

重要事項説明書
(介護予防) 通所リハビリテーションサービス

1.	事業者の概要	P 1
2.	ご利用事業所	P 1
3.	ご利用事業所であわせて実施する事業	P 1
4.	事業の目的と運営の方針	P 2
5.	事業所の概要	P 3
6.	職員体制	P 3
7.	職員の勤務体制	P 4
8.	営業日及び営業時間	P 4
9.	送迎の範囲（事業実施区域）	P 4
10.	（介護予防）通所リハビリテーションサービスの概要	P 4
11.	（介護予防）通所リハビリテーションサービスの利用料	P 5～1 0
12.	キャンセル料	P 1 0～1 1
13.	利用料のお支払方法	P 1 1
14.	契約の終了・解除について	P 1 1～1 2
15.	家族代表者	P 1 2
16.	衛生管理等	P 1 2～1 3
17.	業務継続計画の策定等について	P 1 3
18.	虐待防止について	P 1 3
19.	身体拘束について	P 1 3～1 4
20.	利用時に必要な物品について	P 1 4
21.	苦情等申立の窓口	P 1 4～1 5
22.	緊急時、事故発生時の対応方法	P 1 5
23.	非常災害時の対策	P 1 5
24.	協力医療機関	P 1 5
25.	協力歯科医療機関	P 1 6
26.	当事業所利用の際にご留意いただく点	P 1 6
27.	損害賠償について	P 1 6
28.	運営指導・第三者評価の実施状況	P 1 7
29.	個人情報の利用目的について	P 1 7～1 8
30.	通所リハビリテーション利用に関する同意書	P 1 9
31.	ご利用の際のリスクについての説明書	P 2 0～2 1
32.	附則	P 2 1
33.	利用時連絡先 一覧表	P 2 2

令和 年 月 日

重要事項説明書

(通所リハビリテーション事業所・予防介護通所リハビリテーション事業所)

あなたに対する指定介護予防通所リハビリテーション、通所リハビリテーションのサービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令第37号8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

- (1) 事業者の名称 医療法人社団 映寿会
- (2) 主たる事務所の所在地 石川県金沢市鞍月東1丁目8番地
- (3) 法人種別 医療法人
- (4) 代表者の氏名 理事長 北元 喜洋
- (5) 電話番号 (076) 237-8000

2. ご利用事業所

- (1) 事業所の名称 みらいのさと太陽通所リハビリテーション事業所
介護予防通所リハビリテーション事業所
- (2) 事業所の所在地 石川県金沢市鞍月東1丁目17番地
- (3) 介護保険指定番号 石川県第1750180067号
- (4) 管理者（施設長） 北元 喜洋
- (5) 利用定員 35名／日
- (6) 電話番号 (076) 237-2821
- (7) FAX 番号 (076) 237-2832

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	石川県知事の指定年月日	指定番号	利用定員
介護老人保健施設	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	100名
短期入所療養介護	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	空床利用
通所リハビリテーション	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	35名
介護予防通所リハビリテーション	平成12年4月1日	石川県第1750180067号	
居宅介護支援事業所	平成12年4月1日	石川県第1700100082号	
訪問リハビリテーション	令和3年4月1日	石川県第1750180067号	

4. 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

「みらいのさと太陽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）事業所」（以下「事業所」とする。）は、要支援・要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、理学療法、作業療法その他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。

(2) 運営方針

- ①利用者及び家族の希望を把握して作成された通所・介護予防通所リハビリテーション計画書に基づいたサービスを行うことにより、利用者が継続して在宅生活が送れるように援助を行う。
- ②利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって介護保健サービスの提供に努める。
- ③明るく健康的な雰囲気有し、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を行う。

(3) サービスの提供について

- ①サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- ②利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- ③利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「通所リハビリテーション計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- ④サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行います。なお、「通所リハビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- ⑤通所リハビリテーション従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

5. 事業所の概要

敷 地		2, 9 0 4. 3 2 m ²
建 物	構造	鉄筋コンクリート3階建て（建築面積1, 5 7 6. 4 1 m ² ） 耐火構造
	延床面積	4, 0 2 3. 1 0 m ²

(1) 主な設備

施設の種類	数	面積 (m ²)	設 備 等
通所者用デイルーム	1	115.06	ソファ、テーブル、テレビ
診 察 室	1	18.6	診察台、血圧計、体重計、薬品庫
機 能 訓 練 室	1	164.67	移動式平行棒、マットプラットホーム
一 般 浴 室	1	53.60	シャワー設備、昇温設備、ろ過設備
器 械 浴 室	1	53.40	シャワー設備、電動昇降浴槽、ストレッチャー
レクリエーションルーム	1	15.80	ソファ、新聞
ト イ レ	9	147.73	車いすトイレ含む (1階 33.19 m ² 2階 53.97 m ² 3階 60.57 m ²)
調 理 室	1	92.60	食器消毒保管庫、冷蔵冷凍庫、食品庫
家 族 介 護 教 室	1	13.80	ベッド
理 容 室	1	13.04	洗髪台、椅子

6. 職員体制（職員の配置については、指定基準を遵守しています。）（令和6年4月1日現在）

従業者の職種	員数	区 分				常勤換算 後の員数	保有資格 (主なもの)
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1	
医師	1		1			1	医師免許
管理栄養士	2		2			2	管理栄養士
看護職員	2	2				2	正看護師 2 名
介護職員	9	6		3		7.8	介護福祉士 9 名
リハビリ職員	4	4				4	理学療法士 4 名
事務職員	5		4.7			4.7	

7. 職員の勤務体制

職 種	勤務体制	休暇等
管理者	8:30～17:30	休暇 月9日間（うるう年以外の2月は8日）
医師	8:30～17:30	休暇 月9日間（うるう年以外の2月は8日）
通所リハビリ テーション科	日勤 8:15～17:15 半日勤 9:00～13:00 〃 13:00～17:00	休暇 月9日間（うるう年以外の2月は8日）
支援相談員	8:30～17:30	休暇 月9日間（うるう年以外の2月は8日）
リハビリ職員	8:30～17:30	休暇 月9日間（うるう年以外の2月は8日）
事務職員	8:30～17:30	休暇 月9日間（うるう年以外の2月は8日）

8. 営業日及び営業時間

営 業 日	毎週月曜日～土曜日 （12/30～1/3の期間を除く）
営 業 時 間	8：30～17：30（時間外のご利用についてはご相談に応じます）

9. 送迎の範囲（事業実施区域）

利用者の居宅まで送迎を行うことのできる範囲は、金沢市内とさせていただきます。

10. （介護予防）通所リハビリテーションサービスの概要

サービスの種別	内 容
食 事	○食事時間 昼食 12：00～13：00 おやつ 14：30～15：00 ○食事場所等 ・原則として食堂でお召し上がりください。 ・食べられない物やアレルギーがある方は事前に職員にお知らせ下さい。 ・給茶機もあります。ご自由にお飲みください。
医療・看護	○利用者の病状に合わせた医療・看護を提供します。 ○医師が適宜診察致しますので、看護師等にお申し付けください。ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、かかりつけ医、又は医療機関での治療となります。
機能訓練	○リハビリ職員による機能訓練を、個別のリハビリテーション計画書に基づいて行います。 ○リハビリ室での機能訓練とあわせて、施設内における全ての活動が機能回復を目的としています。

排 泄	○洋式トイレ、車イス用トイレを用意しております。介助が必要な場合やおむつを使用の場合は、介助毎に状況を記録しております。
入浴・清拭	○チェアバス又は器械浴をご利用いただきます。 ○その他状況に応じて全身又は部分清拭を行います。
着替え・整容	○整容のお手伝いをさせていただきますので、爪切りやブラシかけ等、お気軽にお申し付けください。
相談援助	○常時、ご利用者及びご家族からの介護保険や介護に関するご相談に応じます。

※ どんな事でもお気軽にお申し付けください。

11. (介護予防) 通所リハビリテーションサービスの利用料

(1) 通所リハビリテーション【通常規模型通所リハビリテーション費】

介護保険給付サービス利用料金（介護保険自己負担額）

サービス内容 \ 要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
所要時間（1～2時間）	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
〃（2～3時間）	383 単位	439 単位	498 単位	555 単位	612 単位
〃（3～4時間）	486 単位	565 単位	643 単位	743 単位	842 単位
〃（4～5時間）	553 単位	642 単位	730 単位	844 単位	957 単位
〃（5～6時間）	622 単位	738 単位	852 単位	987 単位	1,120 単位
〃（6～7時間）	715 単位	850 単位	981 単位	1,137 単位	1,290 単位
〃（7～8時間）	762 単位	903 単位	1,046 単位	1,215 単位	1,379 単位
利用前後を通算して 日常生活上の サービスを実施した場合	前後通算 8 時間以上 9 時間未満：50 単位 前後通算 9 時間以上 10 時間未満：100 単位 前後通算 10 時間以上 11 時間未満：150 単位 前後通算 11 時間以上 12 時間未満：200 単位 前後通算 12 時間以上 13 時間未満：250 単位 前後通算 13 時間以上 14 時間未満：300 単位				
リハビリテーション 提供体制加算	所要時間（3～4時間） 12 単位： 〃（4～5時間） 16 単位： 〃（5～6時間） 20 単位： 〃（6～7時間） 24 単位： 〃（7時間以上） 28 単位：	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が基準以上配置されている場合。			
入浴介助加算(I)	40 単位：	チェアバス・器械浴に入浴（介助）をした場合。			
入浴介助加算(II)	60 単位：	居室の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画書を作成し、その計画書に基づき、居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行なった場合。			

リハビリテーション マネジメント加算（イ）		560 単位： （6 月以内） 240 単位： （6 月超）	医師又は医師の説明を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が通所リハビリテーション計画説明を利用者又は家族に対して行い、利用者の同意を得た場合。
リハビリテーション マネジメント加算（ロ）		593 単位： （6 月以内） 273 単位： （6 月超）	上記の他、ご利用者ごとのリハビリテーション計画書の内容等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場合。
※		270 単位 追加加算	上記に加えて医師が利用者又はその家族に説明した場合
リハビリテーション マネジメント加算（ハ）		793 単位： （6 月以内） 473 単位： （6 月超）	上記（ロ）の要件を満たしていること。事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置していること。利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること。利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。
退院時共同指導加算		600 単位/回	利用者又はその家族に対し、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行いその内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させること。
リ ハ マ	短期集中個別 リハビリテーション実施加算 （3 月以内）	110 単位：	退所・退院又は認定日より 1 月以内の期間に理学療法士等による個別的なリハビリテーションを行った場合。（日）

ネ 加 算 要	生活行為向上 リハビリテーション実施加算	1,250 単位： (6 月以内)	生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されている事。 また、目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたりハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。 また、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が居宅を訪問生活行為に関する評価を概ね 1 月に 1 回以上実施すること。
	生活行為向上リハビリテーション実施加算の実施後に通所リハビリテーションを継続した場合の減算		加算算定の為のリハビリテーション実施計画書の期間中に、通所リハビリテーションの提供を終了した日の属する月の翌月から 6 月以内の期間に限り、同一の利用者に対して、通所リハビリテーションを行った場合には 1 日につき所定単位数の 100 分の 15 に相当する単位数を所定単位数から減算する。
	重度療養管理加算	100 単位：	医学的管理を必要としている重度（通所リハビリテーションにおいては要介護 3、4、5）の利用者に対して、計画的に経腸栄養や褥瘡に対する療養上必要な処置等を行っていること。
	中重度者ケア体制加算	20 単位：	指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算法で 1 以上確保していること。前年度又は算定日が属する月の前 3 月間の利用者数の総数のうち、要介護 3 以上の利用者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。
	移行支援加算	12 単位：	評価対象期間の次の年度内に限り 1 日につき 12 単位を所定の単位数に加算する。評価対象期間において通所リハビリテーションの提供を修了した者のうち、通所介護などその他の社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が 100 分の 5 を超えていること。
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 単位：	口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対し歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成・実施、定期的な評価と計画の見直し等を行う場合。
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 単位：	上記の他、口腔機能改善管理指導計画書等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理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場合。(3 月以内月 2 回を限度)

栄養アセスメント加算 科学的介護推進体制加算	50 単位 :	栄養改善が必要な利用者又はそのおそれのある利用者に対し管理栄養士等が栄養アセスメントを実施しその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応した場合。また、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって当該情報その他栄養管理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場合。(月)
	40 単位 :	利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合。また、適切かつ有効なサービス提供に当たり、必要な情報を活用している場合。
送迎を行わない場合		利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 47 単位を所定単位数から減算する。
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22 単位 :	介護職員の総数のうち国家資格である介護福祉士を有する介護職員の占める割合が 70% 以上になる場合。もしくは勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25% になる場合。
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18 単位 :	介護職員の総数のうち国家資格である介護福祉士を有する介護職員の占める割合が 60% 以上になる場合。
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 単位 :	人員基準を満たしたうえで、3 年以上の勤務年数のあるものが 30% 以上配置の場合
介護職員等処遇改善加算		基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、通所リハビリテーションサービスを行った場合にその介護保険算定分の費用に係るものについてそれぞれ該当する加算を行う。 (Ⅰ) 1000 分の 86 (Ⅱ) 1000 分の 83 (Ⅲ) 1000 分の 66 (Ⅳ) 1000 分の 53
1 単位の単価		金沢市 (7 級地) 10.17 円

※介護保険の負担により、1 割負担、2 割負担、3 割負担と料金が異なりますので、ご了承ください。

(2) 介護予防通所リハビリテーション

利用費介護保険給付サービス利用料金（介護保険自己負担額）

要支援 1	2,268 単位
要支援 2	4,228 単位

※ 入浴、送迎は基本単価に含まれます。

各種加算（選択サービス）

口腔機能向上加算	150 単位	口腔機能改善のための計画を作成、実施、見直しを行った場合
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1：88 単位 要支援 2：176 単位	介護職員の総数のうち国家資格である介護福祉士を有する介護職員の占める割合が 70%以上になる場合。もしくは勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25%になる場合。
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援 1：72 単位 要支援 2：144 単位	介護職員の総数のうち国家資格である介護福祉士を有する介護職員の占める割合が 60%以上になる場合。
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援 1：24 単位 要支援 2：48 単位	人員基準を満たしたうえで、3 年以上の勤務年数のあるものが 30%以上配置の場合
長期間利用した場合の減算	要支援 1：-120 単位 要支援 2：-240 単位	利用開始日の属する月から 12 月を超える場合は、所定単位数から減算とするが、定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーションの計画を見直し、リハビリテーションのデータを LIFE へ提出し、フィードバック受けて PDCA サイクルを推進する場合は減算を行わないこととする。
科学的介護推進体制加算	40 単位	利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合。また、適切かつ有効なサービス提供に当たり、必要な情報を活用している場合。
介護職員等処遇改善加算	基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施しているものとして都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、通所リハビリテーションサービスを行った場合にその介護保険算定分の費用に係るものについてそれぞれ該当する加算を行う。 (Ⅰ) 1000 分の 86 (Ⅱ) 1000 分の 83 (Ⅲ) 1000 分の 66 (Ⅳ) 1000 分の 53	
1 単位の単価	金沢市（7 級地）10.17 円	

※介護保険の負担により、1 割負担、2 割負担、3 割負担と料金が異なりますので、ご了承ください。

(3) 介護保険給付サービス（個人の希望による）

食費（非課税）	朝食 450 円 昼食 800 円(おやつ含む) 夕食 700 円 ・療養食や個人の好みに対し、できるだけ対応させていただきます。	
特別な送迎（課税）	当事業所の事業実施区域外の方につきましては、実施地域を越えた地点から、1 k mにつき 300 円いただきます。	
理容・美容（非課税）	カット	1,500 円
	カット(バリカン)	1,200 円
	顔そり	1,000 円
	カット+顔そり	2,000 円
	顔そり+フェイシャルマッサージ(女性のみ)	1,500 円
	カット+顔そり+フェイシャルマッサージ(女性のみ)	2,500 円
	シャンプー（カット込み）	2,000 円
	白髪染め	3,500 円
	おしゃれ染め	4,000 円
	部分パーマ	4,000 円
	全体パーマ	5,000 円
理容については、ご希望のメニューをスタッフに申し出て下さい。ご予約をお取りいたします。		
日常生活品費（非課税）	200 円（日） シャンプー、石鹸、ウェットティッシュ、ティッシュペーパー レクリエーションで使用する折り紙、風船、遊具費用 盆踊り、花火大会、文化祭の催しなどの材料・設営代	
おむつ使用料(非課税)	布おむつ 35 円/枚 紙おむつ 平型 100 円/枚 パンツ式 200 円/枚 パット 35 円/枚 リハビリパンツ 220 円/枚	
リハビリ材料費（課税）	毛糸・布等、リハビリに使用した材料費に関しては、実費をご負担いただきます。	
健康管理費	実費 （例）インフルエンザワクチン接種料等	

※1 その他、日常生活に必要な物品につきましては、ご利用者の負担になります。

※2 当施設で対応できる医療・看護は介護保険サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない医療等は他の医療機関による治療をお願いしております。その際は医療保険適用により、別途自己負担していただく場合があります。

12. キャンセル料

○利用予定日の前に、利用者の各種事情により通所・介護予防通所リハビリテーションの利用を中止する場合は、サービス実施日前日までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の前日までにキャンセルの申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等の正式な理由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 80%（自己負担相当額）

13. 利用料のお支払方法

料金・費用は1ヶ月ごとに計算いたします。支払方法は下記のとおりです。

毎月10日に請求書が発行されます。

① 指定口座への振込

「介護老人保健施設 みらいのさと太陽」の指定口座に振り込んでください。なお口座番号については事務員にお尋ね下さい。※振り込み手数料がかかる場合があります。

② 口座振替（自動引き落とし）

所定の用紙に必要事項を記載いただきます。お手続きの関係上初回のお支払いは現金の場合がございます。（押印要）

支払いについてご不明な点や不都合な点があれば、お気軽にお尋ね下さい。

14. 契約の終了・解除について

当施設は、以下の事由があった場合には当施設との契約は終了します。

- ① 通所リハビリテーション利用契約書第2条第1項及び第2項により、契約期間満了日の2週間以上前まで利用者から更新拒絶の申し入れがあり、かつ契約が満了したとき。
- ② 要介護認定により、ご利用者が自立と認定されたとき。
- ③ 利用者の心身の状況において介護保健施設サービス提供の必要性がなくなったとき。
- ④ 利用者が死亡したとき。
- ⑤ 病院又は診療所に入院する必要が生じ、その病院又は診療所において利用者を受け入れる体制が整ったとき。
- ⑥ 他の介護保険施設等への入所が決まり、その施設において利用者を受け入れる体制が整ったとき。

（1）ご利用者からの解約・解除

- ① 利用者及びその家族代表者等は当施設に対し、いつでもこの契約の解除を申し出る事ができます。その場合は3日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。
- ② 当施設が介護保険法等関連諸法令及び契約に定める債務を履行しなかった場合、または不法行為を行った場合には、利用者及びその家族代表者等からの申し入れ時に契約解除となります。

(2) 当施設からの解約・解除

当施設は利用者及びその家族代表者等が以下の内容に該当する場合には、3週間以上の予告期間をもって、この契約の全部又は一部を解除することができます。

- ① 利用者及びその家族代表者等が正当な理由がないままに、利用料その他当施設に対し支払うべき費用を合算して3ヶ月以上滞納し、14日の期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ② 利用者及びその家族代表者等の行為が他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- ③ 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど自殺をするおそれが極めて大きく、当施設において十分な介護をしてもこれを防止できないとき。
- ④ 利用者及びその家族代表者等が法令違反その他重大な秩序破壊行為をし、改善の見込みがないとき。
- ⑤ 利用者及びその家族代表者等が当施設の規則を守っていただけない場合。

15. 家族代表者

契約終結にあたり、家族代表者を定めていただきます。

- ① 家族代表者は原則として、ご家族の方をお願いします。
- ② ご家族がいない場合等は、成年後見人制度を活用し、家族代表者として契約できます。
- ③ 家族代表者の方には以下のことをお願いすることになります。
 - ・緊急時の対応（入退院等の連絡先の役割）
 - ・利用者の関係者間の意見調整（当施設への質問、苦情、具体的要求の調整）
 - ・入所契約終了後の利用者所持品の引き取り
 - ・その他契約に関する一切のこと（その都度当施設より説明いたします。）
 - ・連絡・説明などは、家族代表者に電話又は直接お話をさせていただいております。家族代表者以外の方への連絡等につきましては、原則、家族代表者の方からご説明をお願いしております。

16. 衛生管理等

- (1) 指定通所リハビリテーションの用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、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の防止のための対策を検討する委員会をおおむね1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「感染対策マニュアル」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を実施します。

17. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーション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を実施します。
- (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。

18. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者：みらいのさと太陽 施設長 北元 喜洋
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、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「虐待防止委員会マニュアル」の整備をしています。
- (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) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による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。

19. 身体拘束について

- (1) 事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。
 - ①緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
 - ②非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

- ③一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくな
った場合は、直ちに身体拘束を解きます。
- (2) 身体拘束のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業
者に周知徹底を図っています。
- (3) 身体拘束のための指針「身体拘束防止委員会マニュアル」の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、身体拘束を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・
同居人等）による身体拘束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。

20. 利用時に必要な物品について

利用時に必要な物品については、別紙「(介護予防) 通所リハビリテーション利用時の
持ち物」をご参照ください。なお、以下の点にご留意ください。

- ①個人の持ち物を置いておく場所が限られておりますので、別紙にあるもの以外の持ち
物については職員にご相談ください。
- ②持ち物には全て、消えないように名前をご記入ください。

21. 苦情等申立の窓口

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご意見は、以下の専用窓口で受け付けています。

【当施設の苦情については】

受付窓口(担当者)：通所リハビリテーション科長：谷 慎一

受 付 時 間：毎週月曜日から土曜日 8：30～17：30

連 絡 先：電話 076-237-2821

FAX 076-237-2382

解決方法について：面接、電話、書面等

苦情解決責任者：施設長 北元 喜洋

(2) 行政機関その他苦情受付機関

介護保険に関する苦情や相談については、下記の相談窓口もあります。

石川県健康福祉部長寿社会課	所 在 地： 石川県金沢市鞍月1丁目1番地 電話番号： 076-225-1417 受付時間： 月～金9：00～17：00
金沢市役所介護保険課	所 在 地： 石川県金沢市広坂1丁目1番1号 電話番号： 076-220-2264 受付時間： 月～金9：00～17：45
石川県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所 在 地： 石川県金沢市幸町12番1号 電話番号： 076-231-1110 受付時間： 月～金9：00～17：00

石川県福祉サービス運営適正化委員会	所 在 地： 石川県金沢市本多町3丁目1番10号 （石川県社会福祉協議会会内） 電話番号： 076-234-2556 受付時間： 月～金9：00～17：00
-------------------	---

22. 緊急時、事故発生時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合や事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- ①施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- ②そのほか、当施設は利用者及びその家族代表者等又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

23. 非常災害時の対策

- (1) 災 害 時 の 対 応：別途定める「介護老人保健施設 みらいのさと太陽 消防計画」にのっとり対応を行います。
- (2) 近隣との協力体制：映寿会みらい病院及び特別養護老人ホーム寿晃園と協力し、非常時の相互の応援を約束しています。
- (3) 平 常 時 の 訓 練：年3回以上の夜間及び日中を想定した避難訓練（水害、火災、地震）を、利用者の方も参加して実施します。
- (4) 防 災 設 備：スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、屋内消火栓、ガス漏れ警告機、防火扉/シャッター、漏電火災警告機、非常用電源、消火器、カーテン及び布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
- (5) 防 災 設 備 の 点 検：定期的に関係業者に点検を依頼しています。また、当施設の防火管理者が定期的に点検しています。
- (6) 防 災 計 画 等：金石消防署への届出日 平成 2年 4月
令和 6年 6月 更新
防火管理者 本田 宗大

24. 協力医療機関

- (1) 利用者のかかりつけ医（利用時に確認させていただきます）
- (2) 医療機関の名称：映寿会みらい病院
 院 長 名：前田 敏男
 所 在 地：石川県金沢市鞍月東1丁目9番地
 電 話 番 号：076-237-8000
 診 療 科：内科、神経内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、呼吸器内科、漢方内科、リハビリテーション科、婦人科、皮膚科、泌尿器科、アレルギー科、リウマチ科、放射線科
 入 院 設 備：150床

25. 協力歯科医療機関

医療機関の名称：わたや歯科医院

院 長 名：綿谷 晃

所 在 地：石川県市大桑2丁目13番

電 話 番 号：076-245-5849

26. 当事業所利用の際にご留意いただく点

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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、破損や以降の使用が不可能になった場合は弁償していただく事があります。
喫煙・飲酒	喫煙：当施設では敷地内禁煙をご協力いただいております。 飲酒：当施設でアルコール類の持ち込みは固くお断りしております。
火気の取扱い	居室内での火気の使用は固くお断りしています。
迷惑行為等	騒音等、他の利用者に迷惑になる行為はご遠慮願います。 また、やみくもに他の利用者の居室に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	現金・貴重品をお持ち込みいただいた場合の紛失やトラブルについては、当施設では責任を負いかねますので予めご了承下さい。
おやつについて	当施設では、おやつや生ものの持ち込みはお断りしております。
宗教活動・政治活動	施設内での他の利用者及び職員に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
その他	職員に対するお心付けは、当施設の理念に基づき固くご辞退させていただきます。

27. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状態を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

28. 運営指導・第三者評価の実施状況

金沢市による運営指導 の実施状況	1 あり	実施日	令和4年10月26日
		評価機関名称	金沢市
	2 なし		

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	2 なし		

29. 個人情報の利用目的について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ①事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ②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又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、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、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- ②事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、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。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

(3) 利用目的について

介護老人保健施設みらいのさと太陽では、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

〔他の事業者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
 - －保険事務の委託
 - －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】

〔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

30. 通所リハビリテーション利用に関する同意書

医

療法人社団 映寿会

介護老人保健施設 みらいのさと太陽

施設長様

<通所リハビリテーションサービス提供開始並びに情報提供に関する同意>

私は、『「みらいのさと太陽（介護予防）通所リハビリテーション事業所」通所リハビリテーション事業所 重要事項説明書』に基づいて事業者から重要事項の説明を受け内容を理解したうえで、通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意します。

また、「通所リハビリテーション通所リハビリテーション利用契約書 第12条」及び重要事項説明書「個人情報の利用目的について」に基づき、通所リハビリテーションの利用のための市町村、指定居宅介護支援事業者並びに指定介護保険事業者等への個人情報の提供、及び適切な療養のための医療機関への診療情報の提供を、みらいのさと太陽通所リハビリテーション事業所が行うことについて同意します。

<個人情報使用に関する同意>

貴施設での療養生活における、行事や生活風景等の写真及び氏名の使用については以下のとおり申し出ます。

- | | | |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ・施設内に掲示することについて | ☐ 同意します | ☐ 同意しません |
| ・ホームページや広報誌等へ掲載することについて | ☐ 同意します | ☐ 同意しません |

※ 表中選択のものにはレ点を記入すること。

31. ご利用の際のリスクについての説明書

当施設では利用者が快適な療養生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》（ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。）

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 健常者では通常感染しない状態であっても、高齢者は免疫力の低下により疥癬等の感染性皮膚疾患にかかりやすく、悪化しやすい可能性があります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢者は、加齢に伴い肺や気管支等の呼吸器官の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重症化する危険性があります。
- ☐ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- ☐ その他

--

身体状況及び服用されている薬の影響等から、上記の状態の可能性があることをご説明いたしました。このことは、ご自宅でも起こりうることでありますので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

以上、重要事項について説明を受け、内容を理解し同意します。

説明者

職名 通所リハビリテーション科科长

氏名 谷 慎一 印

以上、重要事項について説明を受け、内容を理解し同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名

印

家族代表者

続柄 ()

印

32. 附則

平成17年10月 1日から施行する

平成20年 6月 1日 改定

平成21年 4月 1日 改定

平成22年10月20日 改定

平成24年 1月 1日 改定

平成24年 2月15日 改定

平成24年 4月 1日 改定

平成24年 5月 1日 改定

平成24年10月 1日 改定

平成25年 4月 1日 改定 規模の変更に伴う料金の変更

平成25年 6月 1日 改定 職員体制の変更

平成26年10月 1日 改定 職員体制の変更

平成27年 4月 1日 改定 介護保険法改正による料金等の変更

平成27年 6月 1日 改定 管理者変更

平成28年 4月 1日 改定 規模の変更に伴う料金の変更

平成29年 1月 1日 改定 管理者変更

平成30年 4月 1日 改定 介護保険法改正による料金等の変更

令和 1年 5月 1日 改定 改元に伴う年表示変更

令和 1年10月 1日 改定 介護保険法改正による料金等の変更

令和 1年11月 1日 改定 管理者変更

令和 3年 4月 1日 改定 介護保険法改正による料金等の変更

令和 3年11月22日 改定 利用定員の変更

令和 4年 4月16日 改定 一部内容変更

令和 4年 5月 1日 改定 利用定員の変更

令和 4年10月 1日 改定 一部内容変更

令和 6年 4月 1日 改定 介護保険法改正による単位数・料金・定員等の変更

令和 6年 6月 1日 改定 管理者変更

33. 利用時連絡先 一覧

利用者氏名 _____ 様

【(介護予防) 通所リハビリテーション契約書及び重要事項説明書 18 の② 項事故発生時の連絡先】

1. 連絡先

①	住所	〒	
	氏名	(続柄)	
	電話番号	自宅) 職場)	携帯 E-mail
その他連絡事項 ☐ 請求書発送先			

②	住所	〒	
	氏名	(続柄)	
	電話番号	自宅) 職場)	携帯 E-mail
その他連絡事項 ☐ 請求書発送先			

2. 主治医 連絡先

病院名	
医師氏名	
連絡先	

3. 居宅介護支援事業所 連絡先

事業所名	
担当者名	
連絡先	