

バプテスト老人保健施設 介護予防通所リハビリテーション 重要事項説明書

(重要事項説明書の目的)

第1条 バプテスト老人保健施設（以下「当施設」という。）は、要支援状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅で、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、一定の期間、介護予防通所リハビリテーションを提供し、一方、利用者又は利用者を介護する家族又は親族等（以下「代理人」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、この説明書の目的とします。

(適用期間)

第2条 本説明書は、利用者が介護予防通所リハビリテーション利用同意書を当施設に提出したときから効力を有します。（介護保険法改正の平成21年4月1日以降）但し、代理人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本説明書、別紙1及び別紙2の改定が行なわれない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設の介護予防通所リハビリテーションを利用することができるものとします。但し、初回利用時の重要事項説明書内容に変更があった時は、新たに同意を得ることとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び代理人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の介護予防サービス計画にかかわらず、本説明書に基づく介護予防通所リハビリテーションを解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び代理人は、速やかに当施設及び利用者の介護予防サービス計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、介護予防通所リハビリテーション実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び代理人に対し、次に掲げる場合には、本説明書に基づく介護予防通所リハビリテーションの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者及び代理人が、本説明書に定める利用料金を2か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護予防通所リハビリテーションの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者又は代理人が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑤ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び代理人は、連帯して、当施設に対し、本説明書に基づく介護予防通所リハビリテーションサービスの対価として、別紙2の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

2 当施設は、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月 10 日に発行します。利用者及び代理人は連帯して、当施設に対し、当該合計額を支払うものとします。なお支払い方法は原則として、銀行又は郵便局の口座から引落しさせていただきます。引落し日は、毎月原則 26 日です。26 日が、土曜・日曜・祝祭日の場合、翌営業日になります。

3 当施設は、利用者又は代理人から、1 項に定める利用料金の支払いを受けたときは、請求書に領収印を押して領収書とします。

(記録)

第 6 条 当施設は利用者の心身の状況、病状、そのおかれている環境等に照らし、居宅において日常生活を維持することが出来るように定期的に検討し、これを記録します。

2 当施設は、利用者の通所リハビリテーション提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後 5 年間保管します。

3 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写（実費）を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、代理人に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(緊急やむを得ない場合の身体拘束)

第 7 条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者または施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。同時に「緊急やむを得ない身体拘束に関わる説明書」に同意していただきます。また、介護予防通所リハビリテーションサービスをご利用される時、利用者についてのご様子を率直に開示していただき、かかる事態の予防等について、協力して頂くこととします。それでもなお施設の構造上安全管理に限り有ると判断した時は、やむを得ず利用をお断りすることがあります。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第 8 条 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は代理人若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係業者が行うべき義務と定められており、情報提供については情報提供を行う事とします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります

(緊急時及び事故発生時の対応)

第 9 条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合協力医療機関での診療を依頼することがあります。

2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び代理人が指定するものに対し、緊急に連絡します。重大な事故の場合には、さらに保険者、京都市関係機関に連絡を行いません。

3 当施設において緊急時または事故に対応出来ない場合には、対診を求め又は協力医療機関に搬送します。

(虐待の防止に関する事項)

第10条 当施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(2) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修会を定期的を実施しています。

(4) 第3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者（虐待防止委員会 委員長）

2 当施設は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、市町村に通報します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及び代理人は、当施設の提供する介護予防通所リハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、事務長に直接か、管理者宛ての文書で各階に設置する「みなさまの声」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第12条 施設の責による事故の場合、事故により生じた損害を賠償することとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び代理人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(本説明書に定めのない事項)

第13条 この説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は代理人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

2 本重要事項説明書は2部作成し、バプテスト老人保健施設と利用者で一部ずつ保管することとします。

<別紙1>

バプテスト老人保健施設 介護予防通所リハビリテーションのご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 一般財団法人日本バプテスト連盟医療団 バプテスト老人保健施設
- ・開設年月日 1999年4月1日
- ・所在地 〒606-8273 京都市左京区北白川山ノ元町47
- ・電話番号 075-702-5980 ・FAX番号 075-702-5940
- ・管理者名 施設長 長野 豊
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(2650680057号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

[目的]

介護予防通所リハビリテーション施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練を通じ、利用者の能力に合わせた日常生活上必要な個別リハビリテーションを機能回復、維持訓練するサービスなどを提供することにより、家庭における日常生活自立度を高めることを目的としています。さらに、家庭生活上の、生活環境の整備等の調整、相談などの支援も行いますので、安心してご利用いただけます。

[運営方針]

本施設は、全ての職員が目的を理解し、援助を求める人々に全人的に関わり、老人福祉の質の向上と確保に貢献するとともに、ご利用者とその家族への援助、また家庭や地域社会への関わりを持ちながら、母体である総合病院日本バプテスト病院が目指す全人医療の主旨に沿い、

基本方針である、

1. わたしたちは一人ひとりが全人介護の実践に努めてまいります。
2. わたしたちは一人ひとりが利用者第一主義の実践に努めて参ります。
3. 私たちは一人ひとりが地域介護ネットワークへの貢献に努めて参ります。

以上を以って施設の運営にあたります。

[概要]

介護予防通所リハビリテーションについては、要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された介護予防サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら予防通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、介護予防通所リハビリテーション計画が作成されます。その際、利用者・代理人（ご家族）のご希望を十分に取り入れ、計画の内容について説明をした上で同意をいただきます。

(3) 通所リハビリテーションの職員体制

	配置人員	業務内容
医師	1人以上	医学的管理、診察等（兼務）
看護職員	1人以上	通所リハビリでの看護全般
介護職員	10人以上	通所リハビリの介助、援助
支援相談員	1人以上	通所にあたっての相談助言、援助（兼務）
リハビリ職員	2人以上	生活リハビリテーションの実施（兼務）
管理栄養士	1人以上	食事管理、喫食状況の改善（兼務）
事務職員	4人以上	受付、会計、通所手続等（兼務）

(4) 通所定員等 ・定員 60名

(5) 通常の事業の実施地域は、主として以下の通りです。

京都市左京区の中部及び南部（修学院学区、修学院第2学区、養徳学区、養正学区、北白川学区、第4錦林学区、下鴨学区）とする。松が崎学区、葵学区、上高野学区、錦林学区、第3錦林学区についてはご相談下さい。

(6) 通所リハビリテーションの営業日及び営業時間は以下のとおりとする。

毎週月曜日から土曜日までの祝祭日を含む6日間を、営業日とする。但し年始休業日(1月1日～1月3日)を除く。

営業日の午前8時30分から午後5時間で営業時間とする。

2. サービス内容

① 予防通所サービス計画の立案・説明交付

② 介護予防通所リハビリテーション計画の立案、説明交付。

③ 食事

昼食 12時～

おやつ 15時～

④ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）

⑤ 医学的管理・看護

⑥ 排泄

⑦ リハビリテーション（集団体操、生活リハビリテーション、レクリエーション）

⑧ 相談援助サービス

⑨ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理。

⑩ 理美容サービス（原則、毎週火～金曜日に技術者が来ます。希望される時は利用日の3日前までにお申し出ください。）

⑪ その他

これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもあります（食材料費、おやつ代、日用生活品費、教養娯楽費、理美容代、おむつ代等）ので、具体的にご相談ください。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・併設医療機関

・名称 日本バプテスト病院

・住所 京都市左京区北白川山ノ元町47

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「重要事項説明書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

面会	事前にご連絡をお願いします。多人数での面会は、他の利用者も居られますのでご遠慮ください。
設備・備品の利用	カラオケ、テレビなど職員にお申し出ください。
所持品・備品等の持ち込み	着替え、持ち物には必ず名前をお書きください。1日の生活に必要な物をご持参下さい。紙袋以外の袋に入れ、袋にも名札等お付けください。

金銭・貴重品の管理	現金、貴重品の管理は出来ませんのでお持ちにならないで下さい。 紛失した場合、当方では責任を負えませんので予めご了承ください
利用時間内の受診	介護保険の制度上、通所リハビリテーションご利用時間中の受診は出来ません。利用日に受診される時は遅刻・早退でのご利用となり、施設の送迎は無く、ご家族の送迎となります。
体調急変時の対応	利用時間途中でご家族のお迎えをお願いすることがあります。施設医師が外来受診が必要と判断した場合はご家族の同伴のもと、併設医療機関受診をお願いします。かかりつけ医での受診を希望される場合はご相談ください。
携帯電話・電気製品の持ち込み	他の利用者の方にご迷惑にならないようにご使用ください。
協力医療機関とのカルテ共有	医療情報を日本バプテスト連盟医療団共通の電子カルテで管理しています。ご利用開始時に電子カルテにお名前を登録し診察券を発行致します。
ホームページ・広報誌への掲載	レクリエーションや行事の際に写真撮影を行い、ホームページ・広報誌への掲載、施設内で掲示をすることがあります。
荒天時の営業	気象条件が悪い時、路面状況が思わしくない時は施設の判断で中止させていただく事がありますのでご了承ください。(暴風、大雨、大雪警報、特別警報が発令された場合等)
キャンセルについて	利用予定日のサービスをキャンセルされる場合は前日 16 時までにご連絡をお願いします。やむを得ず、当日の利用をキャンセルされる場合は午前 8 時 30 分までに留守番電話に伝言を入れご連絡くださいますようお願いいたします (体調がすぐれない時は、早めにご連絡下さい) 前日 16 時 00 分以降のキャンセルの連絡はキャンセル料を頂きます。
公衆電話	設置しておりません

5. 非常災害対策

- ・バプテスト老人保健施設消防計画に則り対応を行います
- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓(屋内散水栓)、非常時脱出すべり台
- ・防災訓練 年 2 回夜間及び昼間を想定した訓練を実施しています

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して通所リハビリテーションプログラムを送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止します。

また食品の持ち込み、飲酒・喫煙、火気の取り扱い、ペットの持ち込みも禁止しております。

7. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(直通電話 075-702-5943) 要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、事務長に直接か、管理者あての文書を、各階に設置する「みなさまの声」に投函してお申し出いただくこともできます。

当施設以外に保険者である、市町村の相談・苦情窓口（健康長寿推進課）や京都府国民保険団体連合会の苦情処理窓口にも苦情を伝えることも出来ます。

- ・京都市左京区健康長寿推進課（電話 075-702-1071）
- ・京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口（電話 075-354-9090）
（土・日・祝を除く 9 時～12 時、13 時～17 時）

8. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

通所リハビリテーション直通ダイヤル 075-702-5943

※17 時 10 分～翌 8 時 30 分までは留守番電話となります。伝言をお入れください。

<別紙2>

介護予防通所リハビリテーション利用料について

1. 利用料金 ()内は2割負担額、[]内は3割負担額
カッコ内は2割負担額)

介護保険の給付にかかる自己負担分と、介護保険の給付対象とならない食費などの料金の合計が利用料金となります。

【介護保険】

(1) 基本料金 (非課税)

要支援1	月額	2,393 (4,786) [7,179] 円
要支援2	月額	4,461 (8,921) [13,382] 円

(2) 各種加算料金 (非課税)

- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算 開始月から6ヶ月以内 **593 (1,186) [1,779] 円/月**
当該リハビリテーション提供後に通所リハビリテーションを継続した場合
所定単位数の**100分の15を減算(6ヶ月に限り)**
生活行為の内容の充実を図る為のリハビリテーションを実施した場合加算されます。
- ② 若年性認知症利用者受入加算 **254 円 (507) [760] 円/月**
若年性認知症の方を受入れた場合加算されます。
- ③ 利用開始月から12ヶ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1 **-127 (-254) [-380] 円/月**
要支援2 **-254 (-507) [-760] 円/月**
- ④ 退院時共同指導加算 **633 (1,266) [1,899] 円/回**
入院中の方の退院前カンファレンスに医師または理学療法士等が参加し、退院時共同指導を行った場合に加算されます。
- ⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) **22 (43) [64] 円/日**
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) **6 (11) [16] 円/日**
利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合加算されます。
- ⑥ 口腔機能向上加算 (II) **169 (338) [507] 円/月**
口腔機能が低下している利用者に対して口腔清掃の指導・実施、摂食・嚥下機能に関する指導実施し、口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚労省に提出し必要な情報を活用している場合に加算されます。
- ⑦ 科学的介護推進体制加算 **43 (85) [127] 円/月**
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の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出し必要な情報を活用している場合に加算されます。
- ⑧ サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1 **93 (186) [279] 円/月**
要支援2 **186 (372) [557] 円/月**
介護職員のうち介護福祉士の割合が70%以上の場合、加算されます。
- ⑨ 介護職員処遇改善加算 (I) **所定の単位の1000分の86**
介護職員の賃金改善を実施していると京都市長に届け出した場合加算されます。

【介護保険以外】

① 昼食/日 (非課税)		720 円
② おやつ/日 (税込)		110 円
③ 日用生活品費/日	入浴あり	165 円

	入浴なし	66 円
④	教養娯楽費／日（非課税）	150 円
⑤	おむつ代／枚（非課税）	尿取りパッド（小） 31 円
		尿取りパッド（中） 40 円
		リハビリパンツ（M～L） 113 円
		リハビリパンツ（L～LL） 128 円
		オープンおむつ（S） 131 円
	オープンおむつ（M） 138 円	
⑥	理美容代／1回	散髪申込書に記載の金額をお支払いいただきます
⑦	文書料／1通（税込）	一般診断書 2,200 円 その他診断書 5,500 円
⑧	キャンセル料／日	830 円

休みの連絡が前日 16 時以降の場合、昼食代とおやつ代相当をキャンセル料としてお支払いいただきます。

2. 支払い方法

毎月 10 日に前月分の請求書を発行しますので、お支払いください。なお支払い方法は原則として、銀行又は郵便局の口座から引落しをさせていただきます。引落日は、毎月原則 26 日です。26 日が、土曜・日曜・祝祭日の場合、翌営業日になります。

【介護予防通所サービス時リスクの説明】

当施設では、皆様に快適な通所サービス生活をお送りいただけるよう、安全な環境作りに努めています。ただ、ご利用いただく方の身体状況や疾病などが原因となって、入所中下記のような危険が発生する可能性があります。これらはご自宅でも起こりうることでありますので、あらかじめご理解いただきますようお願い致します。

以下の事項についてご確認くださいましたら、□にチェックをお願いします。

《高齢者の特徴につきまして》

- 老人保健施設はリハビリ施設で、原則として拘束を行わないことから、歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等により事故が発生する可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、ちょっとした事故でも容易に骨折する恐れがあります。また、服用されている薬によっては、転倒の際の頭部打撲により頭蓋内出血を起こしやすいことがあります。
- 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。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても皮下出血が起こり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するため、誤嚥・誤飲・窒息の危険があります。
- 高齢であることにより、脳や心臓などの予期せぬ疾患で、状態が急変される場合があります。

《当施設の対応につきまして》

- ご利用中、体調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させていただくことがあります。

《個人所有品の管理につきまして》

- 持ち込み品の紛失防止のため、名前の記入など、必要最低限のご協力をお願いします。
- ご利用中、高齢者の方に特有の行動（物をどこかに置き忘れる、他の方の所有品と混同される、気付かないうちに落としてしまうなど）が原因で、紛失や破損が起こる可能性があります。ただ、当施設では、紛失や破損の責任は負えませんので、ご理解いただきますようお願い致します。

上記の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。

介護予防通所サービス利用開始にあたり、利用者及び代理人に対し重要事項を説明いたしました。

<説明をした職員>

年 月 日、本書面に基づいて、下記の説明者が説明を行い交付しました。

事業所 一般財団法人 日本バプテスト連盟医療団
バプテスト老人保健施設
施設長 長野 豊

説明者 職名 _____

氏名 _____

<説明を受けた方>

私は、本書面に基づいて、介護予防通所サービスの内容、ご利用時のリスク等の説明を受けこれに同意し交付を受けました。また利用者負担額を理解し、介護予防通所サービスを受けること及び利用料金を支払うことにも同意し利用を申し込みます。

年 月 日

利用者 ^{ふりがな} 氏名

_____ (印)

住所

電話番号

代理人 (緊急連絡先①) ^{ふりがな} 氏名

(続柄 _____) _____ (印)

生年月日 T・S・H 年 月 日

住所

電話番号

_____ 自宅

_____ 携帯電話

_____ 職場 ☎

(緊急連絡先②) ^{ふりがな} 氏名

(続柄 _____) _____ (印)

生年月日 T・S・H 年 月 日

住所

電話番号

_____ 自宅

_____ 携帯電話

_____ 職場 ☎