

重要事項説明書

指定介護予防通所リハビリテーション 指定通所リハビリテーション

あなたに対する介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令 37 号 8 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 常葉会 長与病院
主たる事務所の所在地	長崎県 西彼杵郡 長与町 吉無田郷 647 番地
法人種別	医療法人
代表者	理事長 本多光幸
電話番号	095 (883) 6668

2. ご利用施設の概要

施設の名称	介護予防通所リハビリテーションながよ
施設の所在地	長崎県 西彼杵郡 長与町 吉無田郷 647 番地
都道府県知事許可番号	4271102602
管理者	森田茂利
管理代行者	井口卓郎
電話番号	095 (883) 6124

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
居宅介護支援事業所	H11.11.1	4271100325	80 名 40 名 通り 18 名 泊まり 9 名
通所リハビリテーション	H19.4.1	4271102594	
通所介護	H12.5.1	4271101158	
訪問看護ステーション	H18.4.1	4261190054	
看護小規模多機能型居宅介護	R2.3.1	4291100099	
サービス付き高齢者向け住宅「きらり」 (訪問介護、定期巡回)	R6.6.1		

4. 施設の目的と運営方針

施設の目的	利用者が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になることを目的とします。
運営の方針	利用者の目標に応じた自立支援環境を関連職種が協同して提供します。自立支援として、特に利用者自らの足で歩いて生活できるためのリハビリテーション環境を提供します。

5. 職員体制

職種	員数	常勤		非常勤		業務内容
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			業務の管理及び職員の管理を一元的に行う。
医師	1		1		1	利用者及び理学療法士等に対して、機能訓練及び健康管理上の指導等を行う。
理学療法士	2	1			1	リハビリテーションの計画及び実施、またその指導等を行う。
作業療法士					1	リハビリテーションの計画及び実施、またその指導等を行う。
歯科衛生士	0					口腔機能・口腔内衛生の機能評価、またその指導等を行う。
看護職員	1	1				看護及びリハビリテーション支援を行う。
介護職員	5	5				介護及びリハビリテーション支援を行う。
管理栄養士	0					介護、リハビリテーション支援及び栄養指導を行う。

6. 利用定員及び営業日等

利用定員	午前・午後各単位 30 名
営業日	月曜日から土曜日（国民の祝日、12月30日から1月3日を除く）
営業時間	8時20分から17時20分まで
サービス提供時間	午前：9時30分から11時40分まで 午後：13時00分から15時10分まで
通常の実施地域	長与町、長崎市（滑石・横尾地区、岩屋地区、西浦上・三川地区）

7. サービスの内容

- ① （介護予防）通所リハビリテーション計画の立案・実施・評価
- ② 送迎
- ③ 健康管理、病状、障害の観察
- ④ 口腔機能改善・栄養改善（対象者）
- ⑤ 認知症予防
- ⑥ その他医師の指示による医療処置

※これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもありますので具体的にご相談下さい。

8. 利用料金については【別紙 1】料金規定をご覧ください。

9. 緊急時における対応方法等

サービスの提供中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。また、天災その他の災害が発生した場合には、必要によりサービス利用者の避難等の措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、家族、主治医、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な処置を行います。また、その事故がサービスの提供により賠償すべきものである場合は、関係機関に届出相談の上、損害賠償を行います。

11. 秘密保持及び個人情報の保護

当事業所の職員は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するよう、また職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。利用者若しくはその家族の個人情報は、当法人の個人情報保護方針に基づき、個人情報の利用目的を【別紙2】のとおり定め、適切に取り扱います。

ただし例外として次の各号については、法令上介護保険事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行います。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 地域包括支援センター若しくは居宅介護支援事業所等の連携
- ③ 利用者が偽りその他の不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

※以上の内容は、利用終了後も同様の扱いとします。

12. 資質向上を目的とした研修の機会の確保

職員の資質向上のため採用後1ヶ月以内、またその後随時に研修の機会を確保しております。

13. 利用にあたっての留意事項

喫煙	利用者皆様方の健康増進のため喫煙は禁止します。
貴重品の持ち込み	多額の現金、預金通帳、貴金属などの貴重品、壊れやすい持ち物等のご持参は原則としてお断りしております。
食べ物の持ち込み	食べ物の持ち込みに関しては利用者の健康管理・衛生管理上、原則としてお断りしております。
謝礼、贈り物	当事業所では、ご利用いただく皆様方に余分な負担をおかけしないという趣旨から、謝礼贈り物等につきましては堅くお断りします。また、トラブルを防ぐために、利用者同士での贈り物についてもお断りしております。何卒ご理解、ご協力いただきますようお願いいたします。
その他	病院を受診した際等は、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡してくださるようお願いいたします。

14. サービスの終了について

- ① サービス解約時には文書・電話等にてお申し出下さい。
- ② 当事業所のやむを得ない事情にて終了する場合は、終了させて頂く1ヶ月前までに文書にてお知らせいたします。(場合により直ちにお知らせいたします)
※下記に記載してあるような場合にもサービス提供を終了させて頂きます。
- ③ サービス提供の翌月を含め3ヶ月以上利用料金の未納が認められた場合。
- ④ ご家族・利用者と当事業所が本契約を継続しがたいほどの信頼関係を失った場合。
(例：職員への暴言・暴力、みだりに身体を触るなどの行為が認められた場合。)
- ⑤ 他の利用者に対して同様の行為が認められた場合。
- ⑥ 身の回りのことや歩行の際、常に見守り・介助が必要になった場合。
- ⑦ 利用者の事情により通所利用を3ヶ月以上利用休止した場合。
(ご相談は随時受け付けます。)
- ⑧ 禁止事項が認められたり、留意事項が守れなかった場合。

以上のような場合にもサービス提供を中止させていただきます。

15. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり行います。
平常時の訓練	年2回以上
消防機器点検	消防機器の点検は年2回行っています。
防災設備	自動火災報知器を使用しています。

感染症対策強化のために感染委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練の実施等を行います。

感染症や災害が発生した場合にも必要なサービスを提供できる体制を取るために、業務継続に向けた計画等の作成、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等を行います。災害への対応においては、地域と連携して対応を強化します。

16. 虐待の防止のための対策

利用者の人権擁護、虐待の防止等の観点から、虐待発生又はその再発を防止する為の委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めます。委員会は年1回以上行います。

赤水在宅部長を虐待防止担当者と定めています。

17. ハラスメント対策

男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策を行います。

18. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、御不明の点や疑問、苦情がございましたら、お気軽にご相談下さい。

① 相談窓口

- 1) 当施設ご利用相談窓口（管理代行者：井口卓郎、Tel：095-883-6124）
- 2) 長崎市介護保険課（Tel：095-829-1163・Fax：095-829-1250）
- 3) 長与町介護保険課（Tel：095-883-1111・Fax：095-883-2061）
- 4) 長崎県国民健康保険団体連合会（Tel：095-826-1599・Fax：095-826-7325）
- 5) 長崎県長寿社会課（Tel：095-895-2431・Fax：095-895-2576）

② 苦情解決責任者

在宅事業部部長

③ 苦情、相談受付手順

- 1) 苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。
- 2) 担当者が不在でも、他の職員で対応します。その後苦情の内容を担当者に報告し、担当者は迅速に苦情内容の確認と対処を行う体制をとります。
- 3) 苦情を受けたら早急に対応の具体的方針を定め、担当者が利用者及び家族に説明します。
- 4) 苦情内容は記録として保管し、再発防止に役立てます。

送迎に関する確認事項

安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、利用者・家族に当施設の運営方針をご理解いただきますよう、よろしくお願いいたします。

- 1) 送迎の時間は、なるべく変動が少なくなるよう努めておりますが、通常他の利用者との乗り合いとなります。道路の混雑状況や他利用者のお休み等により定刻の送迎をお約束できません。ご了承ください。
- 2) 当事業所には車椅子対応の送迎車両がございません。そのため、車椅子使用の方には対応できませんのでご了承ください。原則として玄関前と車両の間は歩行にて移動願います。また、歩行移動中や送迎車両への乗降についても軽く身体を支える等の対応しかできませんので、その点もご了承ください。
- 3) 送迎は原則として、玄関前までのお迎え、お送りとなります。ただし、利用者・職員の安全が確保できない環境においてこの限りではありません。職員の配置上助手がおりませんので、送迎車から一定の距離・時間離れての介助や、玄関内まで職員が付き添うことはできません。そのため、集合住宅等の方は送迎車停車場所までは利用者お一人もしくは家族の方と移動願います。
- 4) 施錠等ご自宅の管理に関しては、利用者・家族でお願いいたします。送迎職員到着後に施錠等ができていない場合は、他の利用者にも迷惑がかかります。鍵が掛けられなくて外出できない、鍵が閉まっていて自宅へ入れない等は当事業所では対応できません。
- 5) 季節により、暑かったり寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。お待ちになる際は、ご自宅の中でお待ち下さい。（事情等により外でお待ちになる際は環境に十分ご注意ください。）送迎車両からの連絡時間を目安に外に出られるようにしてください。
- 6) 乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用してください。
- 7) 自家用車で来所される場合は、駐車スペースに限りがありますので、あらかじめご了承ください。また、運転・事故等につきましては自己責任でお願いいたします。
- 8) 身体的・環境的等の諸事情がある場合は、本人・家族と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。その場合は備考欄へ記載しております。

備考欄： _____

1. 介護予防通所リハビリテーション料金規定(要支援の方)

①基本部分

要支援 1 : 2,268 円/月	要支援 2 : 4,228 円/月
-------------------	-------------------

②各種加算

加算項目	利用者負担額
サービス提供体制強化加算 I (※1)	要支援 1 : 88 円/月
	要支援 2 : 176 円/月
科学的介護推進体制加算 (※2)	要支援 1・2 ともに 40 円/月
介護職員等処遇改善加算 I (※3)	利用サービスの合計金額×8.6%

※必要な方は以下の加算も算定いたします。

栄養改善加算	200 円/月
口腔機能向上加算	150 円/月
栄養アセスメント加算	50 円/月
一体的サービス提供加算 (※4)	480 円/月
12 月超減算 (※5)	要支援 1 : 120 円/月減算
	要支援 2 : 240 円/月減算
退院時共同指導 (※6)	600 円/回

2. 通所リハビリテーション料金規定(要介護の方)

①基本部分

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
383 円/回	439 円/回	498 円/回	555 円/回	612 円/回

②各種加算

加算項目	利用者負担額
サービス提供体制強化加算 I (※1)	22 円/回
科学的介護推進体制加算 (※2)	40 円/月
介護職員等処遇改善加算 I (※3)	利用サービスの合計金額×8.6%

※必要な方は以下の加算も算定いたします。

栄養改善加算	200 円/回 (月 2 回を限度)
口腔機能向上加算 I	150 円/回 (月 2 回を限度)
栄養アセスメント加算	50 円/月
通所が送迎を実施しない場合	片道につき -47 円/回
退院時共同指導 (※6)	600 円/回

※記載されている表内の料金はすべて介護保険による 1 割負担の料金となります。

2 割負担・3 割負担の方は、その割合に応じた料金となりますので予めご了承ください。

ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合にあつては、いったん介護報酬告示額にて算定される料金(10 割)をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日市町村窓口にて提出しますと差額の払い戻しを受けることができます。

- ※1: 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合において、介護福祉士が 70%以上配置されている場合に算定されます。
- ※2: 提供するサービスの質を向上する体制を構築するため、利用される方の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、戻ってきた情報を活用し、サービス提供のあり方について検証を行います。検証結果に基づき、サービス計画を適切に見直し、更なる質の向上を図ることを目的としています。
- ※3: 介護サービスに従事する介護職員等の賃金改善に充て処遇改善を図ることを目的としています。
- ※4: 栄養改善、口腔機能向上に向けた取り組みを一体的に行っている場合に算定されます。栄養改善加算、口腔機能向上加算と同時に算定はできません。
- ※5: 近年の受給者数や利用期間及び利用者の ADL などを踏まえ、適切なサービス提供とする観点から、介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、利用開始から一定期間が経過した後の評価の見直しを行うものです。
- ※6: 入院している方に対して医療機関が開催する退院前カンファレンスに参加し、情報を共有し退院後の通所でのリハビリテーション計画に反映させることで開始時に 1 度だけ算定されます。

3. その他の料金

区分	内容等
おむつ代	紙おむつ：40 円、キャッチ：30 円 紙パンツ：155 円
材料費（余暇活動等で個人が取得されるものなど）	実費

これらの費用の支払を受ける場合は、利用者又はその家族に対し事前に文書でその内容と費用の額の説明を行い、支払に同意する旨の文書に署名を受けます。

4. お支払いについて

ご利用された月の翌月 15 日前後にご請求させていただきます。お支払い方法は、十八親和銀行、ゆうちょ銀行の口座振替となります。毎月 25 日に引落としとなります。利用料の入金確認後、領収証を発行いたします。なお、振替手数料はご負担頂きます。

同 意 書

年 月 日

私は以上の説明を受けた内容に同意いたしましたので、
当(介護予防通所リハビリテーション ・ 通所リハビリテーション)における
サービス利用を申し込みいたします。

利 用 者：住 所 _____

連 絡 先 () _____

氏 名 _____

家 族：住 所 _____

連 絡 先 () _____

氏 名 _____ (利用者との関係： _____)

署名代行者：(利用者の署名を代行した場合は下記へ)

私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、
上記署名を代行いたしました。利用者との関係：(_____)

代行の理由：下記のいずれかにを○で囲んで下さい。

本人が筆記困難なため・その他 (_____)

※ 上記の家族欄記入者が代行者の場合は、以下の記入は不要

住 所 _____

氏 名 _____

(必要時、連帯保証人)

住 所 _____

氏 名 _____

当介護保険施設は、

(指定介護予防通所リハビリテーション ・ 指定通所リハビリテーション)
として申し込みを受託し、この重要事項に定める各種の内容を誠実に責任をもって行い
ます。

所在地：長崎県西彼杵郡長与町吉無田郷 647 番地

名 称：医療法人 常葉会 長与病院

代表者：理事長 本多 光幸 印

個人情報の利用目的

介護予防通所リハビリテーション事業所では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する事とし、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。

1. 利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

1) 事業所内部での利用目的

- ①当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務
 - ◇利用予定、実績等の管理
 - ◇会計・経理
 - ◇事故などの報告
 - ◇当該利用者の介護・医療のサービスの向上

2) 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- ①事業所が利用者等に提供する介護サービス
 - ◇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地域包括支援センター等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ◇利用者の診察等に当たり、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
 - ◇厚生労働省への情報提供（重要事項説明書、料金規定の※2を参照）
- ②介護保険事務
 - ◇審査支払機関へのレセプト提出
 - ◇審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ◇損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等

2. 上記以外の利用目的

1) 事業所内部での利用目的

- ①事業所の管理運営業務
 - ◇医療・介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料
 - ◇事業所において行われる学生の実習への協力
 - ◇事業所において行われる事例研究

2) 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- ①当施設の管理運営業務
 - ◇外部監査機関への情報提供

個人情報の取り扱いに関する同意書

私は以上の説明を受け、利用者及び家族の個人情報については、総合的なサービスの提供に努める為、介護サービス事業者、居宅介護支援事業者、他保健医療機関、福祉サービスを提供する事業者、関係市町村に提供する事へ同意します。

_____年 _____月 _____日

利用者：住 所 _____

連 絡 先 _____ (_____)

氏 名 _____

家 族：住 所 _____

連 絡 先 _____ (_____)

氏 名 _____ (利用者との関係： _____)

署名代行者：(利用者の署名を代行した場合は下記へ)

私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、
上記署名を代行いたしました。利用者との関係：(_____)

代行の理由：下記のいずれかにを○で囲んで下さい。

本人が筆記困難なため・その他 (_____)

※ 上記の家族欄記入者が代行者の場合は、以下の記入は不要

住 所 _____

氏 名 _____

以下、当事業所にて利用者の情報登録にあたり必要な情報になりますので、回答のご協力をお願い致します。

義歯の使用の有無 (あり ・ なし)

むせやすい (はい ・ いいえ)

歯の汚れ (ある ・ ない)

歯肉の腫れ (ある ・ ない)

昨今は非常災害が多く発生しています。ご自宅からの緊急避難場所が分かる方はお教えください。

()