

西吾妻福祉病院
(介護予防) 通所リハビリテーション

重要事項説明書
個人情報に関する同意書
利用契約書

様

西吾妻福祉病院（介護予防）通所リハビリテーション

重要事項説明書

□ 西吾妻福祉病院（介護予防）通所リハビリテーションの概要

- ・名称： 西吾妻福祉病院
- ・所在地： 群馬県吾妻郡長野原町大字大津 7 4 6 - 4
- ・介護保険指定番号： 1 0 1 2 1 1 0 3 2 4
- ・代表者の氏名： 管理者 三ツ木禎尚
- ・電話番号： 0 2 7 9 - 8 3 - 7 1 1 1
- ・通常のサービス提供地域： 長野原町・草津町・嬭恋村・中之条町六合地区
- ・営業日及び営業時間：
 - ① 通所リハビリテーション： 月曜日～土曜日の 6 日間 9 時～16 時
 - ② 短時間通所リハビリテーション： 月曜日～金曜日の 5 日間 9 時～10 時 30 分
10 時 30 分～12 時

※①、②とも 12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く

ご利用日 毎週金曜日

□ サービス内容

（介護予防）通所リハビリテーション計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、リハビリテーション、生活上の健康管理その他必要な援助等を行います。

□ （介護予防）通所リハビリテーションの目的・方針

（介護予防）通所リハビリテーション計画に基づいてリハビリテーションを行い、利用者の「心身機能」、「活動」、「参加」など生活機能の維持回復を図り、1 日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努め、利用者が「にこやか」で「個性豊か」に過ごせるようサービスを提供します。

□ 従業者勤務体制

1. 管理者（医師） 1 人 （常勤・兼務）
2. 医師 3 人以上（常勤・兼務）
3. 看護職員 2 人以上（常勤・専従）
4. 介護職員 6 人以上（常勤・専従）
5. 理学療法士 5 人以上（常勤・専従 1 人 常勤・兼務 4 人）
6. 作業療法士 1 人以上（常勤・専従 1 人）
7. 管理栄養士 1 人以上

□ 利用料金 (1単位は10円に換算)

*通所リハビリテーションは6時間以上7時間未満を、
短時間通所リハビリテーションは1時間以上2時間以上を基準として算定します。

1. 通所リハビリテーション

① 基本サービス費 (1回につき)

時間/介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間～2時間	369単位	398単位	429単位	458単位	491単位
2時間～3時間	383単位	439単位	498単位	555単位	612単位
3時間～4時間	486単位	565単位	643単位	743単位	842単位
4時間～5時間	553単位	642単位	730単位	844単位	957単位
5時間～6時間	622単位	738単位	852単位	987単位	1120単位
6時間～7時間	715単位	850単位	981単位	1137単位	1290単位

② 加算部分

- 1) リハビリテーション提供体制加算 24単位/回 (該当者のみ)
- 2) サービス提供体制強化加算 (I) 22単位/回
- 3) 入浴介助加算 (I) 40単位/回 (該当者のみ)
- 4) 重度療養管理加算 100単位/回 (該当者のみ)
- 5) 若年性認知症利用者受入加算 60単位/回 (該当者のみ)
- 6) 科学的介護推進体制加算 40単位/月
- 7) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20単位/月 (6か月に1回算定)
- 8) 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) 基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総額に6.6%を乗じた料金を算定
- 9) 送迎を行わない場合 片道47単位を減算 (該当者のみ)

2. 介護予防通所リハビリテーション

①基本サービス費 (1月につき)

要支援1 2268単位 要支援2 4228単位

②加算部分

- 1) サービス提供体制強化加算 要支援1⇒88単位/月 要支援2⇒176単位/月
- 2) 若年性認知症利用者受入加算 240単位/月 (該当者のみ)
- 3) 科学的介護推進体制加算 40単位/月
- 4) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20単位/月 (6か月に1回算定)
- 5) 介護職員処遇改善加算 (I) 基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総額に6.6%を乗じた料金を算定
- 6) 利用開始12月を超えた場合の利用継続
算定要件を満たさない場合 要支援1⇒120単位/月
要支援2⇒240単位/月を減算

3. その他の費用（全額自己負担）※6時間以上～7時間未満利用の方のみ算定

- ①昼食代 1日770円（おやつ代含む）
- ②教養娯楽費 利用者の希望により、教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する
 場合の活動経費の実費分

＊介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業所に支払われない場合があります。その場合は一旦一日あたりの利用料金を頂き、サービス利用証明書を発行いたします。サービス利用証明書を後日町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

1か月の利用料金の見積表（月 回利用として） 利用開始時介護度⇒

自己負担分	割	基本サービス費	円
		リハビリテーション提供体制加算	円
		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	円
		入浴介助加算（Ⅰ）	円
		若年性認知症利用者受入加算	円
		口腔・栄養スクリーニング加算（6か月に1回）	円
		科学的介護体制推進加算	円
		重度療養管理加算	円
		送迎を行わない減算	円
		利用開始12月を超えた場合の利用継続減算	円
		介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	円
全額自己負担分		昼食代（おやつ代含む）	円
		教養娯楽費	実費
合計			円

※利用開始12月を超えた場合の利用継続

算定要件を満たさない場合 要支援1⇒120単位/月
 要支援2⇒240単位/月を減算

□ キャンセル規程

(介護予防) 通所リハビリテーションは利用者様のご都合で、サービス提供日の当日午前8時30分までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、昼食代(おやつ代含む) 770円を請求させていただくことがあります。

□ 健康上の理由による中止

- ① 感染症の疑いや病気等にてサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

□ 事故対応時の対応

利用者に対する(介護予防)通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

□ 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

事業所は、職員に対し、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実施します。

定期的な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。

□ 虐待の防止

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発防止するため次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のために対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図るものとする。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備するものとする。
- (3) 虐待防止のための職員に対する研修を定期的に行うものとする。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

サービス提供中に、当該事業所職員又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)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、速やかにこれを市町村に通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

緊急連絡先

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

 相談・要望・苦情等の窓口

苦情・相談窓口：西吾妻福祉病院 通所リハビリテーション 主任 渡会敏也
短時間通所リハビリテーション 担当 丸山佳緒里
電話番号 0279-83-7111
FAX番号 0279-83-8032
対応時間：平日8：30～17：30

また、公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

■長野原町 長野原町役場町民生活課 保健福祉グループ
TEL 0279-82-2246 (直通) TEL 0279-82-2244 (代表)

■嬭恋村 嬭恋村役場健康福祉課
TEL 0279-96-0512 (直通) TEL 0279-96-0511 (代表)

■草津町 草津町役場福祉課
TEL 0279-88-7189 (直通) TEL 0279-88-0001 (代表)

■中之条町 中之条町六合支所 六合振興課 住民福祉係 (六合地区の方)
TEL 0279-95-3111 (代表)

■群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課
TEL 027-290-1319 所在地 前橋市元総社町335-8

西吾妻福祉病院（介護予防）通所リハビリテーション

個人情報に関する同意書

西吾妻福祉病院

管理者 三ツ木禎尚 様

私は、西吾妻福祉病院(介護予防)通所リハビリテーションが下記の第三者に対して、本人及び家族の下記の個人情報を必要な範囲で提供すること、当該第三者が提供の趣旨に従った下記の目的で当該個人情報を利用することに同意します。

記

提供する第三者

サービスを受けている又受けようとする介護保険事業所、保険者、関係する医療機関、サービス担当者会議出席者（研修・実習目的で、学生が個人情報を取り扱う場に同席する場合があります。）

利用する者の利用目的

サービス計画作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業所間での連絡調整、医師等の意見・助言を求めるため、その他ご本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供のため

提供する個人情報

- ① 氏名・住所・生年月日・電話番号・家族構成・居住状況等の基本情報
- ② 緊急の連絡先として家族の氏名・住所・電話番号・続柄等の基本情報
- ③ 介護保険被保険者証に記載されている情報
- ④ サービス計画作成並びにサービス提供に関する一連の経過記録

西吾妻福祉病院（介護予防）通所リハビリテーション

利用契約書

様（以下、「利用者」といいます）と西吾妻福祉病院（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う（介護予防）通所リハビリテーションについて、次のように契約します。

第1条 【契約の目的】

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、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（介護予防）通所リハビリテーションを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条 【契約期間】

- 1 この契約の契約期間は令和年月日から利用者の要支援・要介護認定期間までとします。
- 2 契約満了の2日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条 【（介護予防）通所リハビリテーション計画】

事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「（介護予防）通所リハビリテーション計画」を作成します。事業者はこの「（介護予防）通所リハビリテーション計画」の内容を利用者およびその家族に説明します。

第4条 【（介護予防）通所リハビリテーションの提供場所・内容】

- 1 通所リハビリテーションの提供場所は西吾妻福祉病院です。
- 2 所在地および概要は【重要事項説明書】のとおりです。
- 3 事業所は第3条に定めた通所リハビリテーション計画に沿って（介護予防）通所リハビリテーションを提供します。事業者は（介護予防）通所リハビリテーションの提供にあたり、その内容について利用者に説明します。
- 4 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は可能な限り利用者の希望に添うようにします。

第5条 【サービス提供の記録】

- 1 事業者は、（介護予防）通所リハビリテーションの実施ごとに、サービスの内容等を記録票に記入、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。
- 2 事業者は、サービス提供の記録を作成することとし、この契約の終了後永年保管します。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 4 利用者は、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録の複写物の交付を利用者の実費負担により受けることができます。

第6条 【料金】

- 1 利用者はサービスの対価として【重要事項説明書】に定める利用単位毎の料金をもとに計算された合計額を、月ごとに支払います。
- 2 利用者は料金の合計額を月ごとに利用者の指定した口座から口座振替にて支払います。
- 3 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

第7条 【サービスの中止】

- 1 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の当日午前8時30分までに通知することにより、料金を負担することなくサービスの利用を中止することができます。
- 2 利用者がサービス提供日の当日8時30分までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合には、事業者は、利用者に対して【重要事項説明書】に定める料金の一部を請求することができます。
- 3 事業者は、利用者の体調不良等の理由により、(介護予防)通所リハビリテーションの実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。この場合の取り扱いについては【重要事項説明書】に記載したとおりです。

第8条 【料金の変更】

- 1 事業所は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知し利用料及び食費等の単価の変更(増額または減額)を申し入れることができます。
- 2 利用者は、料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく【重要事項説明書】を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に申し入れることにより、この契約を解約することができます。

第9条 【契約の終了】

- 1 利用者は事業者に対して、一週間の予告期間をおいて届け出ることにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の急な病変などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が一週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- 2 事業者がやむを得ない事情がある場合、利用者に対し、1ヶ月間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- 3 次の事由に該当した場合は、利用者は直ちに、この契約の解約を申し出ることができます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 事業者が守秘義務に違反した場合
 - ③ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ④ 事業者が破産した場合

- 4 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 利用者のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず7日以内に支払われない場合。
 - ② 利用者が正当な理由なくサービスの利用中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、サービスが再開できない状態であることが明らかになった場合。
 - ③ 利用者またはその家族が事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- 5 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が要支援または非該当（自立）と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡した場合

第10条 【秘密保持】

- 1 事業者およびその使用者は、サービス提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密・個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、あらかじめ文書により利用者または家族から同意を得た場合は（別紙「個人情報に関する同意書」）、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下（サービス担当者会議など）で情報提供することができます。

第11条 【賠償責任】

事業者は、サービス提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第12条 【緊急時の対応】

事業者は、現に（介護予防）通所リハビリテーションを行っているときに利用者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

第13条 【連携】

- 1 事業者は、（介護予防）通所リハビリテーションの提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。
- 2 事業者は、この契約が成されたことを介護支援専門員に速やかに連絡します。
- 3 事業者は、この契約内容が変更された場合またはこの契約が終了した場合はその内容を速やかに介護支援専門員に連絡します。なお、第9条2項または4項に基づいて解約通知をする際は事前に介護支援専門員に連絡します。

第 14 条 【相談・苦情対応】

- 1 事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する別紙「重要事項説明書」記載の窓口を設置し、(介護予防)通所リハビリテーションに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。
- 2 事業者は利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として何ら不利益な取り扱いをすることはありません。

第 15 条 【本契約に定めない事項】

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めない事項については、介護保険法令その他の諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第 16 条 【裁判管轄】

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

当事業所は、重要事項説明書、個人情報に関する同意書、利用契約書を交付し、(介護予防)通所リハビリテーションの重要事項、サービス内容、個人情報に関する取扱い、契約内容を説明しました。本契約の成立を証するため本証を 2 通作成し、1 通ずつ保有します。

令和年月日

事業者

住所 群馬県吾妻郡長野原町大字大津 7 4 6 - 4

事業者名 西吾妻福祉病院

介護保険指定番号 1 0 1 2 1 1 0 3 2 4

管理者名 三ツ木禎尚

説明者

氏名 渡会敏也 丸山佳緒里

私は、重要事項説明書、個人情報に関する同意書、利用契約書の交付、説明を受け(介護予防)通所リハビリテーションの重要事項、サービス内容、個人情報に関する取扱い、契約内容に同意しました。

令和年月日

利用者

住所 群馬県吾妻郡

氏名

家族（代理人）

住所

氏名