

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

様

医療法人 大泉会

介護老人保健施設 くろいし

【1. 事業者】

事業者名	医療法人大泉会
代表者氏名	理事長 佐々木 徳之
所在地	大阪府和泉市黒石町566－1
電話番号	TEL 0725-57-2266 FAX 0725-57-2267

【2. 事業所の概要】

事業所名称	医療法人大泉会 介護老人保健施設 くろいし
介護保険 指定事業者番号	大阪府指定 2750580041 号
所在地	大阪府和泉市黒石町566－1
電話番号 相談担当者名	TEL 0725-57-2266 FAX 0725-57-2267 石川
通常事業の 実施地域	和泉市、岸和田市、堺市の一部
開設年月日	平成18年4月1日
目 的	利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、適切な指定介護予防通所リハビリテーションを提供します。
運営方針	1. 事業所が実施する事業は、利用者の、心身の状況、病歴を踏まえて、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。 また、利用者の意志及び人格を尊重し、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。 2. 利用者の要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 3. 事業の実施にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。 4. 事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、介護予防支援事業者、地域包括支援センター、他の介護予防サービス事業者、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。 5. 指定介護予防通所リハビリテーションの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医や居宅介護支援事業所へ情報提供を行う。 6. 前5項のほか、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省令第35号／平成18年3月31日厚生労働省令第80号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

【3. 営業日・営業時間・サービス提供時間及び利用定員 】

営 業 日	月曜日～土曜日 但し、12月31日～1月3日までを除く
営 業 時 間	月曜日～土曜日 9時～17時30分
サービス提供時間帯	月曜日～土曜日 9時～16時10分
延長サービス時間	なし
利 用 定 員	1日 40名 *当該事業所と一体的に指定通所リハビリテーション事業を実施する場合には、両事業の利用者数の合計が、当該定員を超えない範囲で実施することができるものとする。ただし、災害その他やむを得ない事情がある場合にはこの限りではない。

【4. 事業所の職員体制 】

職 種	職務内容	基準人員	人員数
1.管理者(医師)	事業所の業務を統括。利用者の診察及び保健衛生の管理指導	1	1
2.理学療法士	利用者の機能回復、機能維持に必要なリハビリに従事	0.4	2
3.看護師	利用者の看護、保健衛生の業務の従事	1	1
4.介護職員	利用者の日常生活の介護、相談及び援助の業務に従事	3	10

【5. 主なサービス内容 】

種類	内 容
食事	管理栄養士による栄養バランスのとれた献立で個人の身体状況に応じた食事を提供します。食事は、適温で提供します。
排泄	ご利用者様の状況に応じて、適切な介助をおこなうとともに、排泄リズムを捉えて、排泄の自立に向けてお手伝いします。
入浴	車椅子ご利用の方は、機械を用いての入浴も可能です。(特別浴)
健康管理	ご利用前にかかりつけ医より医療情報提供をいただき、それに基づき必要な健康管理を行います。 看護師がご利用時に健康チェックをおこないます。 緊急時等、必要な場合には、大仙病院または、協力医療機関等に引き継ぎます。
機能訓練 生活リハビリ	ご利用者様の心身の状態に応じて、理学療法士等が計画的に機能訓練をおこない、実施予定について利用者様や、ご家族に説明します。 安全に配慮した活動プログラムを実施し、日中のリズムがその人らしい生活となるように努めます。
個別リハビリ	医師の指示の下、日常生活の自立を援助するため、理学療法士等がリハビリテーション計画書を作成し、計画に基づいた実用歩行訓練、活動向上訓練等の維持向上に向けて、個別に実施します。
レクリエーション	ご利用時の活動を充実したものにするため、楽しいレクリエーション行事や趣味活動を企画、実施します。
送迎	ご利用時の送迎サービスを実施します。

相談及び援助	ご利用者様及びご家族様からの相談について、誠意を持って対応します。
その他	ご利用者様の自立を支援し、人権を尊重するために、身体拘束や言葉による抑制を行わず、なおかつ安全に配慮するよう努めます。 抑制を行わないことから生じる、不慮の事故等が発生することがあることをご承知おきください。

【6. 利用料等】

- ・介護保険の給付による負担金 地域単価(甲地1単位10.33円で算定)

下記の利用者負担金は1月あたりの**1割負担の金額**です。2割負担は2倍、3割負担は3倍になります。

基本サービス費 ※送迎・入浴を含む	要支援 1	2,343円/月
	要支援 2	4,368円/月

サービス提供体制強化加算Ⅰ 定められた必要数(勤続10年以上・25%以上)の介護福祉士を配置している場合に算定します	要支援 1	91円/月
	要支援 2	182円/月

科学的介護推進体制加算 (利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の利用者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ている場合に算定します)	42円/月
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ (利用者の口腔機能低下及び栄養状態について早期に確認し、重症化等の予防、維持・回復につなげる対応をした場合に算定します)	21円/6月
若年性認知症利用者受入加算 (利用者毎に担当者を定め当該利用者に応じたサービスを提供した場合に算定します)	248円/月

介護職員処遇改善加算Ⅰ	算定項目の8.6%を加算
-------------	--------------

(単位:円)

その他の費用	食費	昼食代(おやつ含む)	660
	教養娯楽費	レクリエーション等活動費	150
	日用品費	タオル・石鹸・シャンプー・ティッシュ等	100
	おむつ代 (ご利用に応じ)	尿取りパット・パンツ式おむつ	55 ~ 110
	その他	喫茶利用時代金	100

※その他の費用: 指定予防通所リハビリテーションにおいて提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用については実費を徴収します。

【7. 通常の事業の実施地域】

通常の事業の実施地域は、和泉市全域と堺市・岸和田市の一部の地域とします。

【8. 利用料、その他の費用請求及びお支払いについて】

利用料等の請求	① 利用料、その他の費用は利用者負担のある支援業務提供毎に計算し、利用のあった月ごとの合計金額により請求致します。 ② 請求書は利用明細を添えて、利用のあった月の翌月15日以降に送付致します。	
お支払い方法	請求書の内容を確認の上、請求月の27日までに、右記のいずれかの方法にてお支払い下さい。	① 各金融機関への自動振替(原則) ② 現金支払い
領収書について	お支払い確認後、領収書を送付致しますので、必ず保管お願いします。	
利用料の変更について	事業所は、利用料について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合は、利用者に対して変更を行う1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更する。	

【9. 緊急時】

緊急事態の発生時には、利用者の主治医又は事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従い、その場での適切な対応、処置を行い、緊急連絡先の確認と連絡、その他必要な措置を取ります。		
協力医療機関	医療機関名	医療法人啓仁会 咲花病院
	診療科目	内科・外科・整形外科・形成外科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・産婦人科・脳神経外科
	所在地	和泉市のぞみ野1-3-30
	電話	(0725) 55-1919
	医療機関名	医療法人大泉会 大仙病院
	診療科目	内科・外科・整形外科・皮膚科・肛門科
	所在地	堺市西区北条町1-2-31
	電話	(072) 278-2921
協力歯科医療機関名	訪問歯科名	すみおか歯科クリニック
	所在地	大阪府堺市東区丈六183-18 ダイエー1F
	電話	(072) 236-0418
緊急連絡先	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話	() -
	携帯電話	() -

【10. 秘密の保持と個人情報の保護について 】

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び従事者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続し、従事者が退職した後も継続します。
個人情報の保護について	事業所は、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で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録、記録物については、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。

【11. 相談・苦情の受付 】

相談・苦情があった場合は、状況の聞き取りや事情の確認を速やかに行い、対応いたします。

窓 口	内 容
介護老人保健施設 くろいし	担当責任 : 浦西 孝明 受付時間 : 毎週月曜日～土曜日 9:00～17:30 電話番号 : 0725-57-2266 FAX : 0725-57-2267
和泉市役所健康福祉部 介護保険課	所 在 地 : 和泉市府中町2-7-5 受付時間 : 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号 : 0725-41-1551 FAX : 0725-45-9352
大阪府国民健康保険 団体連合会	所 在 地 : 大阪府中央区常盤1-3-8 中央大通FNビル内11 受付時間 : 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号 : 06-6949-5418 FAX : 06-6949-5417
大阪府福祉部 高齢介護室施設課	所 在 地 : 大阪府中央区大手前2-1-22 受付時間 : 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号 : 06-6944-7203 FAX : 06-6944-6670
	所 在 地 : 受付時間 : 電話番号 : FAX :

【12. 事故発生時の対応 】

当事業所が利用者に対して行う介護予防通所リハビリテーションの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村、介護予防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、当事業所が利用者に対して行ったサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

【13. 高齢者虐待防止について 】

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従事者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従事者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

【14. 身体拘束等について 】

事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある緊急やむを得ない場合は、施設管理者または施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがある。この場合には施設医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診察記録に記載する事とする。

【15. サービス利用に当たっての留意事項 】

利用者及びその家族等は次に掲げる事項を守らなくてはならない。

- ① 建物、備品、その他の器具の破損、持ち出しをしないこと。
- ② 喧嘩、口論、暴力など他人の迷惑になるようなことはしない。
- ③ 施設の秩序、風紀を乱し、又は衛生を害するようなことはしないこと。
- ④ その他、職員の指示に反した行為をしないこと。

【16. 非常災害対策 】

事業所は非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し防火管理者または火気消防についての責任を定め、年2回定期的に避難、救出その他必用な訓練を行うものとする。

【17. 重要事項説明の年月日】

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

上記内容について、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第35号／平成18年3月31日厚生労働省令第80号)」第123条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所 在 地	和泉市黒石町566－1
	事業者	医療法人 大泉会
	代表者名	理事長 佐々木 徳之 印
	事業所名	介護老人保健施設くろいし デイケアセンター
	説 明 者	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

※この重要事項説明書は「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令35号／平成18年3月31日厚生労働省令80号）」第12条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

情報提供同意書

介護老人保健施設くろいしが提供する各事業（指定介護老人保健施設、指定短期入所療養介護（予防含む）、通所リハビリテーション（予防含む））が円滑なサービスを行うため、下記に該当する場合に事業所が知り得たご利用者又はご契約者等に関する情報を、関係機関や事業所に提供することに同意します。

記

1. 利用者に医療上、緊急の必要が生じた場合の医療機関へのご利用者に関する心身の情報提供。
2. ご利用者にかかわる介護サービス提供に関する他の居宅介護支援事業者との連携を図るためご利用者又はご契約者等の個人情報の提供。
3. ご利用者又はご契約者から、当事業所が提供するサービス内容について苦情申し立てが起こった場合、苦情対策室への個人情報の提供。

情報提供同意書説明年月日	令和 年 月 日
--------------	---

事業者	所在地	和泉市黒石町566－1
	事業者	医療法人 大泉会
	代表者名	理事長 佐々木 徳之
	事業所名	介護老人保健施設くろいし デイケアセンター
	説明者	

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

介護予防通所リハビリテーションのサービスの提供に伴う利用者負担にかかる同意書

令和 年 月 日

医療法人 大泉会
理事長 佐々木 徳之 殿

< 利 用 者 >

住 所

電話番号

氏 名

㊞

< 代 理 人 >

住 所

電話番号

氏 名

㊞

介護老人保健施設くろいしの介護予防通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり、重要事項説明書の利用者負担に関して、担当者から説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護予防通所リハビリテーションサービスを利用した場合に、これらの対価として事業所の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 事業所の諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 利用料等の費用の支払いについては、事業所に対し一切迷惑をかけません。

以 上