

重要事項説明書(介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター 介護予防通所リハビリテーション)

当事業者が提供する介護予防通所リハビリテーションの内容に関し、あなたに説明すべき重要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 立星会 |
| 主たる事務所の所在地 | 山梨県甲府市和戸町389-3 |
| 電話番号 | 055-241-3333 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 星野 和実 |

| | |
|-----------|--|
| 事業所の名称 | 介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター |
| 事業所の所在地 | 山梨県甲府市住吉5丁目24-14 |
| 介護保険事業者番号 | 1950180016 |
| 指定年月日 | 平成12年4月1日 |
| 交通の便 | JR身延線南甲府駅下車徒歩15分・山梨交通バスで日吉神社前下車徒歩3分 |
| 通常の事業実施地域 | 甲府市【アルプス通り(甲府櫛形線、甲府昇仙峡線)より西地域と山の手通り(甲府敷島葎崎線)より北の地域を除く】とする。 |

2 事業者の職員の概要

| 職種 | 資格 | 員数 | 勤務の体制 | |
|-------|----|-----|--------|--------|
| 管理者 | 医師 | 1人 | 常勤 | 1人 |
| 医師 | | 3人 | 常勤 1人 | 非常勤 2人 |
| 理学療法士 | | 8人 | 常勤 8人 | 非常勤 人 |
| 作業療法士 | | 0人 | 常勤 0人 | |
| 看護職員 | | 2人 | 常勤 1人 | 非常勤 1人 |
| 介護職員 | | 10人 | 常勤 10人 | 非常勤 人 |
| | | | | |

3 介護予防通所リハビリテーション施設の概要

| | | |
|--------|----------------------|--------|
| 定員 | 60人(指定通所リハビリテーション含む) | |
| リハビリ室 | 116.44㎡ | |
| 浴室 | ○一般浴槽 | 75.35㎡ |
| | ○特殊浴槽 | 50.40㎡ |
| 食堂 | 260.18㎡ | |
| その他の設備 | 送迎車 | 6台 |

4 サービスの提供時間

| 営業日 | 通常の営業時間 | 時間外利用時間 |
|-----|------------------------|--------------|
| 平日 | 8:30 ~ 17:30 | 8:00 ~ 19:00 |
| 祝日 | 8:30 ~ 17:30 | 8:00 ~ 19:00 |
| 休日 | 1月1日~1月3日まで 土曜日・日曜日 | |

5 介護予防通所リハビリテーションの運営の方針

- (1) 利用者の心身の変化をできる限り事前に把握し適切な医療的管理のもと看護・介護、機能訓練生活訓練等継続的なケアを行い、自立を支援し社会への復帰を目指します。
- (2) 利用者一人ひとりの個性を尊重し、その人らしく生きることができるようにし家庭的雰囲気の中で「こころ」の交流を心がけ、レクリエーション、趣味など「生きがい」を持って生きられるようなケアを行います。
- (3) 利用者が社会復帰できるよう家族を含めた「チームケア」を行うとともに家庭及び地域に対して看護・介護等の教育訓練及び、相談事業を行い、関係市町村と連絡を密接にし在宅介護に対する地域住民の協力を得られるよう啓蒙活動を行います。

6 利用料金

(1) 基本料金

当事業者の介護予防通所リハビリテーションの提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、次のとおりです。

【1単位：10.17円です】

| ア. 基本単価（共通サービス） | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|--------------------|-------|--------|-------|------|
| | 単位数 | 1割 | 2割 | 3割 | | |
| 要支援1 | 2268単位 | 2307円 | 4614円 | 6920円 | | |
| 要支援2 | 4228単位 | 4300円 | 8600円 | 12900円 | | |
| ※送迎、入浴を基本単価に包括する | | | | | | |
| イ. 各種加算（選択的サービス等） | | | | | | |
| | 単位数 | 1割 | 2割 | 3割 | | |
| ・利用開始日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合 | 支1 | △120単位 | △122円 | △244円 | △367円 | |
| | 支2 | △240単位 | △244円 | △489円 | △733円 | |
| ・栄養改善加算 | 200単位 | 204円 | 407円 | 611円 | | |
| ・口腔機能向上加算（Ⅰ）月2回限度 | 150単位 | 153円 | 305円 | 457円 | | |
| | （Ⅱ）月2回限度 | 160単位 | 163円 | 326円 | 489円 | |
| ・口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20単位 | 21円 | 41円 | 61円 | | |
| | （Ⅱ） | 5単位 | 5円 | 10円 | 15円 | |
| ・栄養アセスメント加算（1月につき） | 50単位 | 51円 | 102円 | 153円 | | |
| ・一体的サービス提供加算 | 480単位 | 489円 | 977円 | 1464円 | | |
| ・若年性認知症利用者受入加算 | 240単位 | 244円 | 488円 | 732円 | | |
| ・科学的介護推進体制加算（1月につき） | 40単位 | 41円 | 82円 | 122円 | | |
| ・生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 562単位 | 572円 | 1143円 | 1715円 | | |
| ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援1 （算定要件に該当する場合） | 要支援2 | 88単位 | 90円 | 179円 | 269円 | |
| | （Ⅱ）要支援1 | 要支援2 | 176単位 | 179円 | 358円 | 537円 |
| | 要支援2 | 72単位 | 74円 | 147円 | 220円 | |
| ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ | 要支援2 | 144単位 | 147円 | 293円 | 440円 | |
| | | 所定単位数 ×111/1000 | | | | |

※上記金額は、1月当りの自己負担となります。

(2) その他の費用

理美容、その他日常生活において必要とするその費用は次のとおりです。

| 項 目 | 利 用 料 金 |
|--------------------|---------------------------------------|
| 教養娯楽費 | 110円/回 |
| 理美容代 | 1,700円/回 |
| おむつ代 | 300円/1枚 |
| パット代 | 70円/1枚 |
| 食 費 | 朝食 600円 ・ 昼食 700円 ・ 夕食 670円 ・ おやつ 60円 |
| 日常生活品費 | 50円/日 |
| その他利用者が 要望した物品等 | 実 費 |

(3) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月毎の精算とします。毎月10日までに前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をいたしますので、振替日にお支払いください。支払方法は、口座振替とさせていただきます。

(4) ご利用中止の連絡

あなたのご都合によりご利用をキャンセルする場合には、わかり次第ご連絡ください。当日のキャンセルは朝8:30までをお願いします。

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、あなたの在住する市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の9割又は8割、7割）の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ア 当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の介護予防通所リハビリテーションの内容等についてご説明します。
- イ この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者従業員が介護予防通所リハビリテーション計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- ウ あなたが介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に地域包括支援センターにご相談ください。

(2) サービスの終了

- ア あなたのご都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の7日前までに文書で申出てください。
- イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の14日前までに、文書によりあなたに通知します。
- ウ 自動終了
 - ・あなたが医療機関又は介護保険施設に入院又は入所した場合。
 - ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合。
- エ その他
 - ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。

- ・あなた及び身元引受人がサービスの利用料金を2ヶ月分以上滞納し、支払の督促をしたにもかかわらず10日間以内に支払われない場合、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8 サービス利用にあたっての留意事項

| | |
|-----------|--|
| ○喫煙 | : 敷地内は、禁煙となっています。 |
| ○金銭の管理 | : 現金の持ち込みはご遠慮下さい。 |
| ○所持品の持ち込み | : 高価な物はご遠慮下さい。また、所持品には全て記名して下さい。 |
| ○体調の確認 | : 体調の悪い時は無理なさらずにお休みして、病院等にかかって下さい。その際、当日の朝8:30までにご連絡をお願いします。 |
| ○利用時間の延長 | : ご都合で利用時間の延長を希望される場合は、早めにご連絡をお願いします。ただし、送迎はご家族送迎をお願いします。 |

9 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

| | |
|------|---|
| 内 容: | 送 迎・・・当事業所からご自宅までを送り迎えいたします。 機能訓練・・・理学療法士・作業療法士等が機能訓練を実施します。 入 浴・・・その方の状態に合った、入浴の介助を行います。 食 事・・・管理栄養士によるバランスのとれた食事を提供します。 生活相談・・・ご家族の方たちの介護等に関するご相談を承ります。 その他・・・各種行事や、レクリエーションで1日を楽しく過ごしていただき、心身の機能向上をいたします。 |
|------|---|

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

10 緊急時の対応方法

介護予防通所リハビリテーションの提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

| | | |
|-------|-----|--|
| 主治医 | 氏 名 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 氏 名 | |
| | 連絡先 | |

11 非常災害対策

| | |
|-------|---|
| 消防用設備 | スプリンクラー設備 自動火災報知設備 非常放送設備 避難滑り台 誘導灯 消火器及び消火栓 |
| 消防計画 | 消防署への届出： 平成8年3月28日 防火管理者： 五味 広幸 内 容： 避難訓練 年2回実施 通報訓練 年2回実施 |

| | |
|--|--------------------------|
| | 消火訓練 年2回実施 洪水訓練 年1回実施 |
|--|--------------------------|

1.2 事故発生時の対応

- (1) 介護予防サービスの提供を行っている時に事故が起こった場合は、ご家族に連絡し、必要な場合は、市町村（保険者）に連絡するとともに、病院への受診の手配等必要な措置を講じます。
- (2) 介護予防サービスの提供にあたって、事業者の帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等に損害を及ぼした場合には、それを賠償します。

1.3 苦情処理

あなたは、当事業者の介護予防通所リハビリテーションの提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担 当： 功刀 哲
電話番号： 055-241-3333

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

| | |
|-------------|--------------------|
| 市町村 | 相談窓口： |
| | 電話番号： |
| 国民健康保険団体連合会 | 相談窓口： 介護保険課 |
| | 電話番号： 055-233-9201 |

1.4 協力医療機関等

当事業者では、下記の医療機関や歯科診療所に協力して頂き、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関
 - ・ 名 称 甲府市立甲府病院
 - ・ 住 所 甲府市増坪町366
 - ・ 名 称 笛吹中央病院
 - ・ 住 所 笛吹市石和町四日市場47-1
- ・ 協力歯科診療所
 - ・ 名 称 ばば歯科医院
 - ・ 住 所 甲府市川田町537-1

1.5 秘密保持

- (1) 施設の職員は、通所者又はその家族について業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。
- (2) 退職者が通所者又はその家族について業務上知り得た秘密を漏らさぬよう必要な措置を講ずる。
- (3) 居宅介護支援事業者及び地域包括支援センター等に対して、通所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により通所者の同意を得る。

1.6 個人情報保護について

業務上、収集したマイナンバーを含む個人情報については法令・ガイドラインを遵守するとともに、利用目的（別紙1）を定めることとし、個人の人格尊重の理念の下、適正な取扱いをします。

1.7 第三者評価の実施状況について

- (1) 未実施

<別紙1>

個人情報の利用目的

(平成28年1月1日現在)

介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンターでは、利用者の尊厳を守り医療・介護サービスを継続的に提供する施設理念の下、お預かりしているマイナンバーを含む個人情報について、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〕

- ・当施設職員が利用者等に提供する医療・介護サービス
- ・介護保険事務
- ・利用者さまに係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －利用者さまへの医療・介護サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者さまに提供する医療・介護サービスのうち
 - －利用者さま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
 - －利用者さまの診療等に当たり、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
 - －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】

〔介護老人保健施設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改善・向上のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生等の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究
 - －ホームページ・広報誌への掲載および、施設内における写真の展示

〔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
- ・介護保険に関連する申請ほか、行政手続き

介護老人保健施設介護予防通所リハビリテーション利用同意書

令和 年 月 日

(事業者)

介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 山梨県甲府市住吉5丁目24-14

名称 介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター

説明者 _____

介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター

施設長 土屋 幸治 殿

介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンターの介護予防通所リハビリテーションを利用するに当たり、重要事項説明書（介護予防通所リハビリテーション）及び別紙1を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____

連絡先TEL _____

(ご家族・親族等身元引受人)

住所 _____

氏名 _____

連絡先TEL _____

(請求書等の発送先)

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)