

# 重要事項説明書

## 介護老人保健施設エメロードてだこ苑 (通所リハビリテーション)

当事業所は、ご契約戴いた利用者に対して介護保険法による指定通所リハビリテーションサービスを提供します。

事業所の概要、提供されるサービス内容及び利用料等について次の通り説明します。

### 1. 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設エメロードてだこ苑 (通所リハビリテーション)
所在地	沖縄県浦添市牧港3丁目1番1号
電話番号	098-873-0717
管理者名	比嘉富貴
指定番号	4770800300

### 2. 運営方針

- 指定通所リハビリテーションのサービスの提供に当たっては、医師の指示の下通所リハビリテーション計画に基づき、常に利用者の病状や心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者一人ひとりに対して適切なサービスを提供します。
- リハビリテーションサービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者及びその家族に対し、わかりやすく的確な指導、説明、家族会を開催するなど事業所と利用者、その家族が一体となったサービスを提供します。
- 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又は代理人の了解を得ることとする。

### 3. 営業日及び営業時間

営業日	日曜日・元日を除く毎日（祝祭日も営業）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分又は10時30分～午後3時45分（1日利用） 午前9時30分～午後1時15分（半日利用／昼食あり） 午後1時15分～午後3時45分（半日利用） *昼食無しの場合、終了時間12時

#### 4. 提供するサービス

- 1 医学的管理、健康チェック
- 2 機能訓練サービス（集団・個別リハビリ、レクリエーション、物理療法）
- 3 食事提供サービス
- 4 入浴サービス
- 5 送迎サービス
- 6 相談援助サービス

5. 利用定員 50名（介護予防給付利用者も含む）

#### 6. サービスの実施地域

浦添市・那覇市・宜野湾市・西原町

#### 7. 職員の配置状況

職 種	員 数
医 師	1名（常勤専従）
理学療法士	4名（常勤専従3名、非常勤1名）
看 護 師	1名（常勤専従）
介 護 職 員	11名（常勤専従6名、非常勤5名）

#### 8. 利用内容・利用料金（1割負担額）

提 供 時 間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2時間以上3時間未満 (9:30~12:00) (13:15~15:45)	383円	439円	498円	555円	612円
3時間以上4時間未満 (9:30~13:15)	486円	565円	643円	743円	842円
5時間以上6時間未満 (10:30~15:45)	622円	738円	852円	987円	1,120円
6時間以上7時間未満 (9:30~15:45)	715円	850円	981円	1,137円	1,290円

#### \*各種加算と算定要件

加 算 内 容	1割負担額	算 定 要 件
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日	・退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合 (*リハビリテーションマネジメント加算(I)から(IV)までのいずれかを算定している)

<p>リハビリテーション提供体制加算</p>	<p>12 円/回 (3 時間以上 4 時間未満)  16 円/回 (4 時間以上 5 時間未満)  20 円/回 (5 時間以上 6 時間未満)  24 円/回 (6 時間以上 7 時間未満)</p>	<p>・指定通所リハビリテーション事業所において、常時、配置されている P T、O T 又は S T が利用者 2 5 名又はその端数を増すごとに 1 以上であること</p>
<p>リハビリテーションマネジメント加算 (イ)</p>	<p>560 円/月 (6 月以内)  240 円/月 (6 月以降)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーション会議を開催し、利用者の助教等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。</li> <li>・リハビリテーション計画について医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告すること。</li> <li>・計画書の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して 6 月以内は 1 月に 1 回以上、6 月以降は 3 月に 1 回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じリハビリテーション計画を見直すこと。</li> <li>・介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立の為に必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと</li> <li>・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、その家族や他事業所の職員に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと</li> </ul>
<p>リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)</p>	<p>593 円/月 (6 月以内)  273 円/月 (6 月以降)</p>	<p>上記 (イ) の算定要件に加えて利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること</p>
<p>入浴介助加算 (I)</p>	<p>40 円/1 回</p>	<p>入浴介助を行った場合</p>
<p>サービス提供体制強化加算 (I)</p>	<p>22 円/1 日</p>	<p>①②のいずれかに該当。①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 100 分の 70 以上であること。②介護職員のうち、勤続年数 10 年以上介護福祉士の占める割合が 100 分の</p>

		25 以上であること。
介護職員等処遇改善加算 (I)	*介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に 8.6%を乗じる	
送迎減算	利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合。片道 47 単位を減算。	

- 1 指定通所リハビリテーションサービスを提供して際の利用料は、厚生労働大臣の定める上記の金額とし、その提供したサービスが法定代理受領サービスに該当する場合には、利用料のうち各利用者様の負担割合に応じた額となります。
- 2 前項の利用料金の他、次に掲げる費用の額が利用者負担となります。

食 事 代	定額 550 円／昼食（一食当たり）
-------	--------------------

- 3 前2項に掲げる費用の支払いは、1ヶ月分を事業所の指定する期日に利用者様の指定された銀行口座より引き落とし致します。

（現金でのお支払いをご希望なされる場合は、その旨お申し出下さい）

## 9. 事故発生時の対応

サービスの提供時に利用者様に事故が発生した場合には、関係市町村に連絡すると共に利用者の主治医又は当事業所の協力医療機関へ連絡を行い、医師の指示に従い対応します。

また、当該事故により利用者に対し賠償すべき事由が生じた場合には、事実関係の確認の後、速やかに必要な損害賠償を行います。

## 10. 非常災害対策

非常災害対策として、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための防災計画を策定するとともに、非難、救出訓練を行うなどして利用者の安全を図ります。

消火器や消化用水等の消火設備、非常口や非常ベル等の非難設備や警報設備を常に整備し、非常時に対応できるようにします。

## 11. 秘密保持と個人情報の保護

- 1, 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、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。その秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

- 2, 個人情報の保護について

事業者は、利用者ご本人からあらかじめ文書で同意を得られない場合又は同意確認者の確認がない場合は、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ぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限りサービス担当者会議での利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

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者については、善良な管理者の注意を持って管理し、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。

## 12. 情報開示

当事業所は、利用者の求めに従って、利用者ご自身に関する情報（ご利用者記録、サービス提供

記録、その他)を開示しております。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、書面にてご本人様のご了解を得てからになります。あらかじめご了承ください。

### 13. サービス内容に関する苦情等

利用者様からの苦情に対しては、担当者を置いて対応しますので、職員の対応やサービスの内容等につきまして不満、苦情等ございましたら遠慮なく担当者までお申し下さい。利用者様の苦情につきまして、直ちに担当者が利用者又は家族と連絡を取り、詳しい事情を聴き、事実関係を行った後、スタッフ会議にて対応を検討し、できるだけ速やかに利用者の不満を解消し、ご満足頂けるサービスを提供できるよう努めます。

#### 1 (エメロードてだこ苑 デイケア 相談・苦情申立窓口)

担当者	中村 由希子
電話番号	098-873-0717/098-894-7188(直)
F A X 番号	098-873-0715
利用時間	午前 9 時から午後 5 時 (但し、日曜日・元日を除く)

#### 2 国保連介護サービス苦情処理相談窓口

住 所：那覇市西 3-14-18

電話番号：098 - 860 - 9026 F A X 番号：098 - 860 - 9026

受付時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 (但し、12/31～1/3 を除く)

#### 3 市町村相談・苦情窓口

##### ① 浦添市介護保険課

住 所：〒901-2501 浦添市安波茶 1-1-1

電話番号：098-876-1234 F A X 番号：098-876-8585

受付時間：月～金曜日 午前 9 時～午後 5 時

##### ② 那覇市ちゃーがんじゅう課

住 所：〒900-0021 那覇市泉崎 1-1-1

電話番号：098-862-9010 F A X 番号：098-862-9648

受付時間：月～金曜日 午前 9 時～午後 5 時

##### ③ 宜野湾市介護長寿課

住 所：〒901-2203 宜野湾市野嵩 1-1-1

電話番号：098893-4411 F A X 番号：896-2031

受付時間：月～金曜日 午前 9 時～午後 5 時

##### ④ 西原町福祉部健康支援課

住 所：〒903-0220 西原町字与那城 140-1

電話番号：098-945-4791 F A X 番号：098-944-6551

受付時間：月～金曜日 午前 9 時～午後 5 時

## 説明事項確認書

令和 年 月 日

私は、本書面により、通所リハビリテーションサービス事業者から「重要事項説明書」の説明を受けサービス提供開始に同意し、「重要事項説明書」（ご本人様控え）を受領しました。

ご利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

ご利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項説明書」を説明交付し、「重要事項説明書」（事業所控え）を受領しました。

所在地 沖縄県浦添市牧港3丁目1番1号

法人名 医療法人 博心会

管理者 比嘉 富貴

事業所名 エメロードてだこ苑通所リハビリテーション

電話番号 873-0717 FAX番号 873-0715

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 個人情報の利用目的

介護老人保健施設エメロードてだこ苑では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報につきまして、利用目的を以下の通り定めます。

### 【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]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者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
  - 当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業所等への情報提供を伴う利用目的]

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - 利用者に在宅サービスを提供する他の在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
  - 利用者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - 家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
  - 保険事務の委託
  - 審査支払い機関へのレセプト提出
  - 審査支払い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

### 【上記以外での使用目的】

[当施設の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維持・改善のための基礎資料
  - 当施設において行われる学生の実習への協力
  - 当施設において行われる事例研究

[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

## 個人情報提供同意書

通所サービスを利用する上で必要があるときは、居宅支援事業所及び医療機関、その他介護保険施設等へ資料として必要情報を提供する事に同意します。

令和 年 月 日

利用者様

氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所： \_\_\_\_\_

ご家族様又は立会人

氏名： \_\_\_\_\_ 印 続柄： ( \_\_\_\_\_ )

住所： \_\_\_\_\_

事業所：医療法人 博心会  
エメロードてだこ苑  
通所リハビリテーション  
浦添市牧港3丁目1番1号  
電話：098-873-0717