:30

(2) 事業所以外の相談・苦情窓口

事業所以外に、下記の苦情相談窓口等にも苦情を伝えることができます。

- ① 本部苦情解責任者 : 事務局長 後藤 敦子
- ② 電話番号 : 0178-51-2590
- ③ FAX番号 : 0178-51-2591
- ④ 受付時間 : 月～金曜 8:30 ～ 17:30

(行政機関その他苦情受付機関)

| 行政機関名 | 所在地 | 電話番号 | ファックス番号 |
|--------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| おいらせ町 介護福祉課 | 青森県上北郡おいらせ町 中下田 135-2 | 0178-56-4705 | 0178-56-4364 |
| 青森県 国民健康保険団体連合会 | 青森県青森市新町 2-4-1 青森県共同ビル 3F | 017-723-1336 | 017-723-1095 |

7. 守秘義務

事業所職員は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を、在職中及び退職後も他に漏らしません。

8. その他

- (1) 事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい。
- (2) ご要望やご質問がございましたら、何なりと事業所の管理者またはスタッフにお声がけください。

重要事項説明書の内容に関する説明は、下記の者が担当いたしました。

令和 年 月 日

所属 _____

氏名 _____

重要事項説明書の内容に関する説明を、上記の担当者より受け、サービスの提供に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

身元引受人 _____

利用者との関係 ()

◎ 訪問リハビリテーション利用料金

単位：円

| 項目 | サービス提供時間 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|--|---|-------------|------|--------|
| 訪問リハビリテーション費 (20分/回) | | 308 | 616 | 924 |
| 加算 | サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 6 | 12 | 18 |
| | サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) | 3 | 6 | 9 |
| | 中山間地域等における小規模事業所加算 ※前年度の1ヶ月平均延訪問回数が30回以下の場合 | 所定単位数の10%加算 | | |
| | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ※通常実施地域外の地域でサービス提供を実施した場合 | 所定単位数の5%加算 | | |
| | 短期集中リハビリテーション実施加算 | 200 | 400 | 600/日 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 (イ) | 180 | 360 | 540/月 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) | 213 | 426 | 639/月 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 (医師説明) | 270 | 540 | 810/月 |
| | 退院時共同指導加算 | 600 | 1200 | 1800/回 |
| 同一建物居住者に対する訪問減算 ※同一建物の利用者20人以上にサービスを行った場合 | | 所定単位数の10%減算 | | |

◎ 介護予防訪問リハビリテーション利用料金

単位：円

| 項目 | サービス提供時間 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|----------------------|---|-------------|------|-------|
| 訪問リハビリテーション費 (20分/回) | | 298 | 596 | 894 |
| 加算 | サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 6 | 12 | 18 |
| | サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) | 3 | 6 | 9 |
| | 中山間地域等における小規模事業所加算 ※前年度の1ヶ月平均延訪問回数が30回以下の場合 | 所定単位数の10%加算 | | |
| | 中山間地域等に居住者へのサービス提供加算 ※通常実施地域外の地域でサービス提供を実施した場合 | 所定単位数の5%加算 | | |
| | 短期集中リハビリテーション実施加算 | 200 | 400 | 600/日 |
| | 同一建物居住者に対する訪問減算 ※同一建物の利用者20人以上にサービスを行った場合 | 所定単位数の10%減算 | | |
| | 利用開始日より12ヶ月を超えてサービスを行った場合 | -30 | -60 | -90 |

* 介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合は、料金表に定められた料金の全額をお支払いいただきます。

介護老人保健施設しもだ
(介護予防) 訪問リハビリテーション利用契約書

| | | | | |
|-----|--|-----|--|--|
| 契約者 | 私は、以上の契約の内容につき説明を受け、内容を確認しました。 | | | |
| | 私は、この契約の定めるところに従い、訪問リハサービスを利用することを申込みます。 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 自 宅 | 住 所 | | |
| | 電話番号 | FAX | | |

| | | | | |
|-------|--|------|-----|--|
| 身元引受人 | 私は、契約者に代わり、署名を行いました。私は契約者の契約意思を確認しました。 | | | |
| | 氏 名 | | 続柄： | |
| | 自 宅 | 住 所 | | |
| | | 電話番号 | FAX | |
| | 勤 務 先 | 名称 | | |
| | | 電話番号 | FAX | |

| | | | | |
|-------|---|------|-----|--|
| 連帯保証人 | 私は、サービス利用中は事業所管理者の指示に従うとともに、利用料金の支払及び損害賠償の事項について同契約書、別紙①及び別紙②の内容を遵守することを、契約者本人と連携して約します。 連帯保証人の負担は、限度額として本契約の利用料6ヶ月分を限度とします。 | | | |
| | 氏 名 | | 続柄： | |
| | 自 宅 | 住 所 | | |
| | | 電話番号 | FAX | |
| | 勤 務 先 | 名称 | | |
| | | 電話番号 | FAX | |

| | | | | |
|-----|---|--------------|---------------------------|--------------|
| 事業者 | 事業者は、契約者の申し込みを受託し、この契約に定める事業所における訪問リハサービスの提供を誠実に責任を持って行います。 | | | |
| | 名称及び代表者 | | 医療法人 仁泉会 理事長 田中 由紀子 | |
| | 住 所 | | 青森県八戸市大字河原木字八太郎山 10 番地 81 | |
| 事業所 | 名称 | | 介護老人保健施設しもだ | |
| | 住所 | | 青森県上北郡おいらせ町山崎 2592-7 | |
| | 電話番号 | 0178-56-4888 | FAX | 0178-56-4886 |

秘密保持・個人情報保護法の遵守についての同意書

当事業所では、契約者及びその家族の個人情報の取扱いに万全の体制で取り組んでいます。

個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、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います。

1. 個人情報の使用目的

- ①介護保険法に基づく保険者への介護サービス利用料等の請求(レセプト)
- ②審査支払機関又は保険者からの照会等への回答
- ③介護保険法に基づく実地指導
- ④会計・利用料請求
- ⑤介護サービスや業務運営の維持・改善の為の基礎資料
- ⑥介護サービスに係る計画・記録
- ⑦体調・服薬管理
- ⑧事故報告・苦情内容等の記録
- ⑨広報等への写真の掲載
- ⑩事業所内で行われる実習生・ボランティアへの協力
- ⑪事業所内・外で行われる研究発表会等への症例発表
- ⑫他事業所又は担当ケアマネージャーとの連携
- ⑬損害賠償保険等に係る保険会社等への相談・届出
- ⑭緊急時(救急隊等)の情報提供
- ⑮外部評価
- ⑯事業所内自己評価
- ⑰他事業所への入居時の情報提供
- ⑱サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等
- ⑲サービス利用・休止又は入退居等の管理
- ⑳通院・入院時の病院への情報提供
- ㉑契約者への介護サービス向上
- ㉒その他の業務委託(検査・散髪・クリーニング等)
- ㉓家族等への心身の状況説明
- ㉔保険事務委託のため
- ㉕統計データ利用のため
- ㉖契約者の情報は東北医療福祉事業協同組合及びその組合員へ下記目的で情報提供します。
組合員は (<http://www.sg-kumiai.or.jp>) に掲載している事業者。
 - a) 保険者への医療・介護保険に係る請求業務及び組合員間での共同請求事務
 - b) 最適なサービスの提供及びリスク回避の為の情報交換
 - c) サービスを永続的に提供できるよう事業所の経営資料(統計・分析)の作成上記目的の他に契約者及びその家族の同意なく第三者に個人情報を提供することはいたしません。しかし、個人情報を取り扱う業務の一部を外部委託することがあります。

2. 使用する期間・記録等

使用する期間は、サービスを受けている期間とします。ただし、法律に則り、サービス提供終了後も最低2年間は個人情報を保有するものとします。

3. 個人情報の開示、訂正、削除等

個人情報の開示、訂正、削除等については、法律に則って行います。

令和 年 月 日

医療法人 仁泉会
理事長 田中 由紀子 殿

【契約者】

住所 _____

氏名 _____

【身元引受人】（契約者との関係 _____）

住所 _____

氏名 _____

個人情報・肖像権・著作権の使用に関する承諾のお願い

SGグループでは様々な活動や行事の様子などを記録し、ホームページや広報紙等により社内外へ情報を発信しております。

つきましては、＜介護老人保健施設しもだ＞で撮影する写真・動画におきましても主旨をご理解の上、ぜひ掲載の承諾を頂きますようお願い致します。また、撮影した画像・動画に関する著作物（原稿等）について著作者人格権を不行使のうえ、SGグループへ著作権の移転をお願い致します。

特別な事情により、ウェブ上で公開された肖像・個人情報（HTML形式、PDFファイルなど）の削除を希望される場合は、下記の問い合わせ先までご連絡をお願い致します。ただし、紙媒体として配布される印刷物などについては、対応することはできませんのでご了承願います。

ご承諾頂けます場合には、下記に署名の上ご提出いただきますようお願い致します。

【掲載媒体】

- ・SGグループの各法人・事業所のホームページや広報紙等・各種説明会等の資料
- ・SNS（Twitter, Instagram, Youtube等）

【問い合わせ先】

介護老人保健施設しもだ 相談室

電話番号：0178-56-4888

「写真・動画・著作物」の掲載承諾書

事業所としての活動内で撮影された

- ・私の「写真・動画」の SGグループ内の「ホームページや広報紙・SNS等」への掲載
- ・私の「著作物」の 「著作権の移転」 および 「著作者人格権の不行使」

上記2点について（承諾します 承諾しません）

※どちらかにをお願いいたします。

年 月 日

ご本人署名

ご家族署名