

## 重要事項説明書

### (通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション)

令和6年8月1日改定

当事業所は御契約者に対して通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスを提供いたします。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上注意いただきたいことを次の通り説明します。

\*当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

#### 1. 運営規程の概要

(施設の目的及び運営の方針)

- (1) 当事業所は、介護サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、サービス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ことができるようにすることとともに、居宅における生活への復帰を目指します。
- (2) 当事業所は、サービス利用者の意志及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って通所リハビリテーションサービスを提供するように努めます。
- (3) 当事業所は、利用者のプライバシーに配慮しながら明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保健施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(非常災害対策)

当施設は災害防止とサービス利用者の安全を図るため、防災に関する規程に基づき、防火管理者及び消防計画を定め、常にサービス利用者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備えるため、所轄消防機関と連絡を密にして、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っております。

(事故発生時の対応)

- (1) サービス利用者に対する通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにサービス利用者の家族、保健所、市町村等関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 損害賠償保険に加入し、サービス利用者に対する通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション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、損害賠償を速やかに行います。

(3) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

## 2. 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 福田病院
代表者氏名	理事長 土田 勇
所在地・連絡先 電話番号 FAX	福岡県大川市大字向島1717-3 0944-87-5757 0944-87-8627

## 3. 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	介護老人保健施設 ハッピーライフ
所在地・連絡先 電話番号 FAX番号	福岡県大川市大字向島1555-1 0944-88-2803 0944-88-2807
事業所番号	4052580083
管理者の氏名	土田 勇
利用定員	60名

### (2) 施設の概要

介護老人保健施設「ハッピーライフ」敷地		2907.20㎡
建物	構造	鉄骨
	延床面積	4940.55㎡

### (3) 主な設備

設備の種類	数	面積
診察室	1箇所	16.49㎡
機能訓練室	1箇所	280.08㎡
食堂	2箇所	458.13㎡
一般浴室	2箇所	150.24㎡
機械浴室	特殊浴槽2台	80.62㎡
調理室	1箇所	161.69㎡
デイルーム	4階 2箇所	4階138.99㎡
理容室	4階 1箇所	16.87㎡

(4) 職員体制（常に指定基準以上を配置する）

RI. 10. 1 現在

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1		1				医師	
副施設長								
医師	1	1			1	1	医師	
看護職員	2			2	1. 2		准看護師 2	
介護職員	11	9		2	10	6	介護福祉士 8	
支援相談員	1	1			1	1	社会福祉士等	
理学療法士または作業療法士	5		4		1	2. 2	PT 2 OT 3	
栄養士	1	1					管理栄養士 1	
介護支援専門員	2	2			2	1	ケアマネジャー 2	
事務員	2	2			2			

(5) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休 暇
施設長	正規の勤務（ 8：30～17：30）	4週8休
医師	正規の勤務（ 8：30～17：30）	4週8休
看護職員	日 勤（ 8：30～17：30）	4週8休
介護職員	日 勤（ 8：30～17：30）	4週8休
支援相談員	正規の勤務（ 8：30～17：30）	4週8休
理学療法士または作業療法士	正規の勤務（ 8：30～17：30）	4週8休
管理栄養士	正規の勤務（ 8：30～17：30）	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務（ 8：30～17：30）	4週8休
事務員	正規の勤務（ 8：30～17：30）	4週8休

(6) 事業の実施地域

事業の実施地域	福岡県	大川市、柳川市、久留米市城島町、大木町の一部
	佐賀県	佐賀市諸富町の一部

(7) 営業日

営業日	営業時間
(月)～(土)	8：30～17：30

#### 4. サービス内容と利用料

##### (1) 介護保険給付、介護予防給付によるサービス

サービスの種別	内 容
入 浴	プライバシーに配慮した入浴又を行います。 寝たきり等で座位の取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。
排 せ つ	利用者の状況に応じてプライバシーに配慮した適切な排せつ介助を行うと共に、排せつの自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	理学療法、作業療法、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健 康 チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います（ご自宅以外への送迎は介護保険で禁止されていますのでご了承下さい）。 送迎サービスの利用は任意です。

【料金表】通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション共に別紙料金表をご参照下さい。

○ 通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション共に通所サービス費の1割または2割、3割(負担割合証等に記載された割合)を負担していただきます。

○通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション共に各種加算料金の1割または2割、3割(負担割合証等に記載された割合)を負担していただきます。

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、サービス利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、サービス利用者は料金表の利用料金全額をお支払ください。

##### (2) 介護保険給付、介護予防給付対象外サービス

○ 食費(昼食代、おやつ代)

栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○ その他の費用

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、サービス利用者に負担させることが適当と認められる費用は、サービス利用者の負担となります。

※領収書の再発行をご希望の場合は実費相当を負担して頂きます。

### (3) 利用料等のお支払方法

毎月、1ヶ月ごとに算定された利用者負担額を翌月10日以降に請求いたしますのでお支払ください。

### (4) 利用の中止・変更・追加

- ・ 利用予定日の前に、サービス利用者の都合により、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。実施日の前日までに事業所へお申出ください。
- ・ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況によりサービス利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をサービス利用者に提示して協議いたします。

### 5. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

- ・ 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ・ 施設内禁煙。
- ・ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・ 衛生上の問題もあり、利用時の施設への飲食物の持ち込みはご遠慮頂いております。
- ・ 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

### 6. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、苦情相談窓口までお気軽にご相談ください。また、電話・ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。

(苦情処理の体制)

(1) 苦情解決責任者： 大川市大字向島1555-1

介護老人保健施設 ハッピーライフ

(介護課長) 平田 博

電 話 0944-88-2803

(2) 苦情受付担当者： 介護老人保健施設 ハッピーライフ

担当職員 担当の介護支援専門員、各部署の所属長、各職員

(3) 担 当 委 員 会： 介護老人保健施設 ハッピーライフ サービス向上委員会

#### (4) 苦情解決の方法

##### 1) 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面提出、意見箱等により苦情受付担当者が随時受け付けます。弱者保護、権利擁護、秘密厳守をもって苦情の処理受付を行います。

##### 2) 苦情の報告・確認

苦情受付担当者は受け付けた苦情を苦情解決責任者と担当委員会に報告いたします。担当委員会は内容を確認し、報告を受けた旨を苦情申出人へ通知します。担当委員会にて解決策を検討し、その経過を苦情申出人へ報告致します。

##### 3) 苦情解決の為の話し合い

担当委員会にて解決策が話し合いの必要な場合や苦情申出人が担当委員会の解決策に納得いかない場合については、苦情解決責任者が苦情申出人と誠意を持って解決の話し合いを行います。その際、両者の合意に基づき、中立的立場である居宅介護支援事業者や第三者の立会い・助言を申し出ることもできます。

#### (5) 当事業所で解決できない場合

下記の団体に苦情を申し出ることができます（保険者、公的団体の窓口）。

大川市健康課介護保険係	福岡県大川市大字酒見256番1	TEL:0944-85-5522 FAX:0944-86-8485
福岡県国民健康保険団体連合会 「介護サービス相談窓口」	福岡県福岡市博多区吉塚町13番地47号	TEL:092-642-7859 FAX:092-642-7856
福岡県社会福祉協議会相談課 「運営適正化委員会」	福岡県春日市原町3丁目1-7	TEL:092-584-3377 FAX:092-584-3369
柳川市福祉課高齢者福祉係	福岡県柳川市本町87番地1	TEL:0944-77-8516 FAX:0944-74-1374
大木町福祉課福祉係	福岡県三潴郡大木町大字八町牟田255-1	TEL:0944-32-1060 FAX:0944-32-1054
佐賀市諸富支所保健福祉課 社会福祉係	佐賀県佐賀市諸富町大字諸富津1番地2	TEL:0952-47-4890 FAX:0952-47-5736
城島総合支所市民福祉課	久留米市城島町檜津743-2	<a href="tel:0942-62-2112">TEL:0942-62-2112</a> FAX:0942-62-3732

## 7. ハラスメント

事業者は、介護現場で働く職員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向け取り組みます。

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。
  1. 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
  2. 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
  3. 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
 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご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、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しない為の再発防止策を検討します。
3. 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。  
また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場における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、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 8. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「介護老人保健施設ハッピーライフ 消防計画」にのっとり対応を行います。																														
平常時の訓練	別途定める「介護老人保健施設ハッピーライフ 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。																														
防災設備	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">スプリンクラー…</td> <td style="width: 10%;">有</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>避難階段…</td> <td>有</td> <td>2箇所</td> </tr> <tr> <td>自動火災報知器…</td> <td>有</td> <td></td> </tr> <tr> <td>誘導灯…</td> <td>有</td> <td>50箇所</td> </tr> <tr> <td>ガス漏れ報知器…</td> <td>有</td> <td></td> </tr> <tr> <td>防火扉・シャッター…</td> <td>有</td> <td>8箇所</td> </tr> <tr> <td>屋内消火栓…</td> <td>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常通報装置…</td> <td>有</td> <td></td> </tr> <tr> <td>漏電火災報知器…</td> <td>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常用電源…</td> <td>無</td> <td></td> </tr> </table> カーテンブラインド等は、防災性能のあるものを使用しております。	スプリンクラー…	有		避難階段…	有	2箇所	自動火災報知器…	有		誘導灯…	有	50箇所	ガス漏れ報知器…	有		防火扉・シャッター…	有	8箇所	屋内消火栓…	無		非常通報装置…	有		漏電火災報知器…	無		非常用電源…	無	
スプリンクラー…	有																														
避難階段…	有	2箇所																													
自動火災報知器…	有																														
誘導灯…	有	50箇所																													
ガス漏れ報知器…	有																														
防火扉・シャッター…	有	8箇所																													
屋内消火栓…	無																														
非常通報装置…	有																														
漏電火災報知器…	無																														
非常用電源…	無																														
消防計画等	大川消防署への届出日 令和5年1月1日 防火管理者 中島 大佑																														

重要事項説明の年月日

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

上記内容について利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	福岡県大川市向島1555-1
	法人名	医療法人 福田病院
	代表者名	施設長 土田 勇
	事業者名	介護老人保健施設 ハッピーライフ
	説明者名	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 (続柄 )

## 当施設における個人情報の利用目的

- サービス提供
  - 当施設での介護保険サービスの提供
  - 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
  - 他の介護サービス事業所等からの照会への回答
  - 御利用者様の介護保険サービス利用のため、医師等の意見・助言を求める場合
  - ご家族等へのサービス利用計画内容の説明
  - その他、御利用者様への介護サービス計画提供に関する利用
- 介護保険請求のための事務
  - 当施設での介護保険・公費負担請求に関する事務
  - 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
  - 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
  - 介護、およびその他の公費負担に関する請求のための利用
- 当施設の管理運営業務
  - 会計・経理
  - 介護サービス事故等の報告
  - 当該ご利用者様への介護サービス提供の向上
  - その他、当施設の管理運営業務に関する利用
- 賠償責任保険などに係る、介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- 介護サービス利用計画や業務の維持・改善のための基礎資料
- 関連事業所内において行われる医療実習等への協力
- 介護サービスの質の向上を目的とした当施設内外での事例研究
- 外部監査機関への情報提供

### ご希望の確認と変更

- 身体上または宗教上の理由等で、サービス利用等に関して特別の制限やご希望がある方はお申し出下さい。
- 一度出されたご希望を、いつでも変更することが可能です。お気軽にお申し出下さい。

### 相談窓口

- ご質問やご相談は支援相談員、又は介護支援専門員(ケアマネージャー)をご利用下さい。

---

## 同意書

当施設の利用者である 様介護保険サービス利用にあたり、上記の内容でサービス担当者会議等の場に於いて、本人及びご家族様の個人の情報を提供することに同意いたします。

年 月 日

利用者様 \_\_\_\_\_ 印

ご家族様 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)