

## 重要事項説明書

### 訪問リハビリテーションサービス

|     |                      |         |
|-----|----------------------|---------|
| 1.  | 事業者の概要               | P 2     |
| 2.  | ご利用事業所               | P 2     |
| 3.  | 事業の目的と運営の方針          | P 2～3   |
| 4.  | 通常の事業実施地域            | P 3     |
| 5.  | 営業日及び営業時間            | P 3     |
| 6.  | 職員の配置状況              | P 3     |
| 7.  | 事業所が提供するサービスと利用料金    | P 3～7   |
| 8.  | 虐待防止について             | P 7     |
| 9.  | 身体拘束について             | P 7～8   |
| 10. | 契約の終了・解除について         | P 8～9   |
| 11. | 家族代表者                | P 9     |
| 12. | 衛生管理等                | P 9     |
| 13. | 業務継続計画の策定等について       | P 9～10  |
| 14. | 苦情等申立て窓口             | P 10    |
| 15. | 緊急時の対応               | P 10    |
| 16. | 事故発生時の対応             | P 11    |
| 17. | 損害賠償について             | P 11    |
| 18. | 運営指導・第三者評価の実施状況      | P 11    |
| 19. | 個人情報の利用目的について        | P 11～13 |
| 20. | サービス利用時リスク説明書        | P 13    |
| 21. | 訪問リハビリテーション利用に関する同意書 | P 14    |
| 22. | 附則                   | P 15    |

**重要事項説明書**  
(みらいのさと太陽訪問リハビリテーション)

**1. 事業所の概要**

- |            |                 |
|------------|-----------------|
| (1) 法人名    | 医療法人社団 映寿会      |
| (2) 法人所在地  | 石川県金沢市鞍月東1丁目8番地 |
| (3) 法人の種別  | 医療法人            |
| (4) 代表者の氏名 | 理事長 北元 喜洋       |
| (5) 電話番号   | 076-237-8000    |

**2. ご利用事業所**

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| (1) 事業の名称  | 介護老人保健施設 みらいのさと太陽 訪問リハビリテーション |
| (2) 事業の所在地 | 石川県金沢市鞍月東1丁目17番地              |
| (3) 管理者氏名  | 高木 恵里                         |
| (4) 電話番号   | 076-237-2821                  |
| (5) FAX 番号 | 076-237-2832                  |
| (6) 開始年月日  | 令和3年4月1日                      |

**3. 事業の目的と運営方針**

(1) 事業の目的

医療法人社団 「映寿会」が開設する介護老人保健施設みらいのさと太陽 訪問リハビリテーション（以下「事業」という。）が実施するサービスの適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が要介護状態にある高齢者の自宅を訪問して、適正な訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

- 1 指定訪問リハビリテーションの事業は、要介護状態と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生活機能の維持又は向上を目指し、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るものとする。
- 2 指定訪問リハビリテーションの事業は、要支援状態の利用者が可能な限りその居宅において、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りハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- 3 事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 4 指定訪問リハビリテーションにおいては、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。

- 5 事業者は、地域との結び付きを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
- 6 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等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。
- 7 指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、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。
- 8 前 6 項のほか、「金沢市介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 24 年 12 月 17 日金沢市条例第 46 号）」、「金沢市介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 24 年 12 月 17 日金沢市条例第 47 号）」その他関係法令等に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

#### 4. 通常の事業実施地域

通常の事業の実施地域は、金沢市とする。

#### 5. 営業日及び営業時間

|      |                                |
|------|--------------------------------|
| 営業日  | 月曜日～土曜日                        |
| 休業日  | 日曜日、祝日、年末年始（12 月 30 日～1 月 3 日） |
| 営業時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分        |

#### 6. 職員の配置状況（職員の配置については、指定基準を遵守しています。）

| 職 種   | 配 置 数         |
|-------|---------------|
| 医 師   | 2 名（施設と兼務）    |
| 管 理 者 | 1 名（理学療法士と兼務） |
| 理学療法士 | 1 名（施設と兼務）    |
| 作業療法士 | 0 名（施設と兼務）    |

#### 7. 事業所が提供するサービスと利用料金

##### （1）介護保険給付対象サービス

以下のサービスについては、利用料金の介護保険給付費用額が介護保険から給付されます。

##### （2）介護保険給付対象サービス利用料金（1 回あたり）

下記の料金表のうち、サービス利用料金から介護保険給付費用額を除いた金額（自己負担額）をお支払いいただきます。

| 基本料金                                                                                                             | サービス<br>利用料 | 利用者負担額  |         |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|---------|---------|
| <b>訪問リハビリテーション</b><br>1回20分につき、1週間に<br>6回を限度とする。ただし、<br>退院・退所の日から起算して<br>3か月以内であれば週12回<br>までを可能とする。<br>(308単位/回) | 3,132 円/回   | 1 割負担   | 2 割負担   | 3 割負担   |
|                                                                                                                  |             | 314 円/回 | 627 円/回 | 940 円/回 |

※金沢市（7 級地） 1 単位＝10.17 円

（3）各種加算

下記につきましては、サービス利用料金から介護保険給付費用額を除いた金額（自己負担額）を明記しています。

| 加算                                                                                                                                             | サービス<br>利用料 | 利用者負担額  |           |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|-----------|-----------|
|                                                                                                                                                |             | 1 割負担   | 2 割負担     | 3 割負担     |
| <b>退院時共同指導加算：入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリ事業所の医師又は、理学療法士等が、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を行った場合に、当該退院につき1回限り所定単位数を加算。</b><br>(600 単位/回) | 6,102 円/回   | 611 円/回 | 1,221 円/回 | 1,831 円/回 |
| <b>短期集中リハビリテーション実施加算：退院・退所日から3月以内に行われた場合。</b><br>(200 単位/日)                                                                                    | 2,034 円/日   | 204 円/日 | 407 円/日   | 611 円/日   |
| <b>認知症短期集中リハビリテーション実施加算：退院・退所日又は訪問開始日から3月以内に行われた場合、週2日を限度として加算。</b><br>(240 単位/日)                                                              | 2,440 円/日   | 244 円/日 | 488 円/日   | 732 円/日   |
| <b>リハビリテーションマネジメント加算（イ）：医師の医学的管理のもとリハビリテーション計画を見直し、理学療法士等が説</b>                                                                                | 1,830 円/月   | 183 円/月 | 366 円/月   | 549 円/月   |

|                                                                                                                                                                                 |           |         |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|----------|----------|
| 明し、同意を得る。また、3月に1回以上リハビリ会議を開催する場合。<br>(180 単位/月)                                                                                                                                 |           |         |          |          |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ)：上記加算(イ)の情報を厚生労働省へ提出し、適切かつ有効なリハビリ実施のため必要な情報を活用する場合。<br>(213 単位/月)                                                                                           | 2,166 円/月 | 217 円/月 | 434 円/月  | 650 円/月  |
| リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合：<br>(270 単位)                                                                                                                           | 2,745 円   | 275 円   | 549 円    | 824 円    |
| 口腔連携強化加算：口腔の健康状態を評価し、同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に評価結果を情報提供した場合に加算。1 カ月に 1 回に限り算定可能。<br>(50 単位/回)<br>※評価を行うにあたっては、歯科訪問診療料の算定実績のある歯科医療機関が、訪問リハビリスタッフからの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。 | 508 円/回   | 51 円/回  | 102 円/回  | 153 円/回  |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ：直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数3年以上のものがいること。<br>(3 単位/回)                                                                                                                     | 30 円/回    | 3 円/回   | 6 円/回    | 9 円/回    |
| <b>減算</b>                                                                                                                                                                       |           |         |          |          |
| 事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合。ただし、医療機関で入院中リハビリを受けており、入院先の医療機関からリハビリ計画書を受け取っている                                                                                                          | －508 円/回  | －51 円/回 | －102 円/回 | －153 円/回 |

|                                       |                           |  |  |  |
|---------------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| 場合、退院後 1 カ月に限り減算を適用しない。<br>(－50 単位/回) |                           |  |  |  |
| 業務継続計画未実施減算                           | 所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算。 |  |  |  |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算：                       | 所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算。 |  |  |  |

※金沢市（7 級地）1 単位＝10.17 円

- 注 1 ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 注 2 介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

#### （４）介護保険の給付対象とならないサービス

通常の実施地域以外の訪問料金（交通費） 訪問 1 回につき 400 円（税込）

#### （５）利用の中止、変更、追加

- ・ご契約者の都合により訪問リハビリテーションの利用を中止または変更ができます。この場合には、ご契約者はサービス実施日の前日 17 時までに事業所に申し出ることとします。
- ・サービス利用の変更及び追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により、ご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他のご利用が可能な日時をご契約者に提示し協議いたします。

#### （６）利用料金のお支払い方法

料金及び費用は、1 ヶ月ごとに計算いたします。支払方法は下記のとおりです。

毎月 10 日に請求書が発行されます。

##### ① 窓口でのお支払

当施設の事務所でご請求額をお支払いください。

##### ② 指定口座への振込

「介護老人保健施設 みらいのさと太陽」の指定口座に振り込んでください。なお口座番号については事務員にお尋ねください。

※振り込み手数料がかかります。

##### ③ 口座振替（自動引き落とし）

所定の用紙に必要事項を記載いただきます。お手続きの関係上、初回のお支払いは現金の場合がございます。（押印要）

#### （７）サービスの提供にあたって

- 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間）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。

## 8. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、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： みらいのさと太陽 施設長 北元 喜洋

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針「虐待防止委員会マニュアル」の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) 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、これを市町村に通報します。

## 9. 身体拘束について

- (1) 事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

①緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

②非代替性：身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

- ③一時性：利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。
- (2) 身体拘束のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 身体拘束のための指針「身体拘束防止委員会マニュアル」の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、身体拘束を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) 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）による身体拘束を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 10. 契約の終了・解除について

### (1) 契約の終了について

- ① 訪問リハビリテーション利用契約書第2条第1項及び第2項により、契約期間満了日の2週間以上前まで利用者から更新拒絶の申し入れがあり、かつ契約が満了したとき。
- ② 要介護認定により、ご利用者が自立と認定されたとき。
- ③ 利用者の心身の状況において訪問リハビリテーションサービスの必要性がなくなったとき。
- ④ 利用者が死亡したとき。
- ⑤ 病院又は診療所に入院する必要が生じ、その病院又は診療所において利用者を受け入れる体制が整ったとき。
- ⑥ 他の介護保険施設等への入所が決まり、その施設において利用者を受け入れる体制が整ったとき。

### (2) 利用者からの解約・解除

- ① 利用者及びその家族代表者等は当施設に対し、いつでもこの契約の解除を申し出る事ができます。その場合は3日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。
- ② 当事業所が介護保険法等関連諸法令及び契約に定める債務を履行しなかった場合、または不法行為を行った場合には、利用者及びその家族代表者等からの申し入れ時に契約解除となります。

### (3) 当事業所からの解約・解除

- 当事業所は利用者及びその家族代表者等が以下の内容に該当する場合には、3週間以上の予告期間をもって、この契約の全部又は一部を解除することができます。
- ① 利用者及びその家族代表者等が正当な理由がないままに、利用料その他当事業所に対し支払うべき費用を合算して3ヶ月以上滞納し、14日の期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
  - ② 利用者及びその家族代表者等の行為が他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、当事業所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 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど自殺をするおそれが極めて大きく、当事業所において十分な介護をしてもこれを防止できないとき。
- ④ 利用者及びその家族代表者等が法令違反その他重大な秩序破壊行為をし、改善の見込みがないとき。
- ④ 利用者及びその家族代表者等が当事業所の規則を守っていただけない場合。

## 1 1. 家族代表者

契約終結にあたり、家族代表者を定めていただきます。

- ① 家族代表者は原則として、ご家族の方をお願いします。
- ② ご家族がいない場合等は、成年後見人制度を活用し、家族代表者として契約できます。
- ③ 家族代表者の方には以下のことをお願いすることになります。
  - ・緊急時の対応（入退院等の連絡先の役割）
  - ・利用者の関係者間の意見調整（当施設への質問、苦情、具体的要求の調整）
  - ・その他契約に関する一切のこと（その都度当事業所より説明いたします。）
  - ・連絡・説明などは、家族代表者に電話又は直接お話をさせていただいております。家族代表者以外の方への連絡等につきましては、原則、家族代表者の方からご説明をお願いしております。

## 1 2. 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）指定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。
- （3）事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 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対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 1 3. 業務継続計画の策定等について

- （1）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーション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計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- （2）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します。

- (3) 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います。

#### 14. 苦情等申立て窓口

##### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けています。

|             |                                          |
|-------------|------------------------------------------|
| 苦情受付窓口（担当者） | 管理者 高木 恵里                                |
| 苦情解決責任者     | 施設長 北元 喜洋                                |
| 受付時間        | 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30                     |
| 連絡先         | 電話番号 076-237-2821<br>FAX 番号 076-237-2832 |

##### (2) 行政機関その他苦情受付期間

介護保険に関する苦情やご相談については、下記の相談窓口もあります。

|                                |                                                                                    |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 石川県健康福祉部長寿社会課                  | 所在地：石川県金沢市鞍月1丁目1番地<br>電話番号：076-225-1417<br>受付時間：月～金 9：00～17：00                     |
| 金沢市役所介護保険課                     | 所在地：石川県金沢市広坂1丁目1番1号<br>電話番号：076-220-2264<br>受付時間：月～金 9：00～17：45                    |
| 石川県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情相談窓口 | 所在地：石川県金沢市幸町12番1号<br>電話番号：076-231-1110<br>受付時間：月～金 9：00～17：00                      |
| 石川県福祉サービス運営適正化委員会              | 所在地：石川県金沢市本多町3丁目1番10号<br>(石川県社会福祉協会会内)<br>電話番号：076-234-2556<br>受付時間：月～金 9：00～17：00 |

#### 15. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の状態に変化があった場合は、かかりつけ医、市救急隊、居宅介護支援事業所に速やかに連絡をいたします。

|           |     |           |
|-----------|-----|-----------|
| かかりつけ医    | 病院名 | 病院名 先生    |
|           | 連絡先 |           |
| 家族代表者     | 氏名  | 様（続柄）     |
|           | 連絡先 |           |
| 居宅介護支援事業所 | 氏名  | 事業所名 ケアマネ |
|           | 連絡先 |           |

## 1 6. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合や事故が発生した場合、当事業所は、利用者に対し必要な措置を「みらいのさと太陽 介護医療安全マニュアル」に準じて対応いたします。
- (2) 利用者及びその家族代表者等、または扶養者が指定する者、及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

## 1 7. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状態を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 1 8. 運営指導・第三者評価の実施状況

|                     |      |        |            |
|---------------------|------|--------|------------|
| 金沢市による運営指導<br>の実施状況 | 1 あり | 実施日    | 令和4年10月26日 |
|                     |      | 評価機関名称 | 金沢市        |
|                     | 2 なし |        |            |

|                   |      |        |  |
|-------------------|------|--------|--|
| 第三者による評価の<br>実施状況 | 1 あり | 実施日    |  |
|                   |      | 評価機関名称 |  |
|                   | 2 なし |        |  |

## 1 9. 個人情報の利用目的について

- (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について
- 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。
- ②事業者及び事業者の使用する者は、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。
- 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。
- 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。

## (2) 個人情報の保護について

- 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ん。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- 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。
- 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。）

## (3) 利用目的について

介護老人保健施設みらいのさと太陽では、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。

### 【利用者への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〕

- ・当事業所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当施設の管理運営業務のうち
  - －利用受付等の管理
  - －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〕

- ・当施設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
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －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】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設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
  - －当施設において行われる学生の実習への協力
  - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
  - －外部監査機関への情報提供

以上の利用目的以外でご契約者の情報を利用する場合は、ご契約者に対し個別に理由を説明し同意を得た上で行います。

## 20. サービス利用時リスク説明書

当事業所では利用者が快適な生活を送られますように、安全なサービス提供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下さい。

高齢者の特徴に関して、ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。

- ☐ 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。
- ☐ 介護老人保健施設みらいのさと太陽訪問リハビリテーションは、リハビリテーションサービス事業所であること、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でき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、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、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、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。

また、身体状況及び服用されている薬の影響等から、上記の状態の可能性があることをご説明いたしました。十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

## 2 1. 訪問リハビリテーション利用に関する同意書

医療法人社団 映寿会 介護老人保健施設 みらいのさと太陽 訪問リハビリテーション提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和            年            月            日

医療法人社団 映寿会

介護老人保健施設 みらいのさと太陽 訪問リハビリテーション

説明者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容を理解し、訪問リハビリテーションの提供開始に同意しました。

令和            年            月            日

契 約 者      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

家族代表者      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 (    )      ⑩

扶養者又は代理人      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

## 2 2. 附則

令和 3 年 4 月 1 日から施行する。  
令和 3 年 8 月 1 日から施行する。  
令和 4 年 5 月 1 日から施行する。  
令和 4 年 1 2 月 1 日から施行する。  
令和 6 年 6 月 1 日から施行する。