

# 重要事項説明書

当事業所は鹿児島県の指定を受けています。  
( 第 4610121438 号 )

この「重要事項説明書」は、鹿児島市介護保険事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例(平成24年鹿児島市条例第43号)に定める「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚労省令第38号 第4条)」の規定に基づき、訪問リハビリテーションの提供に係る契約締結に際して、ご注意頂きたいことを説明するものです。

この書類で事業所の概要や訪問リハビリテーションがどのように提供されるのか等をご説明させていただきます。

「分からぬこと」や「分かりにくいこと」がございましたら、遠慮なくご質問下さい。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

書類名	重要事項説明書
法人名	医療法人草清会
事業所名	いいだクリニック
サービス種別	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)

## 1. 事業者概要

法人名称	医療法人 草清会
所在地	〒890-0014 鹿児島市草牟田2丁目17番3号
代表者氏名	飯田清高
法人設立	平成10年11月9日（昭和4年創業）
電話番号	099-222-1729
FAX番号	099-223-9650
ホームページ	<a href="https://www.iida-cl.com">https://www.iida-cl.com</a>
その他の介護事業	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム

## 2. 事業所概要

事業所名称	いいだクリニック
所在地	〒890-0014 鹿児島市草牟田2丁目17番3号
電話番号	099-222-1729
FAX番号	099-223-9650
開設年月日	平成12年4月1日
営業日	月曜日～金曜日(但し、年末年始を除く)とし、祝日も営業
営業時間	午前9時～午後5時30分
管理者氏名	飯田清高
責任者氏名	大田尚輝
通常の事業の実施地域	鹿児島市

### 3. 事業の目的及び運営の方針

事業目的
医療法人草清会が開設するいいだクリニック（以下、「事業所」という）が行う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）（以下、「指定訪問リハビリテーション等」という）の適切な運営を確保するため、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又は作業療法士が、要介護状態または要支援状態にあり、かかりつけの医師が指定訪問リハビリテーションの必要性を認めた高齢者に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的としています。

運営方針
(1) 事業所の従事者は、要介護者等が、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・活動・参加等の生活機能の維持・向上を図る。
(2) 指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、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的を設定し、その目的に沿つたりハビリテーションを計画的に行う。
(3) 指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係市区町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

### 4. 事業所の従業員体制

職種	員 数	勤務体制	職務内容
管理者	1名	常勤1名 9:00～18:00	所属職員を指導監督し、適切な事業の運営が行われるように統括します。
医師	1名	常勤1名 9:00～18:00	1. サービス担当者会議への出席等により居宅介護支援事業所等と連携を図ります。 2. 医師及び理学療法士、作業療法士が協同により、指定訪問リハビリテーション等に関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成にあたっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。 3. 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問リハビリテーション等のサービスを提供します。 4. 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。 5. それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスお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。
理学療法士 作業療法士	1人 以上	常勤1名以上 8:30～17:30 ※勤続7年以上の理学療法士が在籍しています。	

## 5. サービス提供の手順(利用申し込みからサービス提供及び利用者負担の支払いまで)



## 6. サービス提供にあたって

---

- 1) サービス提供に先立って、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所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、全て当事業所が行いますが、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。

## 7. 訪問リハビリテーションの計画について

---

当事業所では、訪問リハビリテーションサービスの提供にあたる医師などの従業者が、診療又は運動機能検査、作業能力検査等の情報をもとに、協働して利用者の心身の状況、ご希望及びその置かれている環境にあわせて、リハビリテーションの目標、その目標を達成する為の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を作成します。この訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿った内容で作成するものとします。利用者の計画内容は『訪問リハビリテーション計画書』に記載します。ご利用開始時に原案、ご利用開始後2週間以内に本案を作成し同意を頂いた後、交付します。

## 8. サービス提供の記録

---

- 1) ご契約者に提供したサービスについて記録を作成します。
- 2) 作成された記録は5年間保管します。
- 3) 記録はご契約者様またはその家族(代理人)の請求に応じて閲覧が可能です。また複写物を交付することができます。1枚あたり10円ご負担頂きます。

## 9. 担当スタッフ

訪問リハビリテーションの担当スタッフは以下のとおりです。

	氏名
管理者・医師	飯田 清高
責任者	大田 尚輝
主担当者	大田 尚輝

指定訪問リハビリテーション等を行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又はその家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

## 10. 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

担当する職員の変更をご希望される場合の相談先	
担当者氏名	米倉大輔(リハビリテーション部責任者)
電話番号	099-222-1729
FAX番号	099-223-9650
受付日時	月曜日～金曜日 ※但し祝祭日、年末年始を除く 9:00～17:30

※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、ご希望に添えない場合もございますので、予めご了承ください。

## II. 提供するサービスの内容とその料金について

### □サービスの内容について

当事業所では、ご契約者様に対して以下のサービスを提供します。

#### ＜指定訪問リハビリテーション＞

通院が困難な利用者に対して計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、心身の機能回復を図るため、リハビリテーションの目標と具体的なサービス内容を記載した訪問リハビリテーション計画書を作成するとともに、訪問リハビリテーション計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導又は説明を行うとともに、適切なリハビリテーションを提供します。

### □提供するサービスの利用料及び利用者負担額について

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該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ときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

#### ＜基本利用料や加算項目と料金＞

項目と内容	要支援1、2	要介護1～5
<b>基本料金</b> 理学療法士や作業療法士が20分間のリハビリを実施。 1回20分以上のサービス。週に6回が限度	298単位	308単位
<b>短期集中リハビリテーション実施加算</b> 退院(所)後、身体機能の回復を目的に集中的にリハビリテーションを実施します。退院(所)日又は、認定日から3カ月以内	200単位/日	200単位/日
<b>認知症短期集中リハビリテーション実施加算</b> 認知症と医師が診断した方に対し、退院(所)後、生活機能の改善を目的に集中的にリハビリテーションを実施します。 退院(所)日又は、認定日から3カ月以内		240単位/日
<b>リハビリテーションマネジメント加算</b> 医師の詳細な指示の下、理学療法士や作業療法士が訪問リハビリテーションの計画を立案し、その進捗状況の評価や計画の見直しを定期的に行います。また、関係施設や関係従業者へリハビリテーションの観点から、情報の伝達と共有を行います。		(イ) 180単位/月 (ロ) 213単位/月 ※医師が利用者又はその家族に説明した場合上記に加えて <b>270単位</b>
<b>サービス提供体制強化加算I</b> リハビリテーションを提供する勤続年数7年以上の理学療法士等が在籍していること。	6単位/1回	6単位/1回
<b>退院時共同指導加算</b> 退院前カンファレンスへ参加し、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行います。	600単位/回	600単位/回
<b>口腔連携強化加算</b> 口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員へ評価結果の情報提供を行います。	50単位/回 (1月に1回を限度)	50単位/回 (1月に1回を限度)

※具体的には「別紙I 訪問リハビリテーションのサービス内容の見積もりについて」を参照ください。

## I 2. その他の費用について

交通費	指定訪問リハビリテーション等に要した交通費を請求することができます。	
	片道 10km 以内	無料
	片道 10km 以上	500 円
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
	当日のご連絡の場合	利用料金の全額を請求いたします。

※利用者の病状の急変や急な入院の場合等では、キャンセル料は請求いたしません。

※天候等止むを得ない事情がある場合には、事業所は利用者の了承を得てからサービスの中止や利用曜日等の変更をすることもあります。

## I 3. 利用料、その他の費用の請求及び支払方法について

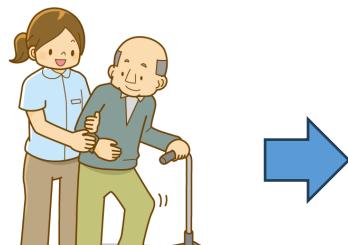
### 請求方法

1) 利用月	月末に当月利用のサービス合計金額を計算します。 その他の費用額がある場合は内訳を明確にし、合算します。
2) 翌月	「利用翌月」15日以降に内訳を記載した利用明細書を作成し送付いたします。

### 支払い方法

郵便局引取り	20日に指定口座から引去りがされます。残高の確認をお願いします。 ※事前に郵便局での手続が必要になります。 ※できる限り郵便引取りでのお支払いをお願いしています。
集金	利用明細書と一緒に集金用封筒をお渡しします。 ※封筒の金額はスタッフと一緒に確認をお願いします。

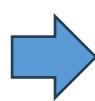
(例)



利用月 「3月」



明細書送付 「4/15 以降」



郵便引取り 「4/20 以降」

## Ⅳ. 居宅介護事業者等との連携

---

- 1) 指定訪問リハビリテーション等の提供にあたり、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書」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。

## Ⅴ. 緊急・事故発生の防止及び発生時の対応

---

- (1) 事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。
- (2) 指定訪問リハビリテーション等の提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行うなど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を行います。
- (3) 当事業所は、利用者に対する指定訪問リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (4) 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して取った処置について記録し、その完結の日から5年間保存します。
- (5) 当事業所は、利用者に対する指定訪問リハビリテーション等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
- (6) 従業者は、指定訪問リハビリテーション等の実施時に、利用者の自宅で災害（風水害、地震、津波、火災、噴火時等）が発生した時には、別途定める災害対策に沿った活動を速やかに実施します。またこの時、従業者自身の身の安全を確保すると共に、利用者宅の地域避難計画に沿って安全に誘導をします。

## 15. 緊急時・事故発生時の連絡先確認等

訪問リハビリ提供中に、利用者様の異変や緊急・事故発生時には、下記の利用者の主治医または事業所の協力医療機関への連絡をし、医師の指示に従います。また、ご自宅での緊急時は救急（119）への連絡とともに下記主治医や担当ケアマネージャーへご連絡下さい。

利用者の 主治医	医療機関名		
	医師名		
	電話番号		
緊急連絡先 (ご家族等)	氏名		(続柄)
	電話番号		
市町村の窓口	担当課	健康福祉局すこやか長寿部介護保険課	
	電話番号	099-216-1280	
	開庁時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (祝・休日及び12月29日から1月3日を除く)	

また、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。守秘義務に違反した場合も同様とします。  
但し、その損害の発生について契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 16. 秘密保持(守秘義務)について

- (1) 事業所、指定訪問リハビリテーション等の従業者は、個人情報の保護に関する法律の遵守に努め、訪問リハビリテーションサービスを提供する上で、知り得た利用者及びその家族等に関する事項等を正当な理由なく、その第三者に漏洩しません。
- (2) 事業所は、従業者であった者が、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漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければなりません。従業者でなくなった後においても、これらの者の秘密を保持するべき旨を従業者との雇用契約の内容とします。
- (3) 事業所、指定訪問リハビリテーション等の従業者は、サービス担当者会議等において、福祉サービス事業所との連携を図るなど正当な理由において利用者又はその家族等の個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書にて利用者の同意を得ます。

## 17. 個人情報保護について

- (1) 事業所は、利用者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・介護関係事業所における個人情報の適切な取り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ます。
- (2) 事業所が得た利用者の個人情報については、事業所での介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供について必要に応じて利用者又はその代理人の了承を得ます。

◇事業所が定める個人情報保護管理規定に基づき、利用目的等を次のように定めています。

使用目的	<p>(1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。</p> <p>(2) 上記(1)の他、介護支援専門員又は介護サービス事業所や関係医療機関との連絡調整のために必要な場合。</p> <p>(3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、当該利用者が体調等を崩し、又はけが等で病院を利用する際、必要に応じて医師や看護師等に説明をする場合。</p>
具体的な利用方法	<p>(1) 事業所内での利用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供職員間との連携</li> <li>・当該利用者の介護や医療サービスの向上</li> <li>・当事業所にて行われる実習における協力</li> <li>・当事業所において行われる事例検討</li> </ul> <p>(2) 外部事業所への情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者介護等において、利用者に居宅サービスを提供しているサービス事業者等との連携をする場合。またその事業者との照会回答をする場合。</li> <li>・利用者の医療機関への診療や入院等に当たり、その医療機関の医師等から意見や助言を求められた場合。</li> <li>・家族等への心身の状況説明をする場合。</li> <li>・鹿児島県、国民健康保険団体連合会、社会福祉協会等から調査や照会があった際の報告や回答をする場合。</li> <li>・各市町村、国民健康保険団体連合会への介護報酬関連費用請求に関する事務作業を行う場合。</li> <li>・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談や届出等</li> </ul>
使用する期間	当該利用者がサービスの提供を受けている期間
使用する条件	<p>(1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲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が無いよう細心の注意を払います。</p> <p>(2) 事業所は高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律124号)に定める通報を行うことができるものとし、その場合、事業所は秘密保持違反の責任を負わないものとします。</p> <p>(3) 個人情報を使用した会議、その参加者、個人情報利用の内容等の経過を記録することとします。</p>

### 個人情報の具体的な取り扱いについての確認

□ご契約者様の訪問リハビリ利用時の写真や動画の撮影をすることがあり、実習生の受け入れをすることもあります。以下の内容をご確認下さい。

○当事業所リハビリテーション部内におけるカンファレンスや症例検討で、利用者様カルテの記録情報やリハビリ実施時の写真や動画の使用すること。	可 · 否
○撮影した写真や動画を訪問リハビリのパンフレットやチラシ、いいだクリニックのホームページに使用すること。	可 · 否
○実習生が個人カルテ内の情報を閲覧すること。	可 · 否
○その他、情報提供して欲しくない相手や内容等	
□特になし	
□特定の親族 ( )	)
□保険会社 ( )	)
□その他 ( )	)

### 18. サービス提供に関する相談、苦情について

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。当事業所で解決できない内容については行政機関等もご活用ください。

#### ＜当事業所内＞

苦情受付窓口	サービス向上委員会
受付曜日・時間	月曜日～土曜日 8:30～17:30
電話番号	099-222-1729

#### ＜行政機関その他の苦情受付機関＞

機関名	住所	連絡先
鹿児島市役所介護保険課 紙付係	鹿児島市山下町11番1号	099-216-1280 (受付 8:30～17:15)
鹿児島県国民健康保険国保連合会 介護保険課介護相談室	鹿児島市鴨池新町6番6号 鴨池南国ビル7番	099-213-5122 (受付 9:00～17:00)
福祉サービス運営適正化委員会事務局 (鹿児島県社会福祉協議会福祉サービス利用支援室)	鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター5階	099-286-2200 (受付 9:00～16:00)

## 19. 虐待防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるよう努めます。

- 1) 事業所における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。
- 2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- 3) 事業所の従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- 4) 事業所における虐待防止措置を適切に実施するための担当者を置きます。

高齢者虐待防止対策委員会 担当者	看護師長
------------------	------

## 20. 衛生管理・感染症対策について

- 1) 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を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。
- 2) 事業所において感染症の発生やまん延しないような措置を次のように講じます。
  - ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6ヶ月に1回以上開催し従業者に周知徹底を図ります。
  - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止の為の指針を整備します。
  - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

## 21. 従業者の就業環境の確保

事業所は、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、従業者の就業環境を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ます。

- 1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や業務上必要かつ相当な範囲を超える次のような行為は組織としては許容しません。
  - ①身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
  - ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為
  - ③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

※上記は、当該法人職員、取引先業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- 2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しない為の再発防止策を検討します。
- 3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- 4) ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 22. 身体拘束等の原則禁止

- 1) 事業所は、訪問リハビリの提供に当たって、利用者又は他の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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- 2) 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し、同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録します。

## 23. 非常災害対策

- 1) 当事業所は、消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震、津波、火山等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。事業所の防火管理者及びリハビリテーション部責任者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
  - ①防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）……年2回以上
  - ②非常災害用設備の使用方法の徹底……………隨時
  - その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。
- 2) 事業所は、規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

## 24. 業務継続に向けた取り組みの強化について

- 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し、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- 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。

## 25. 褥瘡対策について

当事業所は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みの一つとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めると共に、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

## 26. 保険給付請求のための証明書交付について

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付致しますのでお申し付けください。  
その場合は、証明書の実費（210円）が必要となります。

## 27. 当事業所の事業計画及び財務状況の閲覧について

当事業所の事業計画及び財務状況の閲覧については、ご要望があれば開示いたします。

## 28. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合や変更された場合には、ご契約者又はそのご家族に対し、書面を作成し担当者が口頭でご説明いたします。  
その際、同意いただいたことを証明するため、署名を頂きます。

## 29. 契約の解約・終了について

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し出がない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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。

- ① ご契約者が死亡された場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 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
- ⑥ ご契約者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）
- ⑦ 事業者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）
- ⑧ 契約者が介護保険施設や医療施設などへ入所・入院され3か月間ご利用が無かった場合

### ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出を書面にてご提出下さい。

### 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、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、又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
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが請求後1ヶ月以上遅延し、相当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
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従事者もしくは他の契約者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又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

### 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

## 30. サービス利用に関する留意事項

---

当事業所は、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  
(利用者又は第三者の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除く。)
- 5) その他、利用者又はそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

## 別紙Ⅰ 訪問リハビリテーションのサービス内容の見積もりについて

提供予定の訪問リハビリテーションの内容と利用料と利用者負担額についてお見積もりします。

### ◇提供予定の曜日と時間

月	:	~	:
火	:	~	:
水	:	~	:
木	:	~	:
金	16:00	~	16:40
1週間の利用回数		2回	

※40分の利用は2回となります。  
例)40分 火・金利用  
=1週間4回

### ◇基本単位数、加算

項目	利用時間		
	1回(20分)	2回(40分)	3回(60分)
基本単位数(1回20分)	要介護 <input type="checkbox"/> 308単位	<input type="checkbox"/> 616単位	<input type="checkbox"/> 924単位
	要支援 <input type="checkbox"/> 298単位	<input checked="" type="checkbox"/> 596単位	<input type="checkbox"/> 894単位
サービス提供体制加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 6単位		<input checked="" type="checkbox"/> 12単位
短期集中リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> 200単位		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> 240単位		
リハビリテーションマネジメント加算	<input type="checkbox"/> (イ) · · · · 180単位		
	<input type="checkbox"/> (ロ) · · · · 213単位		
	<input type="checkbox"/> 医師が説明 · 270単位		

### ◇利用料、利用者負担額の計算

1週間の利用料合計	608 単位
利用者負担割合	(1割) · 2割 · 3割
1ヶ月あたりの支払額目安	1週間( 608 )単位×1単位 10円×4週×負担割合( 1 )割 2,432 円

※ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いはサービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。なお、この見積もりの有効期限は説明日から1ヶ月以内とします。

当事業所は、利用者に対する訪問リハビリテーションサービスの提供に当たり、本書面にてサービス内容及び重要事項を説明しました。

事業所	名称	いいだクリニック
	所在地	鹿児島市草牟田2丁目17-3
	管理者	飯田清高
	責任者	大田尚輝
	重要事項説明者	

訪問リハビリテーションについての説明を本書面にて事業所から確かに受け、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	
身元引受人	住所	
	氏名	
	続柄	
署名代行者	住所	
	氏名	
	続柄	
	代行理由	<input type="checkbox"/> 手が不自由 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他( )

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