

重要事項説明書

介護老人保健施設エメロードてだこ苑 (介護予防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介護予防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の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 (介護予防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

- 指定介護予防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、通所介護予防リハビリテーション計画に基づき、理学療法・作業療法・言語療法その他必要なリハビリを行い利用者の心身・機能の維持回復を図り可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう在宅ケアの支援に努める。
- 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、療養上必要な事項についてわかりやすく的確な指導、説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- 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・元旦を除く毎日（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	(1日型・半日型) 午前9時30分又は10時30分～午後3時45分 <u>午前9時30分～午後1時15分（昼食無しの場合12時終了）</u> <u>午後1時15分～午後3時45分</u>

4. 提供するサービス

- 1 健康チェック
- 2 集団リハビリテーション
- 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2名、非常勤1名、常勤兼務3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）

要支援区分	1割負担額（1月）	12ヶ月後
要 支 援 1	2,268円	2,148円
要 支 援 2	4,228円	3,988円

加算・減算内容	1割負担額（1月）	算 定 要 件
予防リハサービス提供体制加算（I）	要支援1 88円／月	（I）①②のいずれかに該当。①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上
	要支援2 176円／月	
予防通所リハ12月超減算 （利用を開始した日の属する	要支援1 120円／月	以下の要件を満たしていない場合 ・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有

月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合)	要支援 2 240 円/月	し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直していること。 ・利用者ごと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あつて、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為に必要な情報を活用していること。 (*算定要件を満たした場合は減算無し)
予防通所リハ介護職員等处遇改善加算 (I)	*介護職員等处遇改善加算を除く加算減算後の総報酬単位数に 8.6%を乗じる	

- 1 指定介護予防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 送迎は、基本金額に含まれています。
- 3 提供時間につきましては、ご利用者様とご家族様に選択していただきます。ただし、地域や送迎のコースによりましてはご相談する場合がありますのでご協力宜しくお願いします。
- 4 月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっても原則として上記料金となります。ただし、下記の (1) ~ (2) にあたる場合は日割り計算となります。
 - (1) 月途中に要介護 (1~5) から要支援 (1~2) の状態となった場合
 - (2) 月途中に要支援 (1~2) から要介護 (1~5) の状態となった場合
- 5 前項の利用料の他、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)
-------	---------------------

- 6 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又は振込みも可能です)

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. 秘密保持等と個人情報の保護

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え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、契約が終了後又は、退職後も継続します。

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ん。又、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ん。

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)
FAX番号	098-873-0715
利用時間	午前9：30～午後5：00（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 FAX番号：098-860-9026

受付時間：午前8時～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 FAX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〜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：098-893-4411 F A X：098-896-2031

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 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、介護予防通所リハビリテーション事業者から「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

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印

介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、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
施設長	比嘉 富貴
事業所名	エメロードてだこ苑 介護予防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

重要事項説明書

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
介護予防通所リハビリテーション
浦添市牧港3丁目1番1号
TEL：098-873-0717