**健生西部診療所**

**指定介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書**

１.　事業者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の名称 | 徳島健康生活協同組合 |
| 主たる事業者の所在地 | 徳島県徳島市下助任町４丁目９番地 |
| 代表者氏名 | 理事長　児嶋　誠一 |
| 法人種別 | 生協法人 |
| 電話番号 | ０８８－６５４－８３６３ |

２.　利用事業所

（１）事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 | 健生西部診療所 |
| 事業所の所在地 | 徳島県三好市井川町吉岡１２７―２ |
| 管理者の氏名 | 石川　長英 |
| 電話番号 | ０８８３－７８－２５７７ |
| FAX番号 | ０８８３－７８－２５７７ |
| 事業の種類 | 介護予防通所リハビリテーション |
| 利用定員 | ４０名 |
| 介護保険事業所番号 | ３６１０６１０５２３ |
| サービス提供地域 | 三好市井川町 |

（２）事業の目的と運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように、必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持・回復を図ることを目的とします。 |
| 運営の方針 | 利用者の要支援状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し計画的に行います。また、事業運営にあたって、質の評価を行い常にその改善を図るものとします。 |

（３）従業者の体制等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 員数 | 職務の内容 |
| 医師 | １名 | 利用者に対する医学的な管理指導等を行う。 |
| 管理者又は  管理代行者 | １名 | 従業者に、法令等の規程を遵守させるため必要な指揮命令を行う。 |
| 理学療法士  作業療法士等 | 1名  以上 | 医師の指示及び通所リハビリ計画に基づき、利用者の心身機能の維持・回復を図るために必要なリハビリテーション・指導を行う。 |
| 看護職員 | 4名  以上 | 健康状態の確認及び介護を行う。 |
| 介護職員 | 利用者の心身の状況に応じ、必要な介護を行う。 |

（４）営業時間等

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日～金曜日  但し、祝日、１２月３０日～１月３日までの日は除く。 |
| 営業時間 | ８時３０分～１７時３０分 |

３．提供するサービスの内容

（１）リハビリテーション

　（２）入浴

　（３）食事の提供

　（４）健康チェック

　（５）送迎　　　　　　など

４.　利用料金

　（１）基本料金

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者負担額 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要支援１ | 2,268円/月 | 4,536円/月 | 6,804円/月 |
| 要支援２ | 4,228円/月 | 8,456円/月 | 12,684円/月 |

　　＊利用開始から12月超過した場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者負担額 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要支援１ | 2,148円/月 | 4,296円/月 | 6,444円/月 |
| 要支援２ | 3,988円/月 | 7,976円/月 | 11,964円/月 |

※ただし、一定の要件を満たした場合、減算を行わないこととなります。

（２）加算料金

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算 | 利用者負担額 | | | 算定回数等 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 退院時共同指導加算 | 600円/月 | 1200円/月 | 1800円/月 | 退院時１回 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150円/回 | 300円/回 | 450円/回 | 月2回限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20円/回 | 40円/回 | 60円/回 | 6月に１回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5円/回 | 10円/回 | 15円/回 | 6月に１回 |
| サービス提供体制強化加算（要支援１） | 88円/月 | 176円/月 | 264円/月 |  |
| サービス提供体制強化加算（要支援２） | 176円/月 | 352円/月 | 528円/月 |  |

※お支払いは法定代理受領を原則とします。利用料金は厚生労働省の定めた介護報酬の告示上の額と

なります。(介護保険負担割合証の割合に応じます。)

※通常の事業実施地域外の中山間地域に居住する利用者の方は、所定単位数に5％加算されます。

※介護職員等処遇改善加算Ⅰとして、所定単位数の合計に8.6％加算されます。

※その他の自己負担（昼食代・おむつ代等）は、利用に応じて実費をお支払いただきます。

５.　事故発生時の対応

　　指定介護予防通所リハビリテーション（以下「サービス」という）の提供により事故が発生した場合は、市町村・ご家族・利用者に係る居宅介護支援事業者等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、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、その損害を賠償いたします。

６.　緊急時の対応

サービス提供中に、利用者に容態の変化等があった場合、その他必要な場合は、主治医へ連絡を行う等必要な措置を講ずるとともにご家族等にも連絡します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 名　　前 | 電　話　番　号 |
| 主　治　医 |  |  |
| 緊急連絡先 | 続柄（　　　　） |  |
| 居宅介護  支援事業所 |  |  |

７.　非常災害対策

（１）事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

（２）非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備

し、それらを定期的に従業者に周知します。

（３）定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。（毎年２回）

８.　天候不順時の対応

　　台風・降雪等の天候不順や、災害等によりサービスの実施が困難な場合は、サービスの中止、又は変更を依頼する場合があります。

９.　衛生管理等

　（１）利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに衛生上必要な措置を講じます。

　（２）事業所での感染症発生の予防及びまん延を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

　　　　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月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

　　　　②　事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

　　　　③　従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。

10．虐待の防止について

　　事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を請じます。

　（１）虐待防止に関する担当者を選定しています。

　　　　（担当者：酒巻　弥世）

　（２）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し、その結果について従業者に周知

徹底を図っています。

　（３）虐待防止のための指針を整備しています。

　（４）従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

　（５）虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

11．業務継続計画の策定について

　（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。

12．（身体拘束等の禁止）

①　事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を

保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行いません。

　②　事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用

者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

13．（ハラスメントについて）

　　事業所は、従業者の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメ

ントの防止に努めます。

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

　な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

・　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

・　個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

・　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

・　カスタマーハラスメント（悪質なクレームや理不尽な要求）行為

上記は、当該法人従業者、取引先事業者の方、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、マニュアル等を基に即座に対応し、再発防止会

　　議等により同事案が発生しないための再発防止策を検討します。

　③　従業者に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修等を実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、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

善等に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

14.　サービス内容に関する相談・苦情

（１）提供したサービス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

設置しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 当事業所の相談・苦情窓口  　担当者　　酒巻　弥世 | 電話番号　０８８３－７８－２５７７ |
| 受付時間 | 営業日の　９：００～１７：００ |

（２）その他の窓口

当事業所以外に市町村の相談・苦情窓口や国民健康保険団体連合会に苦情を伝えることができます。

※　みよし広域連合　　　　　　　　　 電話　０８８３－７６－００３０

※　国民健康保険団体連合会

苦情専用ダイヤル　　　　 電話　０８８－６６５－７２０５

15.　その他利用に関する留意事項

　（１）事業所の運営状況を示す資料として、事業計画及び財務内容に関する資料を利用者及びその家族の求めに応じて開示・閲覧することができます。

　（２）利用申込者の判断能力が充分でない場合や何らかの理由で署名できない場合には、家族・代理人・成年後見人等との契約又は第三者の立ち合いを求めます。

　（３）事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、性的な言動又は優越的な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が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ずるものとします。

指定介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所　　徳島県三好市井川町吉岡１２７-２

健生西部診療所

説明者　　 　　　　 　印

私は、本書面により、事業所から指定介護予防通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、同意しました。

　　　年　　　月　　　日

利用者　住　所

氏　名 　　　 　　　　　印

代理人　住　所

氏　名 　　　 　　　　　印

続　柄

署名代行の理由

上記の内容にて双方で確認をし、本書2通作成し、利用者・事業所が1通ずつ保有するものとします。

**個人情報の使用に係る同意書**

　私及び家族は、健生西部診療所が、私及び家族の個人情報を下記の使用目的の範囲内で取得、使用及び介護サービス事業者等第三者に提供することに同意します。

　1.　使用期間

　　　　介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

　2.　使用目的と情報を提供できる第三者の範囲

　　　（1）介護サービス計画等を作成するため

　　　（2）サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス計画担当者に対する照会（依頼）のため

　　　 （3）医療機関、居宅支援事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため

　　　（4）健康状態の急な変化など主治医の意見を求める必要のある場合

　　　（5）事業者内外のケアカンファレンス（支援方法の検討会議）のため

　　　（6）適切な介護サービスを提供する上で、必要不可欠な場合

　　　（7）緊急を要する時の連絡等の場合

　　　（8）施設便りなど広報紙への掲載

※（□可　□写真のみ可　□名前のみ可　□不可）

　　　 （9）当法人ホームページへの掲載

※（□可　□写真のみ可　□名前のみ可　□不可）

※ いずれかにレ（チェック）をつけてください。

3.　使用条件

　　　　個人情報の使用については、必要最小限の範囲内とし、個人情報の提供にあたっては関

係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。また、サービス利用に関わ

る契約の締結からサービス終了後においても第三者に漏らさないこと。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　日

利用者　　　氏名

家族代表　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係（　　　　　　）

署名代行人　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係（　　　　　　）

署名代行の理由