

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
重要事項説明書

(令和6年6月1日 現在)

医療法人 雄信会
介護老人保健施設 大和三山

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（介護予防）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。

この「重要事項説明書」は、「奈良県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例（平成 24 年奈良県条例第 17 号）」に定める「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（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 5 章の規定および「奈良県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例（平成 24 年奈良県条例第 17 号）」に定める「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（平成 18 年厚生省令第 35 号）」第 5 章の規定に基づき、指定（介護予防）訪問リハビリテーションサービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定（介護予防）訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人 雄信会
代表者氏名	理事長 吉田佳嗣
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	奈良県橿原市膳夫町 477 番 17 電話 0744-23-6688 FAX 0744-23-6836
法人設立年月日	平成 11 年 9 月 3 日

2 利用者に対しての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 大和三山
介護保険指定事業所番号	2950580056
事業所所在地	奈良県橿原市膳夫町 477 番 17
連絡先 相談担当者名	電話 0744-23-6688 FAX 0744-23-6836 尾谷 慶太
事業所の通常の事業の実施地域	<p>橿原市 石川町、石原田町、今井町、栄和町、小房町、大久保町、太田市町、戒外町、膳夫町、上飛驒町、北八木町、木之本町、木原町、葛本町、御坊町、四条町、下八釣町、菖蒲町、上品寺町、新賀町、醍醐町、高殿町、田中町、出合町、出垣内町、十市町、常磐町、内膳町、中町、縄手町、新口町、東池尻町、東竹田町、飛驒町、兵部町、別所町、法花寺町、南浦町、南山町、八木町、山之坊町</p> <p>桜井市 浅古、阿部、安倍木材団地、上之宮、大泉、生田、栗殿、大西、戒重、金屋、上ノ庄、河合、川西、吉備、桜井、芝、下、新屋敷、大福、高田、谷、外山、豊田、西之宮、橋本、東新堂、三輪、山田</p> <p>田原本町 味間地域</p> <p>明日香村 飛鳥、雷、奥山、小山、豊浦、東山</p> <p>※その他の地域の方は、ご相談ください。</p>

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、適切なサービスを提供することで、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none">1. 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要介護状態の利用者に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ります。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、要支援状態の利用者に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リハビリテーションを行うことにより、要支援者の心身の機能の維持回復を図り、要支援者の生活機能の維持または向上を目指します。3. 施設の従業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供するように努めます。4. 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とします。（祝・祭日含む）日曜日及び1月1日～1月3日はこの限りではありません。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とします。日曜日及び1月1日～1月3日はこの限りではありません。
サービス提供時間	午前9時00分から午後5時00分

(5) 事業所の職員体制

管理者	吉田 佳嗣
-----	-------

職	職務内容	人員数
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	<p>1 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。</p> <p>2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者が多職種協同により、(介護予防)訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、居宅サービス計画に沿った上で、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、解決すべき課題を把握し、具体的な目標と当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載します。作成した計画は利用者、家族に説明し、同意を得ます。</p> <p>3 (介護予防)訪問リハビリテーション計画に基づき、指定(介護予防)訪問リハビリテーションのサービスを提供します。</p> <p>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。</p> <p>5 それぞれの利用者について、指定(介護予防)訪問リハビリテーション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。</p> <p>6 介護予防訪問リハビリテーション計画に基づくサービスの提供の開始から、計画の期間が終了するまでに、少なくとも1回は当該(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」)を行います。またその結果を記録し、当該介護予防サービス計画を作成した(介護予防)支援事業者へ報告します。</p>	理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士 1名以上

(6) 事業所のホームページ

ホームページURL	https://www.yushinkai-nara.com
-----------	-----------------------------------------------------------------------------

3 提供するサービスの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	サービスの内容
指定訪問リハビリテーション	要介護状態となった場合においても、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ます。
指定介護予防訪問リハビリテーション	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。

(介護予防)訪問リハビリテーションの禁止行為

指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、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なう宗教・政治・営利活動、その他迷惑行為

(2) 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		利用料	負担額(1割)	負担額(2割)	負担額(3割)
介護訪問リハビリテーション	基本報酬 (1回20分以上のサービス、1週に6回が限度)	1回 3,132円	1回 313円	1回 626円	1回 939円
介護予防訪問リハビリテーション	基本報酬 (1回20分以上のサービス、1週に6回が限度)	1回 3,030円	1回 303円	1回 606円	1回 909円
介護予防訪問リハビリテーションのみ	利用開始日の属する月から12月を超える場合、基本報酬より右記の金額を減算定する。	1回 305円	1回 30円	1回 61円	1回 91円

- ※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者に対してサービス提供を行った場合、上記金額の90/100となり、当事業所における一月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、サービス提供を行った場合は、上記金額の85/100となります。
- ※ 主治の医師(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による(介護予防)訪問リハビリテーション費は算定せず、別途医療保険による提供となります。

【介護・介護予防】

加 算		利用料	負担額(1割)	負担額(2割)	負担額(3割)	算定回数等
短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は新たに要介護認定日から3月以内)	2,034円	203円	406円	610円	1日当たり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		61円	6円	12円	18円	1回当たり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		30円	3円	6円	9円	1回当たり
特別地域訪問リハビリテーション加算		所定単位数の15/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割	1回当たり
中山間地域等における小規模事業所加算		所定単位数の10/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割	1回当たり
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の5/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割	1回当たり
診療未実施減算		508円	50円	101円	152円	1回当たり

虐待防止未実施減算	所定単位数 の-1/100	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割	1回当たり
業務継続計画未策定減算	所定単位数 の-1/100	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割	1回当たり

- ※ 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。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。
- ※ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣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（介護予防）訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

【介護】

加 算		利用料	負担額 (1割)	負担額 (2割)	負担額 (3割)	算定回数 等
リハビリテーション マネジメント加算	イ	1,830円	183円	366円	549円	1月当たり
	ロ	2,166円	216円	433円	649円	1月当たり
事業所の医師が利用者又はその 家族に説明し同意を得た場合		2,745円	274円	549円	823円	1月当たり
退院時共同指導加算		6,102円	610円	1,220円	1,830円	1日当たり
口腔連携強化加算		508円	50円	101円	152円	1月に1回
移行支援加算		172円	17円	34円	51円	1日当たり (評価対 象期間の 次年度内 に限る)
認知症短期集中リハビリテーシ ョン実施加算		退院（所） 日又は利用 開始日から 3月以内	2,440円	244円	488円	732円

- ※ 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。
- ※ 退院時共同指導加算とは、病院から退院する利用者に対し、理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行います。
- ※ 口腔連携強化加算とは、口腔健康状態の評価を行い、歯科医療期間や介護支援専門員へ利用者の同意の下に情報提供を致します。
- ※ 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。
- ※ 認知症短期集中リハビリテーション加算とは、認知症であると医師が判断した利用者で、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利用者に対して、

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退院（退所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを行います。（短期集中リハビリテーション実施加算算定は併算定不可。）

【介護予防】

- ※ 介護予防訪問リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行う場合は、1回につき30単位を所定単位数から減算する。
- ※ 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の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4 その他の費用について

① 交通費	事業の実施地域を越えて行う交通費については、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費は、以下の額を徴収する。	
	3.5km未満	0円
	3.5km以上4.5km未満	300円
	4.5km以上5.5km未満	400円
	5.5km以上6.5km未満	500円
	6.5km以上7.5km未満	600円
	以下1km増すごとに100円加算 消費税は別途	
② 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、キャンセル料を請求することがあります。	
	前日の17:30までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	前日の17:30以降のご連絡の場合	基本報酬の負担額（1～3割）
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		

5 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	<p>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。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日前後に利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
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 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの自動振替</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いたします。（医療費控除の還付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14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。

6 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、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	尾谷 慶太
	イ 連絡先電話番号	0744-23-6688
	同ファックス番号	0744-23-6836
	ウ 受付日及び受付時間	8:30～17:30（日曜日休み）

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・要支援認定の有無及び要介護・要支援認定の有効期間）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・要支援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・介護予防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、（介護予防）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せん。

8 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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	尾谷 慶太
-------------	-------

- (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) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9 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>	<p>①事業者は、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・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>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及び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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>②個人情報の保護について</p>	<p>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ぬ。</p> <p>②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報に含まれる記録物（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。</p> <p>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。）</p>

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。

また、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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	介護老人保健施設総合補償制度
補償の概要	賠償事故補償制度、利用者傷害見舞金制度

11 身分証携行義務

指定（介護予防）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（介護予防）訪問リハビリテーションの提供に当たっては、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

（介護予防）訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

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、提供の日から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請求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指定（介護予防）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 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、当施設は介護保健施設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

17. ハラスメント対策強化

①職場におけるハラスメントの防止について

施設は職場におけるハラスメントの防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりに努めます。

②職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。

ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

ア) 身体的暴力・・・身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例：コップを投げつける。たたく。唾を吐く。

イ) 精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。

ウ) セクシャルハラスメント・・・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、
性的な嫌がらせ行為

例：必要もなく手や腕をさわる。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 相談及び苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定（介護予防）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。（下表に記す【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。

- ・ 苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握する。
- ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

(2) 相談、苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 訪問リハビリテーション対応窓口 担当者：尾谷 慶太	所在地 奈良県橿原市膳手町 477-17 電話番号 0744-23-6688 ファックス番号 0744-23-6836 受付時間 8:30～17:30
【市町村（保険者）の窓口】 橿原市福祉部長寿介護課 苦情対応窓口	所在地 奈良県橿原市内膳町 1-1-60 (分庁舎) 電話番号 0744-22-8108 ファックス番号 0744-24-9725 受付時間 8:30～17:15 (土日祝休み)
【都道府県の窓口】 奈良県健康福祉部 地域包括ケア推進室 苦情相談窓口	所在地 奈良県奈良市登大路町 30 電話番号 0742-27-8540 ファックス番号 0742-27-3075 受付時間 8:30～17:15 (土日祝休み)
【公的団体の窓口】 奈良県国民健康保険団体連合会 苦情解決窓口	所在地 奈良県橿原市大久保町 302 番 1 (奈良県市町村会館) 電話番号 0744-29-8311 ファックス番号 0744-29-8322 受付時間 8:30～17:15 (土日祝休み)

(介護予防) 訪問リハビリテーション等利用時リスク説明書

当施設では利用者が快適な（介護予防）訪問リハビリテーション等の利用を行えるよう、安全な環境作り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による骨折・外傷、頭蓋内損傷等の恐れがあります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に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しやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、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。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、サービス利用中に急変・急死される場合もあります。

特にご利用者は、身体状況及び服用されている薬の影響等から、以下のことを起こしやすいと考えられます。

--

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。

18 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	年	月	日
-----------------	---	---	---

「上記内容について、奈良県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例（平成 24 年奈良県条例第 17 号）」に定める「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（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第五章の規定および「奈良県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例（平成 24 年奈良県条例第 17 号）」に定める「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（平成 18 年厚生省令第 35 号）」第五章の規定に基づき、利用者に説明を行いました。また、別紙 1 についても説明を行いました。

事業者	所在地	奈良県橿原市膳夫町 477-17	
	法人名	医療法人 雄信会	
	代表者名	理事長 吉田佳嗣	印
	事業所名	介護老人保健施設大和三山（介護予防）訪問リハビリテーション	
	説明者氏名		印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

肖像権使用許諾

当施設のホームページ・パンフレット・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像、写真を使用させていただく場合がございます。写真等の使用に際してはプライバシーに十分に配慮致します。ご同意いただけるか否か以下にご記入をお願い致します。

同意する ・ 同意しない

令和 年 月 日
医療法人 雄信会
介護老人保健施設 大和三山
施設長 殿

利用者 住所.....
氏名.....(印)

代理人 住所.....
氏名.....(印)
続柄.....