

様

「介護老人保健施設（入所）」 重要事項説明書

医療法人 杏林会
介護老人保健施設
リハビリパークあやめ

当施設は介護保険の許可を受けています。
(宮城県 第 0451580054 号)

当施設はご利用者に対して介護老人保健施設入所サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、入所に際してご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「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者の概要 (2 ページ)
2. ご利用施設 (2 ページ)
3. 緊急時の対応 (3 ページ)
4. 施設の概要 (3 ページ)
5. 職員の配置状況 (4 ページ)
6. 施設が提供するサービスと利用料金 (5～9 ページ)
7. 苦情受付・ご相談について (10 ページ)
8. 非常災害時の対応 (11 ページ)
9. 外出・外泊について (11 ページ)
10. サービス提供までの流れ (12 ページ)
11. サービス提供における施設の義務 (12 ページ)
12. サービス利用に関する留意事項 (13 ページ)
 - ・別表 保険請求が認められている医療行為について (14 ページ)
13. 損害賠償について (15 ページ)
14. サービス終了について (15 ページ)
15. 重要事項説明同意書 (16 ページ)
16. 個人情報利用同意書 (17 ページ)
17. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 (18 ページ)
18. 苦情対応フロー (19 ページ)
19. 事故発生時の対応 (20 ページ)
20. 退所届 (21 ページ)

1. 事業者の概要

- (1) 法人名 医療法人 杏林会
- (2) 法人所在地 東京都目黒区中央町2丁目5番12号
- (3) 電話番号 03-3792-3111
- (4) 代表者氏名 理事長 石山 菜穂
- (5) 設立年月日 平成2年2月1日

2. ご利用施設

- (1) 施設の名称 医療法人杏林会 介護老人保健施設 リハビリパークあやめ
- (2) 施設の所在地 〒989-6117 宮城県大崎市古川旭三丁目6番1号
TEL 0229-22-7600 FAX 0229-23-1030
- (3) 施設長（管理者）の氏名 施設長 医師 大西 善丈
- (4) 開設年月日 平成15年5月20日
- (5) 利用定員 100名（一般棟60名、認知症専門棟40名）
- (6) 施設の目的

当施設は要介護状態となった場合においても、そのご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た自立した日常生活を営むことができるように医学的管理に基づいた看護、生活の介護、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーションを行い、心身機能の維持回復に努めることを目的としています。

(7) 施設の運営方針

当施設にあっては、ご利用者個人の今日まで生きてきた生活スタイルを尊重し、生活の様式を極力変えることなく必要なリハビリと介護を行います。日常の文化的な生活を自立して営むことが出来るようにするために必要な訓練を行います。ご家族と地域社会の関係を再確認し関係強化を進める機能として、ご利用者の速やかなる家庭復帰を目指しています。

(8) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8時30分～17時30分

(9) サービス提供までの流れ

介護保険被保険者証、診断書を提出して頂き、利用ご希望の方が当サービスにて対応できる方であるか入所検討会議にて決定させていただきます。緊急の際はご相談下さい。その後サービス利用となります。

(10) サービスをお受け頂けない方

- ・ 緊急な医療が既に必要になっている方
- ・ 要介護状態にない方

(11) 送迎について

入所・退所時の送迎については、ご家族の方でお願い致します。

(12) お持ち物

お薬（現在内服中のものをお持ち下さい。）、衣類、下着、上履き、洗面用具、タオル、介護保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証、健康保険証等

(13) 利用の中止・変更等について

ご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更する場合は、サービスの実施日2日前まで申し出て下さい。

3. 緊急時の対応

(1) 体調の急変

利用者の体調に急変があり、当施設の医療で対応が困難と医師が認めた場合ご家族に確認の上、医療機関へご紹介、受診して頂きます。その際ご家族も医療機関へご同伴頂くようお願い致します。

(2) 施設内での事故

施設内でサービス提供に伴って事故が発生した場合には、ご利用者のご家族等に連絡し対応致します。当施設では、ご利用者の事故を未然に防ぐため事故防止委員会を設置し、定期的に委員会を開催しております。又、万が一事故が発生した場合、事故内容について状況を記録し、再発防止に努めます。

4. 施設の概要

- 敷地面積：3284.93 m²
- 建物の構造：鉄筋コンクリート造 3階建
- 建物の延べ面積：4414.07 m²
- 施設の周辺環境：宮城県北西部大崎地域に位置し、J R東北新幹線古川駅より徒歩10分
- 居室等の概要：当施設は100床（内認知症専門棟40床）全室個室となっております。100室が9ユニットに分かれ、10人程度がひとつのユニットで療養生活をしながらサービスの提供を受けるユニット方式の施設です。

※利用される居室は、身体状況、精神状況、医療管理等の配慮のレベルによって準備させていただきます。

※ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定致します。又、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者のご家族等と協議のうえ決定するものとします。

	ユニット名等	室数	摘 要
1 階 (認知症 専門棟)	浦 霞	10 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ4ヶ所 1人用浴室 食堂
	幸 泉	11 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ5ヶ所 1人用浴室 食堂
	永 楽	9 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ3ヶ所 食堂
	墨 ノ 江	10 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ4ヶ所 1人用浴室 食堂
2 階 (一般棟)	銀 嶺	12 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ5ヶ所 1人用浴室 食堂
	橘 屋	12 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ4ヶ所 1人用浴室 食堂
	日 高 見	12 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ4ヶ所 1人用浴室 食堂
	萩 の 鶴	12 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ4ヶ所 1人用浴室 食堂
	天 賞	12 室	個室 9.24 m ² 車椅子用トイレ5ヶ所 食堂
1～3 階	一般浴室・特浴室	4 室	1階こがねの湯 2階豊年の湯（2ヶ所） 3階飛天の湯（通所リハ用）
3 階	機能訓練室	1 室	124.62 m ² 主たる機器 :マット付プラットホーム、昇降式平行棒、 歩行練習用階段、リカンベルト、エルゴザイザー、 治療用ベッド、滑車運動器、矯正鏡、ローラーチェア

5. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して入所サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況及び勤務体制と職務内容>

職 種	職員数	勤務体制	職務内容
管理者（医師兼務）	1 名	月・水・木・金 11:00～16:00	施設管理全般
医 師	1 名	月・水・木・金 11:00～16:00	利用者の健康管理及び療養上の指導と看護
看護職員	10 名	日勤 8:30～17:30	利用者の健康管理及び療養上の指導と看護
		夜勤 17:00～9:00	
介護職員	25 名	日勤 8:30～17:30	利用者の介護及び健康保持の相談・助言
		夜勤 17:00～9:00	
		早番 7:30～16:30	
		遅番 11:00～20:00	
理学療法士	2 名	8:30～17:30	利用者に対しての機能訓練
作業療法士	2 名	8:30～17:30	利用者に対しての機能訓練
言語聴覚士	2 名	8:30～17:30	利用者に対しての機能訓練
支援相談員	2 名	8:30～17:30	利用者からの相談の対応及び支援
介護支援専門員	2 名	8:30～17:30	利用者のサービス計画（ケアプラン）の作成と変更
管理栄養士・栄養士	5 名	8:30～17:30	利用者に対しての献立作成・栄養管理・栄養指導
調理師（調理員）	5 名	早番 6:00～15:30	利用者に対しての調理全般
		日勤 8:30～17:30	
		遅番 10:30～19:30	
事務職員	2 名	8:30～17:30	利用者に対しての会計及び事務連絡

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

①食事

当施設では、管理栄養士（栄養士）の作成する献立により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

※食事時間

朝食 8:00～ 昼食 12:00～ おやつ 15:00～ 夕食 18:00～

②栄養ケアマネジメント

ご利用者一人一人の食事摂取状態および体重測定により、健康、栄養状態をチェックし、健康、栄養状態を基に個別の計画を作成、実施し、計画の見直しが必要であれば、計画を変更しながら状態の維持、改善に取り組みます。

③入浴

一般浴槽のほか、要介護度により車椅子等使用の方でも、特別浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄

排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

理学・作業療法士により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

※高額介護サービス費について

保険給付の1割は利用者の方にご負担いただいておりますが、1割負担の合計額が一定の上限額を超えた場合には、超えた分が市町村役場への申請により支給されます。対象となる方は下記の通りです。

対象となる方		区 分	1ヶ月当たりの上限額
生活保護受給者の方		第1段階	15,000 円
世帯全員の市町村民税が非課税の方	高齢福祉年金受給者の方		
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	第2段階	15,000 円（個人） 24,600 円（世帯）
	第2段階以外の方（課税年金収入が80万円超120万円以下の方など）	第3段階①	24,600 円
	第2段階以外の方（課税年金収入が120万円超の方など）	第3段階②	
市町村民税が課税の方	課税所得が380万円（年収約770万円）未満の方	第4段階	44,400 円
	課税所得が380万円～690万円（年収約1,160万円）未満の方		93,000 円
	課税所得が690万円以上の方		140,100 円

(2) サービス利用料金（1日あたり）【基本報酬・基本型】

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額が、下記料金表の自己負担額となります。（サービス利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）尚、居住費と食費については全額自己負担となります。

令和8年8月1日

リハビリパークあやめ 料金表・基本型 【1割負担】

【従来型個室】※認知症の場合は、認知症ケア加算が追加されます。（76円/日：1ヶ月あたり2280円）

第四段階 本人が市民税非課税で、世帯の中に市民税課税者がいる方

本人が市民税課税されている方

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
基本サービス費	717円	763円	828円	883円	932円
食費	1,780円				
居住費	1,800円				
1日あたり	4,297円	4,343円	4,408円	4,463円	4,512円
自己負担30日	128,910円	130,290円	132,240円	133,890円	135,360円

第三段階② 世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計が120万円超の方

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
基本サービス費	717円	763円	828円	883円	932円
食費	1,420円				
居住費	1,470円				
1日あたり	3,607円	3,653円	3,718円	3,773円	3,822円
自己負担30日	108,210円	109,590円	111,540円	113,190円	114,660円

第三段階① 世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計が80万円超120万円以下の方

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
基本サービス費	717円	763円	828円	883円	932円
食費	680円				
居住費	1,370円				
1日あたり	2,767円	2,813円	2,878円	2,933円	2,982円
自己負担30日	83,010円	84,390円	86,340円	87,990円	89,460円

第二段階 世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計が80万円以下の方

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
基本サービス費	717円	763円	828円	883円	932円
食費	390円				
居住費	550円				
1日あたり	1,657円	1,703円	1,768円	1,823円	1,872円
自己負担30日	49,710円	51,090円	53,040円	54,690円	56,160円

(2) サービス利用料金（1日あたり）【基本報酬・基本型】

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額が、下記料金表の自己負担額となります。（サービス利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）尚、居住費と食費については全額自己負担となります。

令和8年4月1日

リハビリパークあやめ 料金表・基本型【2割負担】

【従来型個室】 ※認知症棟の場合は、認知症ケア加算が追加されます。

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
基本サービス費	1,434円	1,526円	1,656円	1,766円	1,864円
食費	1,780円				
居住費	1,800円				
1日あたり	5,014円	5,106円	5,236円	5,346円	5,444円
自己負担30日	150,420円	153,180円	157,080円	160,380円	163,320円

リハビリパークあやめ 料金表・基本型【3割負担】

【従来型個室】 ※認知症棟の場合は、認知症ケア加算が追加されます。

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
基本サービス費	2,151円	2,289円	2,484円	2,649円	2,796円
食費	1,780円				
居住費	1,800円				
1日あたり	5,731円	5,869円	6,064円	6,229円	6,376円
自己負担30日	171,930円	176,070円	181,920円	186,870円	191,280円

※当施設があります大崎市は、1単位＝10円に料金換算され、その1割から3割が利用者負担となっており、負担割合は個人ごとに異なりますので、「介護保険負担割合証」をご確認下さい。
 ※第4段階の食事内訳 朝食:530円 昼食:600円 夕食:650円（おやつ代含む）
 ※第4段階の設定金額は、地価や食材料費その他の要因が大幅に変更された場合には変更される場合がございます。

＜居住費、食費に関する減額の対象について＞

負担限度額認定を受けている場合には、下記の表に記載されている上限額となります。

対象となる方		区 分	居住費自己負担額	食費自己負担額
市 町 村 民 税 が 世帯で非課税の方	生活保護受給者の方	第1段階	550円	300円
	老齢福祉年金受給者の方			
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方など	第2段階	550円	390円
	第2段階以外の方（課税年金収入が80万円超120万円以下の方など）	第3段階①	1,370円	680円
	第2段階以外の方（課税年金収入が120万円超の方など）	第3段階②	1,470円	1,420円

その他の加算	令和8年7月1日	1割負担	2割負担	3割負担
☐ 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		258円	516円	774円
☐ 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		200円	400円	600円
☐ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)		240円	480円	720円
☐ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)		120円	240円	360円
☐ 認知症ケア加算		76円	152円	228円
☐ 若年性認知症利用者受入加算		120円	240円	360円
☐ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		51円	102円	153円
☐ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		51円	102円	153円
☐ 外泊時費用		362円	724円	1,086円
☐ 外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)		800円	1600円	2,400円
☐ 初期加算(Ⅰ)		60円	120円	180円
☐ 初期加算(Ⅱ)		30円	60円	90円
☐ 退所時栄養情報連携加算		70円	140円	210円
☐ 再入所時栄養連携加算(1人につき1回限度)		200円	400円	600円
☐ 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)		450円	900円	1,350円
☐ 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)		480円	960円	1,440円
☐ 試行的退所時指導加算		400円	800円	1,200円
☐ 退所時情報提供加算(Ⅰ)		500円	1000円	1,500円
☐ 退所時情報提供加算(Ⅱ)		250円	500円	750円
☐ 入退所前連携加算(Ⅰ)		600円	1200円	1,800円
☐ 入退所前連携加算(Ⅱ)		400円	800円	1,200円
☐ 協力医療機関連携加算(1)(R6年度まで)/月		100円	200円	300円
☐ 協力医療機関連携加算(1)(R7年度から)/月		50円	100円	150円
☐ 協力医療機関連携加算(2)(R7年度から)/月		5円	10円	15円
☐ 栄養マネジメント強化加算(1日)		11円	22円	33円
☐ 口腔衛生管理加算(Ⅰ)(1月につき)		90円	180円	270円
☐ 口腔衛生管理加算(Ⅱ)(1月につき)		110円	220円	330円
☐ 療養食加算(1食)		6円	12円	18円
☐ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ		140円	280円	420円
☐ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ		70円	140円	210円
☐ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)		240円	480円	720円
☐ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)		100円	200円	300円
☐ 緊急時治療管理		518円	1036円	1,554円
☐ 所定疾患施設療養費(Ⅰ)(1月に1回7日を限度)		239円	478円	717円
☐ 所定疾患施設療養費(Ⅱ)(1月に1回10日を限度)		480円	960円	1,440円
☐ 認知症専門ケア加算(Ⅰ)		3円	6円	9円
☐ 認知症専門ケア加算(Ⅱ)		4円	8円	12円
☐ 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)		150円	300円	450円
☐ 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)		120円	240円	360円
☐ 認知症行動・心理症状緊急対応加算		200円	400円	600円
☐ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)(1月につき)		53円	106円	159円
☐ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)(1月につき)		33円	66円	99円
☐ 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(1月につき)		3円	6円	9円
☐ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)(1月につき)		13円	26円	39円
☐ 排せつ支援加算(Ⅰ)(1月につき)		10円	20円	30円
☐ 排せつ支援加算(Ⅱ)(1月につき)		15円	30円	45円
☐ 排せつ支援加算(Ⅲ)(1月につき)		20円	40円	60円
☐ 自立支援推進加算(1月につき)		300円	600円	900円
☐ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(1月につき)		40円	80円	120円
☐ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)		60円	120円	180円
☐ 安全対策体制加算(入所中1回)		20円	40円	60円
☐ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)(1月につき)		10円	20円	30円
☐ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)(1月につき)		5円	10円	15円
☐ 新興感染症等施設療養費(1月に1回5日を限度)		240円	480円	720円
☐ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(1月につき)		100円	200円	300円
☐ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)		10円	20円	30円
☐ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22円	44円	66円
☐ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		18円	36円	54円
☐ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		6円	12円	18円
☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	1ヶ月の全体の合計単位数に(90/1000)をかけたもの			
☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	1ヶ月の全体の合計単位数に(97/1000)をかけたもの			
☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	1ヶ月の全体の合計単位数に(86/1000)をかけたもの			
☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	1ヶ月の全体の合計単位数に(93/1000)をかけたもの			
☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	1ヶ月の全体の合計単位数に(69/1000)をかけたもの			
☐ 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	1ヶ月の全体の合計単位数に(59/1000)をかけたもの			

(3) その他、ご希望によりご負担いただくもの

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

①理容・美容

月に1回、委託しております理美容師の出張によるサービスをご利用いただけます。

- | | |
|----------------------|----------------------|
| ・カット＋顔剃り 2,700 円 | ・顔剃りのみ 1,200 円 |
| ・毛染め 5,300 円 | ・パーマ 5,000 円 |
| ・カット＋顔剃り＋毛染め 6,500 円 | ・カット＋顔剃り＋パーマ 6,200 円 |

②レクリエーション

ご利用者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

③複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録を申請書を提出していただき閲覧できますが、
複写物を必要とする場合には下記をご負担いただきます。

写真1枚につき 35 円 コピー1枚につき 20 円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、負担いただくものは以下の通りです。

- ・洗濯代 700 円／4kg (ドライ品などお受けできないものがあります。)
- ・電気代 1日あたり 70 円 (テレビ、オーディオ等をお持ちの方)

⑤診断書代

- | | |
|-------------------|-------------------|
| ・簡単な証明書 1,100 円／枚 | ・入所証明書 5,500 円／枚 |
| ・簡単な診断書 3,300 円／枚 | ・複雑な診断書 7,700 円／枚 |
| ・死亡診断書 11,000 円／枚 | |

⑥インフルエンザ予防接種料

公費負担の場合：予防接種法により市町村が決定

公費負担にならない場合：1回 4,000 円

※おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

⑦歯科往診代

定期的に歯科往診を行っております。

※お支払いについては、施設料金とは別に、ご家族様から歯科医院に直接のお支払いになります。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用につきまして、請求書は毎月15日には発送いたします。その月の月末までにお振込みください。

7. 苦情の受付・ご相談について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 遊佐 美江（介護支援専門員）

○受付時間 月曜日～金曜日 TEL 0229-22-7600（8：30～17：30）

月曜日～日曜日 FAX 0229-23-1030（24時間）

また、ご意見箱を玄関ロビーと2階（2ヶ所）に設置しています。

苦情対応フローは別紙の通り。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

大崎市役所 介護福祉課	所在地 大崎市古川七日町1番1号 電話番号 0229-23-6085 FAX 0229-24-1456 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
加美町 保健福祉課 高齢者福祉係	所在地 加美町字西田4番7番地1 電話番号 0229-63-7872 FAX 0229-63-7873 受付時間 8時30分～17時15分
気仙沼市役所 高齢介護課	所在地 気仙沼市八日町一丁目1番1号 電話番号 0226-22-6600 FAX 0226-24-3566 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
気仙沼市 地域包括支援センター	所在地 気仙沼市八日町一丁目1番1号 電話番号 0226-22-3463 FAX 0226-24-3566 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
栗原市 市民生活部 介護福祉課	所在地 栗原市築館薬師一丁目7番1号 電話番号 0228-22-1350 FAX 0228-22-0340 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
大和町 保健福祉課	所在地 大和町吉岡字西松木1番地1 電話番号 022-345-7221 FAX 022-345-7240 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時30分
登米市 長寿介護課	所在地 登米市南方町新石浦130番地 電話番号 0220-58-5551 FAX 0229-58-2375 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
東松島市 福祉課高齢介護班	所在地 東松島市矢本字上河戸36番地1 電話番号 0225-82-1111 FAX 0225-82-1392 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
美里町 健康福祉課 介護保険係	所在地 美里町牛飼字新町51 電話番号 0229-32-2941 FAX 0229-32-2942 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
涌谷町 健康課 国保介護班	所在地 涌谷町涌谷字中江南278番地 電話番号 0229-43-5111 FAX 0229-43-5717 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
国民健康保険団体連合会	所在地 仙台市青葉区上杉1丁目2番3号 電話番号 022-222-7700 FAX 022-222-7260 受付時間 毎週月～金曜日 9時～16時
宮城県社会福祉協議会	所在地 仙台市青葉区本町3丁目7番4号 電話番号 022-225-8476 FAX 022-265-4469 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時

8. 非常災害時の対応

(1) 非常災害時の対応

利用者の安全を確保する為、別に定める当施設の「消防計画」により対応を行います。

(2) 非常災害時の訓練

別に定める当施設の「消防計画」により、年2回（昼間想定1回、夜間想定1回）利用者も含めて実施致します。

(3) 防災設備

スプリンクラー設備、自動火災報知設備、非常放送設備、避難誘導灯、避難用すべり台、非常用自家発電装置、消火器

9. 外出・外泊について

(1) 外出・外泊の必要性

画一的になりがちな施設生活から離れ、気分転換する機会を持つとともに、定期的な外出・外泊は本人の生活における具体的な目標が生まれます。

(2) 外出・外泊届け

外出・外泊の際は外出・外泊届を提出していただきます。支援相談員までお声がけください。

(3) 外出・外泊の注意点

外出・外泊の際は健康状態等を職員に確認の上行ってください。また緊急時に備えて行き先、連絡先等を必ず届け出てください。

(4) 外出・外泊の依頼

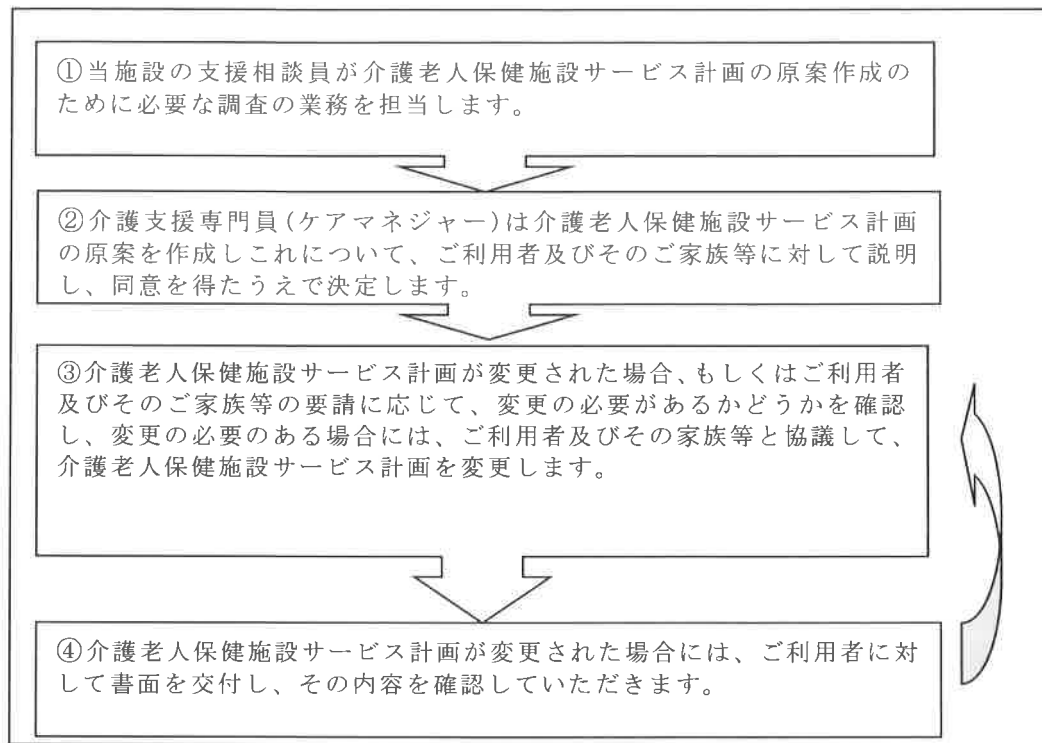
ご本人の申し出や必要性によって施設側からご家族様に外出・外泊の依頼をする場合があります。

(5) 外出・外泊の中止

外出・外泊の前日、又は当日の朝に、ご本人の体調不良が見られたり、体調変化が予見される状況にあった場合には外出・外泊を中止していただきます。その場合は支援相談員より速やかに電話連絡いたします。

10. サービス提供までの流れ

- (1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護老人保健施設サービス計画」に定めます。サービス提供までの流れは次の通りです。



- (2) 要介護認定を受けていない場合

要介護認定の申請に必要な支援を行います。

11. サービス提供における施設の義務

当施設では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の申請に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなどご利用者もしくはご家族の同意を得て、身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関等への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥施設及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

1 2. サービスの利用に関する留意事項

当施設のご利用にあたって、サービスを利用されているご利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

金銭・貴重品の持ち込みは原則禁止と致します。

また、事故防止のため、飲食物（酒類も含む）、ペット、危険物（刃物、ライター、带状のものなど）の持ち込みはご遠慮ください。

なお、自己管理による紛失・盗難・破損・事故については当施設では責任を負いかねますので、あらかじめご了承ください。

(2) 施設・設備の使用上の注意

・居室及び共用施設、設備等をその本来の用途に従って利用して下さい。

・施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

・当施設の職員や他利用者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(3) 喫煙

喫煙はできません。

(4) サービス利用中の医療の提供について

当施設の医師では対応が困難と医師が認めた場合、施設医師から保険医への情報提供により、下記協力医療機関等において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	古川星陵病院
所在地	大崎市古川南町 3 丁目 1-3-5

医療機関の名称	永仁会病院
所在地	大崎市古川旭 2 丁目 5-1

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	古川民主病院歯科
所在地	大崎市古川駅東 2 丁目 11-14

その他の医療機関にも協力頂いております。

(5) 入所者に係る往診及び通院（他科受診）について

① 比較的安定している病状に対する医療については施設で対応いたします。入所者の傷病等からみて必要な場合には往診、通院を認めますが、不必要に往診を求めたり通院をさせることは認められません。

② 受診される場合は、提供している介護保険施設サービスについて必要な事項が記載されている入所者の健康手帳及び介護保険法 12 条第 3 項に規定する被保険者証を携えて受診しなければなりません。

③ 受診される場合は、当施設医師による受診先病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、診療状況に関する情報提供（診療情報提供書）が必要です。

④ 当施設で通常行えない医療行為については保険請求が一部認められております。具体的な取り扱いは別表の通りです。

当施設で通常行えない医療行為については、保険医療機関を受診することになり、保険請求が認められております。具体的取扱いは次の通りです。

(算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」)

項 目	小 項 目	併設保険 医療機関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
指導管理等	寝たきり老人退院時共同指導料	×	○
	診療情報提供料（B）	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	抗悪性腫瘍剤	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○

◎当施設は表の「その他」をご参照ください。

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、特掲診療料の施設基準等（平成 16 年厚生労働省告示第 50 号）第 16 及び別表第 12 により規定されているものです。

1 3. 損害賠償について

介護老人保健施設では積極的な残存機能の活用、自発的行動、生活範囲の拡大を狙ったリハビリテーションを計画、実行することを特色としたケア方針をとっております。ご本人の判断能力、身体能力を把握した上で、自主訓練、介助量の調整、単独での生活行為等を設定しております。消極的・安静安楽と積極的・自立度向上は相反することが多く、リハビリには転倒・転落等、事故リスクが伴うことも入所決定の際にご了承ください。また、加齢に伴う嚥下機能低下は脳疾患の有無に関係なく、すべての方に当てはまる事と考えます。想定し配慮を厚くしている方以外にも、誤嚥は体調等により起こりうる事故であることもご確認ください。以上の内容は見守りの量や個々の設定した想定リスク毎に異なりますので、設定したケアプランの配慮に不足が認められた場合にはお申し出ください。事業者の責任によりご契約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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況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。

1 4. サービス終了について

次の事項に該当する場合には、当施設での利用は終了（退所）となります。

- | |
|--|
| ①ご利用者が死亡した場合
②ご利用者が入院された場合
③要介護認定によりご利用者の心身の状況が要支援又は自立と認定された場合 |
|--|

(1) ご利用者からの退所の申し出

当施設を利用中であっても、次の場合には退所することができます。

- | |
|--|
| ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
②ご利用者の「施設サービス計画（ケアプラン）」が変更され同意できない場合 |
|--|

(2) 施設からご利用者への退所の申し出

次の場合には、ご利用者への退所の申し出をさせていただきます。

- | |
|--|
| ① 利用者が、入所利用開始に際し、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果入所利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、利用者に対し支払い請求の告知をしたにもかかわらず、14日以内に支払われない場合
③ご利用者が、故意又は重大な過失により施設又はサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって入所利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
④施設職員及び他のご利用者に対し、ご利用者・ご契約者または身元引受人・その他ご家族からの暴言、暴力、性的嫌がらせ、威嚇行為、施設内における喫煙・飲酒等の迷惑行為があったとき。
⑤施設職員に対し、ご利用者・ご契約者または身元引受人・その他ご家族から、長時間にわたる抗議や過度な要求等、施設の円滑な業務を妨げる行為があったとき。 |
|--|

(3) 在宅復帰に向けての援助

施設は、ご利用者の心身の状況等を勘案し、施設サービス計画を基本的に3ヶ月毎に見直しを行い、在宅復帰に向けて必要な援助を行うよう努めます。

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設における施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設 リハビリパークあやめ

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、十分に理解した上で介護老人保健施設における施設サービスの重要事項の説明に同意致しました。

尚、下記の料金に関しては以下の条件で利用を希望致します。

料金区分	療養室区分	要介護区分		介護保険負担限度額認定
	従来型個室	要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5		第一段階
	基本報酬区分			第二段階
	基本型			第三段階 1
	その他型			第三段階 2
	一般棟			非該当
	認知症専門棟			

洗濯料金 700円／1袋（1袋4kg、ドライ品など生地によってはお受けできないものもございます。）

同意欄 : 施設での洗濯を ☐ 希望します ☐ 希望しません

※尚、ご希望なさらないご利用者様の私物洗濯は、ご家族様に対応をお願い致しております。

電気料金 1日あたり 70円

（電気使用料金対象電化製品例 : テレビ、オーディオ、その他）

同意欄 : 電化製品の持込を ☐ 希望します ☐ 希望しません

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

保証人 住所 _____

氏名 _____ 印

個人情報利用同意書（入所）

私（利用者及び家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

＜法令に基づき事業者が行うべき義務として明記されているもの＞

- ① 利用者の介護サービス向上のための、個別施設サービス計画書にかかわる会議
- ② かかりつけ医との協議
- ③ 利用者に居宅サービス計画書を提供する他の居宅介護サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議など）
- ④ 事故発生時の市町村への報告
- ⑤ 利用者の苦情等に対して市町村が行う調査への協力
- ⑥ 利用者の病状の急変等、医療機関への連絡
- ⑦ 損害賠償保険にかかわる保険会社への相談又は届出等

＜任意に事業者が行うもの＞

- ① 施設での学生の実習への協力
- ② 施設職員が参加する研修等（ケーススタディ資料など）

2. 情報提供事業者

- ① 医療機関（病院・診療所）、②居宅介護支援事業所

3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4. 使用条件

- ① 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外に漏れないよう細心の注意を払う。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

令和_____年_____月_____日

医療法人 杏林会 介護老人保健施設 リハビリパークあやめ

利用者 住所_____

氏名_____印

ご家族等 住所_____

氏名_____印

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

施設名：介護老人保健施設リハビリパークあやめ

提供するサービス事業：入所・短期入所(介護予防)

通所リハビリテーション(介護予防)

1. 利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口、担当者の設置

- ・ 相談、苦情に対する常設の窓口を支援相談員が担当する。
- ・ 担当者不在の場合でも他の職員が対応できるように、相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐ体制を整える。

担当者： 遊佐 美江 (介護支援専門員)

(TEL) 0229-22-7600

対応時間 月～金 8:30～17:30

(FAX) 0229-23-1030

対応時間 月～日 24 時間

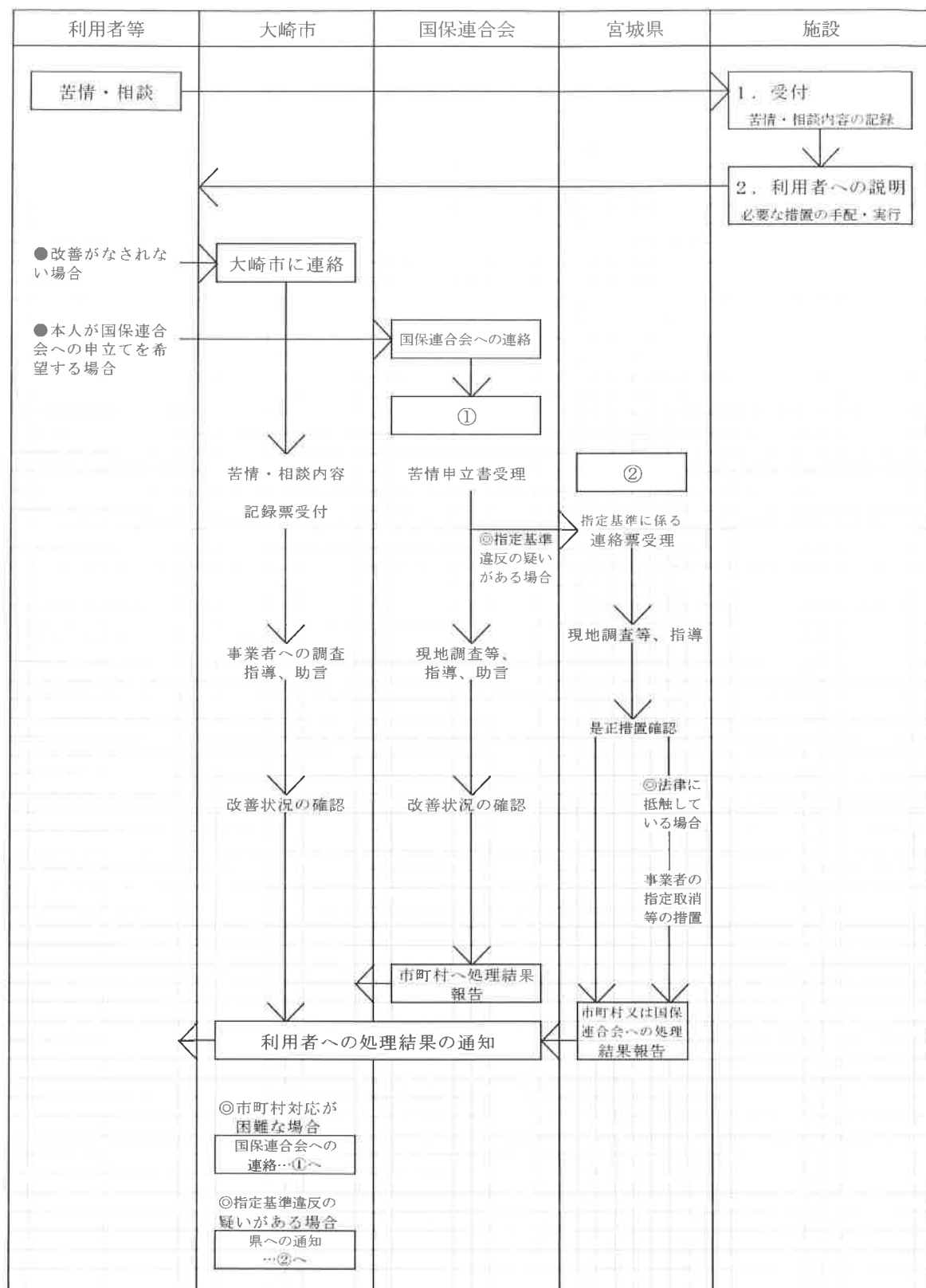
(トラブルホットライン) 0120-150-300 (八戸本部)

対応時間 月～金 8:30～17:30

2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順

- 苦情があった場合、担当の支援相談員が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実の確認をする。
- 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員に事実を確認する。
- 必要に応じて職員会議を招集しその結果に基づいた対応を協議する。
- 施設長に経過を報告し、具体的に対応を行う。
- 苦情の記録は台帳に保管し再発の防止に役立てると同時にサービス向上を図る。

リハビリパークあやめ苦情対応フロー



事故発生時の対応

1、利用者の状態の把握（医師、若しくは看護師） □レベルⅠの場合 →→ □レベルⅡ以上の場合 ①応急処置に全力を尽くす ②医師、看護リーダーに報告し指示を受ける →→ ③支援相談員を通じ家族に連絡のうえ事故の状況、利用者の状況、処置について説明する ④施設長、事務長に報告 □レベルⅢ以上の場合 ①医師の指示を受け、医療機関入院の手続きを行う ②救急処置、経過を記録する ③事故に関連した物品をそのまま保全する ④施設長以下各リーダーに報告 2、再発防止に向けた検討会議等を行う 事故の状況については、その大小に関わらず事故報告書を提出すること。 リーダー会議、リスクマネジメント委員会において再発防止に向けた善後策を検討すると同時に、サービスの質の向上を図る。	支援相談員を通じて家族に連絡 受診が必要な場合は指示に従い手続きを進める ※レベルⅢ以上の事故は事故状況に応じ市町村に連絡
--	--

障 害 の 程 度	
レベルⅠ	異常なし
レベルⅡ	バイタルサインの変化、観察強化、要検査
レベルⅢ	施設外治療が必要な軽度の障害
レベルⅣ	入院加療が必要な障害
レベルⅤ	後遺症が残る障害或いは死亡
その他	精神的苦痛、器械・物品の破損

退所届

介護老人保健施設リハビリパークあやめを入所利用中ですが、貴施設における重要事説明書の内容に基づき退所することを届けます。

令和 年 月 日

介護老人保健施設
リハビリパークあやめ 施設長 殿

利用者名 印

住所 〒

電話番号 ()

署名代行者名 印 (続柄)

住所 〒

電話番号 ()

(署名代行の理由 ;)

介護老人保健施設リハビリパークあやめ 利用契約書

介護老人保健施設リハビリパークあやめ（以下、「甲」という）と利用者「（以下、「乙」という）は、甲の施設サービス利用にあたり、次の通り利用契約を締結する。

【第1条】 契約の主旨

本契約は、介護保険法等関係諸法令の定めるところにより、甲が看護、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、乙が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とともに、乙の居宅における生活への復帰を目的としたサービスを提供し、乙は甲に対しそのサービスに対する料金を支払うものとする。

【第2条】 契約の有効期間

本契約の有効期間は、入所日からであり、契約期間満了の2週間前までに乙、或いは第15条の身元引受人から退所の申し入れが無い場合には、契約は更に同じ条件で更新される。また、契約期間中、契約要件に変更が無い時は、初回契約により当施設を繰り返し利用できるものとする。

【第3条】 施設サービス計画

甲は介護支援専門員に、乙のための施設サービス計画を作成する業務を担当させる。

担当介護支援専門員が、乙のための施設サービス計画を作成する際には、乙、乙の身元引受人からよく事情を聞いて、利用者の有する能力や置かれている環境に基づいて、乙が最も人間的で自立した日常生活を送れるよう配慮する。

乙のための施設サービス計画を作成、変更する際には、担当介護支援専門員が計画または変更の原案を出した段階で、乙、または家族に説明し、同意を得ることとする。

【第4条】 利用料金

乙は、甲からサービスの提供を受けたときは、甲に対し、別紙料金表に記載されている自己負担分の利用料金を支払う。

【第5条】 身体拘束その他の行動制限

甲は、乙または他の利用者等の生命または身体の保護をするために緊急やむを得ない場合を除き、乙に対し、身体拘束その他の方法により乙の行動を制限しない。

甲が乙に対し、身体拘束その他の方法により乙の行動を制限する場合は、乙に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、乙には、その同意を得ることとする。

またこの場合、甲は、事前または事後速やかに、乙の身元引受人に対し、乙に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明をする。

甲が乙に対し、身体拘束その他の方法により乙の行動を制限した場合には第7条の介護サービス記録に次の事項を記載する。

- I 乙に対する行動制限を決定した者の氏名、制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
- II 乙の様態及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由
- III 前述に基づく甲の乙、若しくは身元引受人に対する説明の時期及び内容

【第6条】サービスの記録

甲は乙に対する施設サービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間は保存する。

乙及び乙の身元引受人は、甲に対しいつでも、前述の記録の閲覧・謄写を求めることができる。ただし謄写の場合、甲は実費相当額を請求者に請求することができる。

【第7条】利用者および身元引受人の解約権

乙、身元引受人は甲に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができる。この場合は、2週間以上の予告期間を以って届け出るものとし、予告期間満了日にこの契約は解除される。

【第8条】本施設の解除権

甲は、乙が次の各号に該当する場合には、3週間以上の予告期間も以ってこの契約を解除することができる。

- I 乙が正当な理由なく、利用料その他乙が甲に支払うべき費用を3ヶ月以上滞納し、相当期間を定めた催促にも拘らず、これが支払われていないとき。
- II 乙の行動が、甲またはサービス従事者もしくは他の利用者の生命、身体、財物、信用等に重大な影響を及ぼすおそれがあり、甲において十分な援助を尽くしてもこれを防止できないとき。
- III 乙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、甲において十分な援助を尽くしてもこれを防止できないとき。
- IV 乙が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。また、甲、サービス従事者または他の入所者等に対して、利用継続が困難となる背信行為または反社会的行為を行ったとき。
- V 施設職員及び他のご利用者に対し、ご利用者・ご契約者または身元引受人・その他ご家族からの暴言、暴力、性的嫌がらせ、威嚇行為、施設内における喫煙・飲酒等の迷惑行為があったとき。
- VI 施設職員に対し、ご利用者・ご契約者または身元引受人・その他ご家族から、長時間にわたる抗議や過度な要求等、施設の円滑な業務を妨げる行為があったとき。

【第9条】契約の終了

次の各号に該当する場合は、本契約は終了する。

- I 第2条により、契約期間満了日の2週間以上前までに利用者から更新拒絶の申し入れがあり、かつ契約期間満了したとき。
- II 要介護認定の更新において、利用者が自立または要支援を認定されたとき。
- III 利用者が死亡したとき。
- IV 利用者において他の介護保険施設への入所が決まり、その施設において利用者を受け入れる態勢が整ったとき。
- V 本施設が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により本施設を閉鎖した場合や、本施設が介護保険の指定を取り消した場合、又は指定を辞退した場合。

【第10条】 契約終了後の退所と清算

この契約終了後、利用者はただちに本施設を退所します。契約期間中に契約が終了した場合、サービスの未給付分について本施設が既に受領している利用料があるときは、本施設は利用者に対し相当額を返還する。

この契約の終了により利用者が本施設を退所することになったときは、本施設はあらかじめ利用者の受入先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業所またはその他の保健機関、医療機関、若しくは福祉サービス機関等と連携し、利用者の生命・健康に支障のないよう円滑な退所の為に必要な援助を行う。

【第11条】 守秘義務

本施設の職員は、正当なる理由が無い限り、業務上知り得た利用者、利用者の家族または身元引受人の秘密を保持する。また本施設は、本施設の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者、利用者の家族または身元引受人の秘密を漏らすことが無いよう必要な措置を講ずる。

本施設は、居宅介護支援事業所等必要な機関に対し利用者、利用者の家族または身元引受人に関する情報を提供する場合には、事前に文書により各関連する者の同意を得ることとする。

【第12条】 事故発生時の対応および損害賠償

本施設は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに利用者の身元引受人等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。この場合において、当該事故発生につき利用者の重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができる。

【第13条】 サービスに関する苦情処理

利用者、利用者の身元引受人は、本施設が提供する介護サービス等に疑問や苦情がある場合、いつでも窓口に問い合わせ及び申し立てを行うことができる。その場合、本施設は速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無並びに改善の方法について利用者で文書で報告する。

【14条】 契約書発行

本施設は利用者に対し、本契約を証するため、利用者・本施設は署名または記名、捺印の上、本契約書を2部作成し、利用者・本施設各1部を保有する。

【15条】 身元引受人

身元引受人は、次の各号の責任を負います。

- I 利用者が疾病等により他の医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するよう協力すること（また、本施設は利用者及び身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡する場合がある）。
- II 契約終了の場合、本施設と連携して利用者の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること。
- III 利用者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引受その他必要な措置をすること。
- IV 利用者の施設での生活に関して、自立した日常生活を送れるよう協力をする事。

【第16条】 協議事項

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、本施設は介護保険法その他諸法令の定めるところに従い、利用者、身元引受人と誠意を持って協議するものとする。

令和 年 月 日

介護老人保健施設リハビリパークあやめ（以下『甲』）は施設利用者（以下『乙』）に対し、契約条項第3条により作成された乙のための施設サービス計画に基づき、「重要事項説明書」に記載された各種介護サービスを提供いたします。また、甲は乙に対し、前条により乙のための施設サービス計画が作成されるまでの間は、乙がその有する能力に応じて自立した日常生活を送れるよう配慮し、適切な各種介護サービスを提供いたします。

乙は甲の説明及び契約条項の内容を十分に理解し、また下記の料金区分を了承した上で、施設利用契約を締結いたします。

料 金 区 分	療養室区分	要介護区分		介護保険負担限度額認定
	従来型個室	要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5		第一段階
	基本報酬区分			第二段階
	基本型			第三段階 1
	その他型			第三段階 2
	一般棟			非該当
	認知症専門棟			

甲： 介護老人保健施設リハビリパークあやめ 施設長 医師 大西 善丈 印

（説明者職名 氏名 印）

乙： 氏名 印

住所

保証人（ ） 氏名 印

【 請求書、明細書の送付先 】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

【 緊急時連絡先 】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	

誓 約 書

この度入所に際し、下記事項を遵守し、身元引受人及び保証人と連帯してその責に任じ、決して貴施設にご迷惑をかけない事を約束いたします。

記

- 1、利用料の費用については貴施設から請求があり次第、必ず支払いいたします。
著しく遅延するような場合は、連帯保証人が入所者および身元引受人と連帯して支払いの責任を負います。
- 2、身元引受人及び連帯保証人が転居した場合、それを届け出ます。
- 3、諸規則ならびに療養及び生活の上での指示事項を遵守します。

入 所 者	
現住所	〒 -
電話	() -
ふりがな 氏 名	(印)
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
身 元 引 受 人	
現住所	〒 -
電話	() -
ふりがな 氏 名	(印)
続 柄	
連 帯 保 証 人 ①	
現住所	〒 -
電話	() -
ふりがな 氏 名	(印)
続 柄	
連 帯 保 証 人 ②	
現住所	〒 -
電話	() -
ふりがな 氏 名	(印)
続 柄	

* 記入上の注意 … 連帯保証人は独立した生計を営んでいる人であること。

「通所リハビリテーション」重要事項説明書

医療法人 杏林会

介護老人保健施設 リハビリパークあやめ

当施設は介護保険の許可を受けています。

(宮城県 第 0451580054 号)

当施設はご利用者に対して通所リハビリテーションサービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、通所に際してご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「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

○目次

1. 事業者の概要 (2ページ)
2. 事業所の概要(2ページ)
3. 事業の実施地域及び営業時間 (2ページ)
4. 職員の配置状況 (3ページ)
5. 施設が提供するサービスと利用料金 (3ページ)
6. 緊急時の対応 (4ページ)
7. 非常・災害時の対応 (5ページ)
8. 苦情受付、ご相談について (5ページ)
9. サービス提供までの流れ (6ページ)
10. サービス提供における施設の義務 (7ページ)
11. サービス利用に関する留意事項 (7ページ)
12. 損害賠償について (8ページ)
13. サービス終了について (8ページ)
14. 通所リハビリテーション利用同意書(9ページ)
15. 個人情報使用同意書(10ページ)
16. 通所中止届(11ページ)
17. 利用契約書(12ページ)
18. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(13ページ)

別紙 苦情対応フロー

別紙 事故発生時の対応

別紙 利用料金表

1. 事業者の概要

- (1) 法人名 医療法人 杏林会
(2) 法人所在地 東京都目黒区中央町2丁目5の12
(3) 電話番号 03-3792-3111
(4) 代表者氏名 理事長 石山 菜穂
(5) 設立年月日 平成2年2月1日

2. 事業所の概要

当施設は要介護状態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た自立した日常生活を営むことができるように医学的管理に基づいた看護、生活の介護、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーションを行い、心身機能の維持回復に努めることを目的とする。また、外出機会、対人交流を確保しながら、リハビリテーション、食事、入浴サービスを提供致します。利用者の健康管理、在宅生活でのご相談等、在宅で暮らすための援助も行います。

- (1) 施設の名称 医療法人 杏林会
介護老人保健施設 リハビリパークあやめ 通所リハビリテーション

- (2) 施設の所在地 〒989-6117 宮城県大崎市古川旭三丁目6番1号
電話番号 0229-22-7600

- (3) 施設長(管理者) 医師 氏名 大西 善丈

(4) ご利用施設の概要

敷地面積 3284.93㎡ ※静養室(和室)2室、通所利用者専用浴室、車椅子専用トイレ5ヶ所があります。
建物の構造 鉄筋コンクリート造3階建
建物の延べ床面積 4414.07㎡

通所リハビリテーション室 3階 216.74㎡

施設の周辺環境 宮城県北西部大崎地域に位置し、JR 東北新幹線古川駅より徒歩10分

- (5) 開設年月日 平成15年5月20日

- (6) 利用定員 30人

(7) 運営の方針

当施設にあっては、利用者個人の今日まで生きてきた生活スタイルを尊重し、生活の様式を極力変えることなく必要なリハビリと介護を行います。日常の文化的な生活を自立して営むことが出来るようにするために、必要な訓練を行います。また、家族との連携に配慮したサービス提供に心掛けます。

3. 事業の実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 大崎市(古川地区,三本木地区,岩出山地区) 美里町(小牛田地区)
※上記以外の地域にお住まいの方は相談によります。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土 (祝祭日を含む)
サービス提供時間	月～土 9時45分～15時15分

4. 職員の配置状況

当施設では、通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜ 主な職員の配置状況及び勤務体制と職務内容 ＞

職種	職員数	勤務体制	職務内容
1. 管理者(医師兼務)	1名	月・水・木・金 8:30～17:30	施設管理全般
2. 医師	1名	月・水・木・金 8:30～17:30	利用者の健康管理及び療養上の指導
3. 介護職員	3名	8:30～17:30	利用者の介護及び健康保持の相談・助言
4. リハビリ職員	2名	8:30～17:30	利用者に対しての機能訓練

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

①基本サービス(機能訓練・ケア・送迎)

理学・作業療法士により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練(その必要性に応じ個別リハビリテーションを実施)を計画・評価・実施します。介護職員の直接的な介護によりご本人・ご家族へのADL訓練法、介護方法を助言、指導致します。

②送迎

ご家庭から当施設まで送迎を致します。途中下車はできません。朝はご自宅内でお待ち下さい。

③食事

当施設では、利用者様からあらかじめ食事に関する希望や嗜好を聞き、それを基に管理栄養士の作成する献立により、栄養並びに身体状況を考慮した食事を提供します。

○食事時間 昼食:12:00～ おやつ:14:45～

④入浴

一般浴槽のほか、要介護度により車椅子等使用の方でもリフト浴を使用して入浴することができます。(行事の日には原則として入浴を行っておりません。)

⑤排泄

ご利用者の排泄の介助を行います。(おむつは原則としてお持込のものを使用致します。)

⑥相談指導等

在宅生活のご相談、健康管理のご相談をお受けし、快適に在宅生活が送れるよう助言、指導を行います。

※通所リハビリテーションに必要な情報として診断書等の書類を提出して頂くことがあります。

(2) サービス利用料金(1回あたり)

※別紙の通り

(3) その他、ご希望によりご負担いただくもの

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

①複写物の交付

ご利用者はサービス提供についての記録は、申請書を提出していただき閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

写真 1 枚につき 35円 コピー 1 枚につき 20円

②日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で負担いただくものは以下の通りです。

おむつ代:120円/枚 リハビリパンツ:200円/枚 パット:40円/枚

③診断書代

- ・簡単な証明書 1, 100円/枚 ・通所証明書 5, 500円/枚
- ・簡単な診断書 3, 300円/枚 ・複雑な診断書 7, 700円/枚

※ レクリエーションに係る道具や材料等に関しては、原則として施設で準備致します。

④食費（令和7年4月改正に伴う）

- ・600円/1 食

(4)利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用につきまして、請求書は毎月 15 日には発送いたします。

請求書は連絡帳に挟んでお渡ししますので、その月内にお振込みお願い致します。

(5)利用の中止・変更等について

ご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更する場合は、サービスの実施日前日までに申し出てください。

6. 緊急時の対応

(1)体調の急変

利用者の体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と医師が認めた場合、ご家族にお迎えに来て頂く方法での、病院受診をご要請致します。一刻を争う場合にはご家族に確認のうえ、救急車の対応を取らせて頂きます。通所前にあきらかに体調の不良が認められた場合には通所を中止し、かかりつけの医療機関にて受診して下さい。急変時に備え携帯電話等のご家族の連絡先をお知らせ下さい。

(2)送迎時の事故

送迎時に万が一事故が発生した場合には、速やかにご家族に連絡し、対応致します。有事の際には搭乗者保険等により医療費等のお支払いをさせていただきます。

(3)施設内での事故

施設内でサービス提供に伴って事故等が発生した場合には、利用者のご家族等に連絡し対応致します。

※当施設では、利用者の事故を未然に防ぐため、事故防止委員会を設置し定期的に委員会を開催しております。又、万が一事故が発生した場合、事故内容について状況を記録し、再発防止に努めます。（事故発生時の対応は別紙の通り）

7. 非常災害時の対応

(1) 非常災害時の対応

利用者の安全を確保するため、別に定める当施設の「消防計画」により対応を行います。

(2) 非常災害時の訓練

別に定める当施設の「消防計画」により、年2回(昼間想定1回・夜間想定1回)、利用者の方も含めて実施致します。

(3) 防災設備

スプリンクラー設備、自動火災報知設備、非常放送設備、避難誘導灯、避難用すべり台、非常用自家発電装置、消火器

8. 苦情の受付・ご相談について

(1) 施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は下記の通りです。

○苦情受付窓口

遊佐 美江 介護支援専門員

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

TEL 0229-22-7600 FAX 0229-23-1030(24時間受付)

また、ご意見箱を玄関ロビーと2階(2ヶ所)に設置しています。

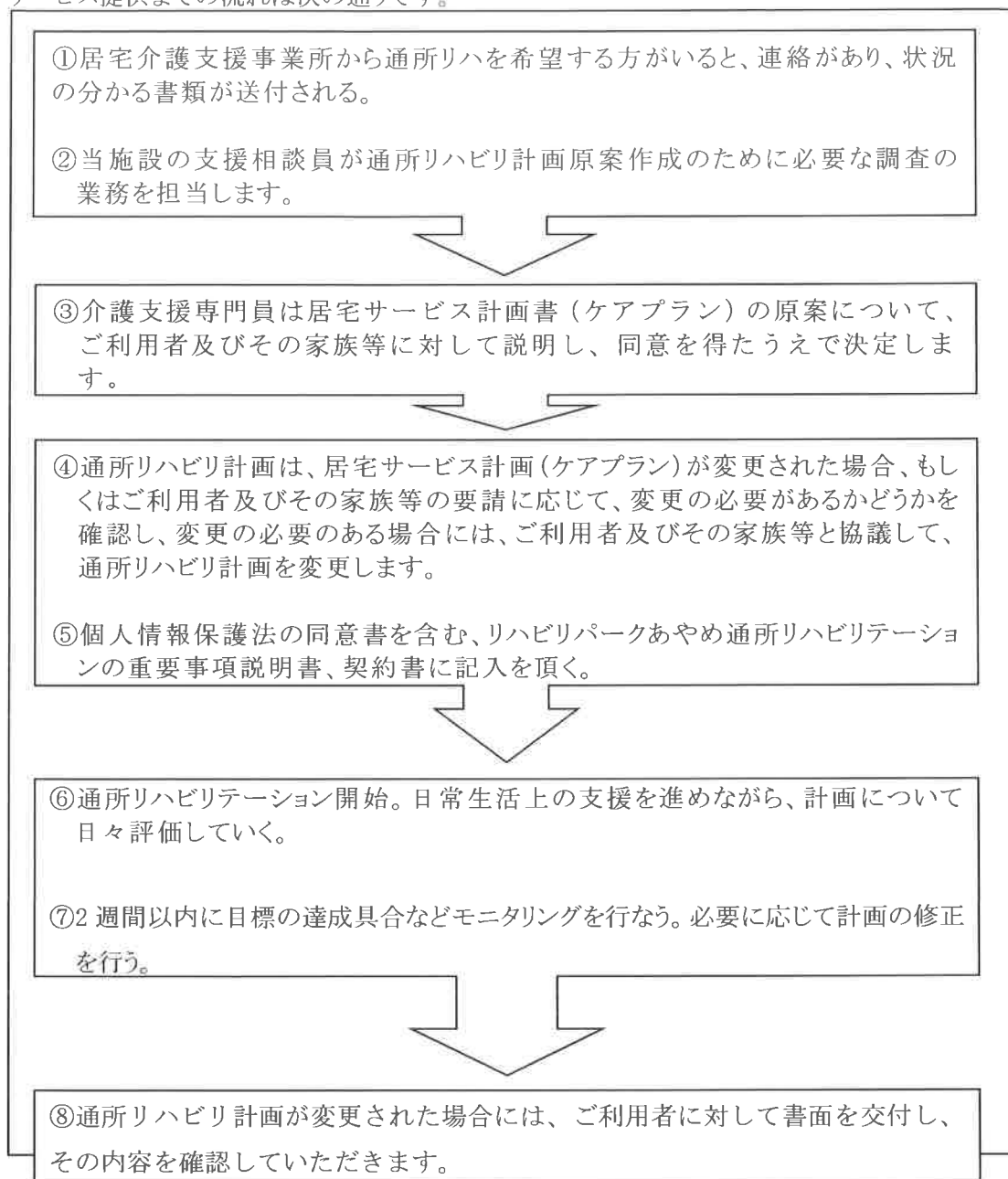
※ 苦情対応フローは別紙の通り

(2) 行政機関その他苦情受付機関

大崎市役所 高齢介護課	所在地 大崎市古川七日町1番1号 TEL 0229-23-6085 FAX 0229-24-1456 受付時間 月～金曜日 8時30分～17時15分
美里町 健康福祉課 介護保険係	所在地 美里町牛飼字新町 51 電話番号 0229-32-2941 FAX 0229-32-2942 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
国民健康保険団体連合会	所在地 仙台市青葉区上杉1-2-3 TEL 022-222-7700 FAX 022-222-7260 受付時間 月～金曜日 9時～16時
宮城県社会福祉協議会	所在地 仙台市青葉区本町3-7-4 TEL 022-225-8476 FAX 022-265-4469 受付時間 月～金曜日 8時30分～17時

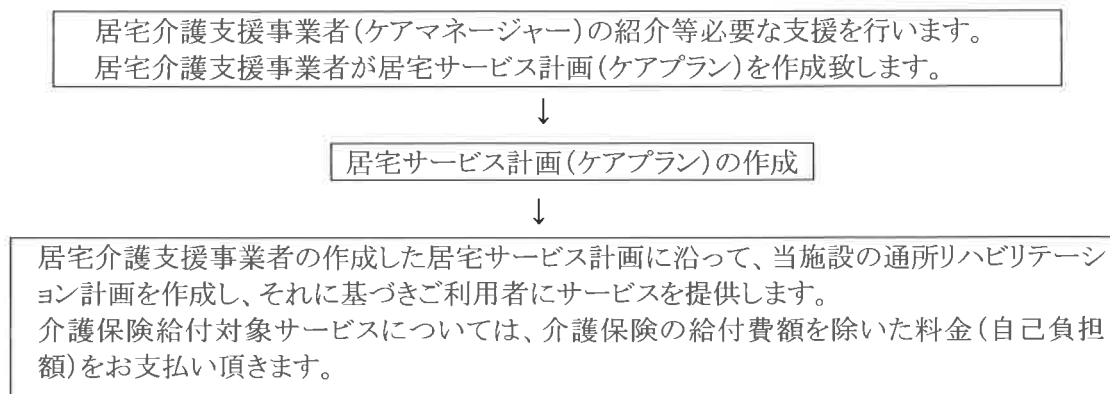
9. サービス提供までの流れ

- (1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画書(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、「通所リハビリテーション計画」に定めます。サービス提供までの流れは次の通りです。



- (2) ご利用者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合

要介護認定の申請に必要な支援を行います。

10. サービス提供における施設の義務

当施設では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の申請に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者又は他のご利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなどご利用者もしくはご家族の同意を得て、身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関等への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥サービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

11. サービスの利用に関する留意事項

当施設のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは持ち込むことができません。

食べ物、ペット、貴重品、現金、危険物

(2) 施設・設備の使用上の注意

施設・設備等をその本来の用途に従って利用して下さい。故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備等を破壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

(3) 当施設の職員や他利用者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(4) 金品の貸し借りを職員、利用者の間に行うことを堅く禁止致します。

(5) 喫煙はできません。

(6) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望、体調により、かかりつけの医療機関に連絡をとり、診療を受けることができます。

12. 損害賠償について

介護老人保健施設では積極的な残存機能の活用、自発的行動、生活範囲の拡大を狙ったリハビリテーションを計画、実行することを特色としたケア方針をとっております。ご本人の判断能力、身体能力を把握した上で、自主訓練、介助量の調整、単独での生活行為等を設定しております。消極的・安静安楽と積極的・自立度向上は相反することが多く、リハビリには転倒・転落等、事故リスクが伴うことも通所リハビリテーション利用決定の際にご了承ください。また、加齢に伴う嚥下機能低下は脳疾患の有無に関係なく、すべての方に当てはまる事と考えます。想定し配慮を厚くしている方以外にも、誤嚥は体調等により起こりうる事故であることもご確認ください。以上の内容は見守りの量は個々の設定した想定リスク毎に異なりますので、設定したケアプランの配慮に不足が認められた場合にはお申し出ください。事業者の責任によりご契約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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況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。

13. サービス終了について

次の事項に該当する場合には、当施設での利用は終了となります。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②ご利用者が入院(入所)となった場合
- ③要介護認定によりご利用者の心身の状況が要支援・自立と認定された場合

(1)ご利用者からの通所中止の申し出

当施設を利用中であっても、次の場合には、通所リハビリテーションを中止することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者の「居宅サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合で同意出来ない場合

(2)施設からの通所利用中止の申し出

次の場合には、通所利用中止の申し出をさせていただきます。

- ①ご利用者が、通所利用開始に際し、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果通所利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、利用者に対し支払い請求の告知をしたにもかかわらず、14日以内に支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により施設又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、通所利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④施設職員及び他のご利用者に対し、ご利用者・ご契約者または身元引受人・その他ご家族からの暴言、暴力、性的嫌がらせ、威嚇行為、施設内における喫煙・飲酒等の迷惑行為があったとき。
- ⑤施設職員に対し、ご利用者・ご契約者または身元引受人・その他ご家族から、長時間にわたる抗議や過度な要求等、施設の円滑な業務を妨げる行為があったとき。

通所リハビリテーション利用同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設リハビリパークあやめの通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設 リハビリパークあやめ

説明者 職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、十分に理解した上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した。

介護老人保健施設

リハビリパークあやめ 施設長 殿

利用者名 印 電話番号 ()

住所 〒

署名代行者名 印(続柄)電話番号 ()

住所 〒

(署名代行理由:)

保証人名 印(続柄)電話番号 ()

住所 〒

【 請求書の送付先 】

氏名	(続柄)
住所	〒
電話番号	

【 緊急時連絡先 】

氏名	(続柄)
住所	〒
電話番号	

個人情報使用同意書

令和 年 月 日

通所リハビリテーションサービスの提供に際し、診断書、診療情報提供書等の個人情報を検討会議並びにケアプラン作成等で、利用者へのサービスの質の向上を図るため使用させていただきます。また、利用者の容態に変化があった場合、又、利用者が当施設のサービス提供を終了し他の事業所を利用する際等必要と判断される場合は、病院や関係機関に必要な情報を提供する場合があります。

なお、これら業務上知り得た利用者及び家族の情報は、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は通所中止後も継続します。

説明者 介護老人保健施設

リハビリパークあやめ

職名

氏名

印

私は、個人情報に関する取扱の説明を受け、同意します。

介護老人保健施設

リハビリパークあやめ 施設長 殿

利用者名

印

署名代行者名

印

(続柄:)

署名代行理由

保証人名

印

(続柄:)

通所中止届

通所リハビリテーションを利用中ですが、貴施設における重要事説明書の内容に基づき通所利用を中止することを届けます。

令和 年 月 日

介護老人保健施設

リハビリパークあやめ 施設長 殿

＜サービス利用者＞

住所 〒

電話番号 ()

氏名 _____ 印 _____

(署名代行者)

住所 〒

電話番号 ()

氏名 _____ 印 _____

本人との関係

署名代行の理由

介護老人保健施設リハビリパークあやめ 利用契約書
(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)

介護老人保健施設リハビリパークあやめ(以下、「甲」という)と_____「(以下、「乙」という)は、甲の施設サービス利用にあたり、次のとおり利用契約を締結する。

【第1条】契約の主旨

本契約は、介護保険法等関係諸法令の定めるところにより、甲が介護及び機能訓練その他必要な日常生活上の支援を行うことにより、乙が有する能力に応じ円滑に日常生活を営むことができるようにすることを目的としたサービスを提供するものとする。

【第2条】契約の有効期間

契約の有効期間はサービス利用日からとし、契約期間満了の2週間前までに乙サービス停止の申し入れが無い場合には、契約は自動的に更新される。

【第3条】利用料金等の支払い

乙は甲からサービスの提供を受けたときは、甲に対し関係諸法令等で定められている負担金等または施設内で定められている料金等を支払う。

【第4条】協議事項

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、甲は介護保険法その他諸法令の定めるところに従い誠意を持って協議するものとする。

乙は甲の契約条項の内容を確認し施設サービス利用契約を締結いたします。

令和 年 月 日

甲：宮城県大崎市古川旭3-6-1

介護老人保健施設リハビリパークあやめ

施設長 大西 善丈 印

乙：住 所

氏 名 印

署名代行者：氏 名 印

(続柄：)

署名代行の理由

乙代理人：住 所

氏 名 印

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

施設名:介護老人保健施設リハビリパークあやめ

提供するサービス事業:入所・短期入所(介護予防)

通所リハビリテーション(介護予防)

1. 利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口、担当者の設置

- ・ 相談、苦情に対する常設の窓口を支援相談員が担当する。
- ・ 担当者不在の場合でも他の職員が対応できるように、相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐ体制を整える。

担当者: 遊佐 美江 (介護支援専門員)

(TEL)0229-22-7600 対応時間 月～金 8:30～17:30

(FAX)0229-23-1030 対応時間 月～日 24 時間

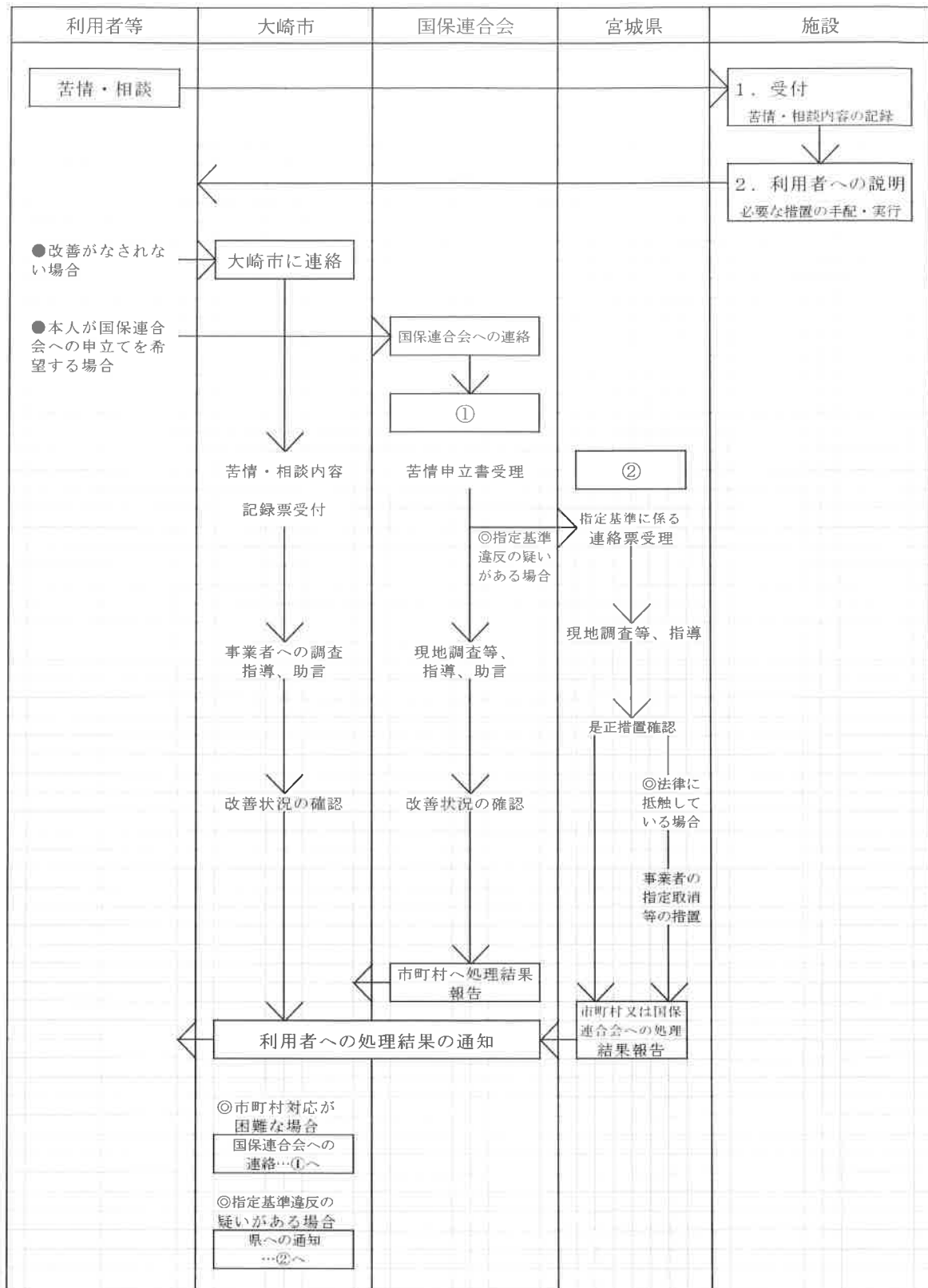
(トラブルホットライン)0120-150-300(杏林会マネジメントセンター)

対応時間 月～金 8:30～17:30

2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順

- 苦情があった場合、担当の支援相談員が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実の確認をする。
- 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員に事実を確認する。
- 必要に応じて職員会議を招集しその結果に基づいた対応を協議する。
- 施設長に経過を報告し、具体的に対応を行う。
- 苦情の記録は台帳に保管し再発の防止に役立てると同時にサービス向上を図る。

リハビリパークあやめ苦情対応フロー



事故発生時の対応

1、利用者の状態の把握（医師、若しくは看護師） □レベルⅠの場合 →→ □レベルⅡ以上の場合 ①応急処置に全力を尽くす ②医師、看護リーダーに報告し指示を受ける →→ ③支援相談員を通じ家族に連絡のうえ事故の状況、利用者の状況、処置について説明する ④施設長、事務長に報告 □レベルⅢ以上の場合 ①医師の指示を受け、医療機関入院の手続きを行う ②救急処置、経過を記録する ③事故に関連した物品をそのまま保全する ④施設長以下各リーダーに報告 2、再発防止に向けた検討会議等を行う 事故の状況については、その大小に関わらず事故報告書を提出すること。 リーダー会議、リスクマネジメント委員会において再発防止に向けた善後策を検討すると同時に、サービスの質の向上を図る。	支援相談員を通じて家族に連絡 受診が必要な場合は指示に従い手続きを進める ※レベルⅢ以上の事故は事故状況に応じ市町村に連絡
--	--

障 害 の 程 度	
レベルⅠ	異常なし
レベルⅡ	バイタルサインの変化、観察強化、要検査
レベルⅢ	施設外治療が必要な軽度の障害
レベルⅣ	入院加療が必要な障害
レベルⅤ	後遺症が残る障害或いは死亡
その他	精神的苦痛、器械・物品の破損

「介護予防通所リハビリテーション」 重要事項説明書

介護老人保健施設併設
指定介護予防通所リハビリテーション
リハビリパークあやめ

当施設は介護保険の許可を受けています。
(宮城県 第 0451580054 号)

当施設はご契約者に対して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。施設の概要や提供されるサービスの内容、通所に際してご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、原則として要支援認定の結果「要支援 1」「要支援 2」と認定された方が対象となります。要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

○目次

1. 事業者の概要 (2ページ)
2. 事業所の概要(2ページ)
3. 事業の実施地域及び営業時間 (2ページ)
4. 職員の配置状況 (3ページ)
5. 施設が提供するサービスと利用料金 (3ページ)
6. 緊急時の対応 (4ページ)
7. 非常・災害時の対応 (5ページ)
8. 苦情受付、ご相談について (5ページ)
9. サービス提供までの流れ (6ページ)
10. サービス提供における施設の義務 (7ページ)
11. サービス利用に関する留意事項 (7ページ)
12. 損害賠償について (8ページ)
13. サービス終了について (8ページ)
14. 通所リハビリテーション利用同意書(9ページ)
15. 個人情報使用同意書(10ページ)
16. 通所中止届(11ページ)
17. 利用契約書(12ページ)
18. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(13ページ)
 - 別紙 苦情対応フロー
 - 別紙 事故発生時の対応
 - 別紙 利用料金表

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 杏林会
(2) 法人所在地 東京都目黒区中央町2丁目5番12号
(3) 電話番号 03-3792-3111
(4) 代表者氏名 理事長 石山 菜穂
(5) 設立年月日 平成2年2月1日

2. 事業所の概要

当施設は要介護状態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た自立した日常生活を営むことができるように医学的管理に基づいた看護、生活の介護、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーションを行い、心身機能の維持回復に努めることを目的とする。また、外出機会、対人交流を確保しながら、リハビリテーション、食事、入浴サービスを提供致します。利用者の健康管理、在宅生活でのご相談等、在宅で暮らすための援助も行います。

- (1) 施設の名称 医療法人 杏林会
介護老人保健施設 リハビリパークあやめ 通所リハビリテーション

- (2) 施設の所在地 〒989-6117 宮城県大崎市古川旭三丁目6番1号
電話番号 0229-22-7600

- (3) 施設長(管理者) 医師 氏名 大西 善丈

- (4) ご利用施設の概要

敷地面積 3284.93㎡ ※静養室(和室)2室、通所利用者
建物の構造 鉄筋コンクリート造3階建 専用浴室、車椅子専用トイレが
建物の延べ床面積 4414.07㎡ 5ヶ所があります。
通所リハビリテーション室 3階 216.74㎡

施設の周辺環境 宮城県北西部大崎地域に位置し、JR 東北新幹線古川駅より徒歩10分

- (5) 開設年月日 平成15年5月20日

- (6) 利用定員 30人

- (7) 運営の方針

当施設にあつては、利用者個人の今まで生きてきた生活スタイルを尊重し、生活の様式を極力変えることなく必要なリハビリと介護を行います。日常の文化的な生活を自立して営むことが出来るようにするために、必要な訓練を行います。また、家族との連携に配慮したサービス提供に心掛けます。

3. 事業の実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 大崎市(古川地区、三本木地区、岩出山地区) 美里町(小牛田区)
※上記以外の地域にお住まいの方は相談によります。

- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土	祝祭日を含む
サービス提供時間	月～土	9時45分～15時15分

4. 職員の配置状況

当事業所では、介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜ 主な職員の配置状況及び勤務体制と職務内容 ＞

職種	職員数	勤務体制	職務内容
1. 施設長(医師兼務)	1名	月・水・木・金 8:30～17:30	施設管理全般
2. 医師	1名	月・水・木・金 8:30～17:30	利用者の健康管理及び療養上の指導
3. 介護職員	3名	8:30～17:30	利用者の介護及び健康保持の相談・助言
4. リハビリ職員	2名	8:30～17:30	利用者に対しての機能訓練

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

① 基本サービス(機能訓練・ケア・送迎)

理学・作業療法士により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練(その必要性に応じ個別リハビリテーションを実施)を計画・評価・実施します。介護職員の直接的な介護によりご本人・ご家族へのADL訓練法、介護方法を助言、指導致します。

② 送迎

ご家庭から当施設まで送迎を致します。途中下車はできません。朝はご自宅内でお待ち下さい。

③ 食事

当施設では、利用者様からあらかじめ食事に関する希望や嗜好を聞き、それを基に管理栄養士の作成する献立により、栄養並びに身体状況等を考慮した食事を提供します。

○食事時間 昼食:12:00～ おやつ:14:45～

④ 排泄

ご利用者の排泄の介助を行います。(おむつは原則としてお持込のものを使用致します。)

⑤ 相談指導等

在宅生活のご相談、健康管理のご相談をお受けし、快適に在宅生活が送れるよう助言、指導を行います。

※通所リハビリテーションに必要な情報として診断書等の書類を提出して頂くことがあります。

(2) サービス利用料金(1回あたり)

※別紙の通り

(3) その他、ご希望によりご負担いただくもの

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

①複写物の交付

ご利用者はサービス提供についての記録は、申請書を提出していただき閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

写真 1 枚につき 35円 コピー 1 枚につき 20円

②日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で負担いただくものは以下の通りです。

おむつ代:120円/枚 リハビリパンツ:200円/枚 パット:40円/枚

③診断書代

・簡単な証明書 1, 100円/枚	・通所証明書 5, 500円/枚
・簡単な診断書 3, 300円/枚	・複雑な診断書 7, 700円/枚

※ レクリエーションに係る道具や材料等に関しては、原則として施設で準備致します。

④食費（令和4年1月改正に伴う）

・600円/1食

(4) 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用につきまして、請求書は毎月 15 日には発送いたします。

請求書は連絡帳に挟んでお渡ししますので、その月内にお振込みお願い致します。

(5) 利用の中止・変更等について

ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更する場合は、サービスの実施日前日までに申し出てください。

6. 緊急時の対応

(1) 体調の急変

利用者の体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と医師が認めた場合、ご家族にお迎えに来て頂く方法での、病院受診をご要請致します。一刻を争う場合にはご家族に確認のうえ、救急車の対応を取らせて頂きます。通所前にあきらかに体調の不良が認められた場合には通所を中止し、かかりつけの医療機関にて受診して下さい。急変時に備え携帯電話等のご家族の連絡先をお知らせ下さい。

(2) 送迎時の事故

送迎時に万が一事故が発生した場合には、速やかにご家族に連絡し、対応致します。有事の際には搭乗者保険等により医療費等のお支払いをさせていただきます。

(3) 施設内での事故

施設内でサービス提供に伴って事故等が発生した場合には、利用者のご家族等に連絡し対応致します。

※当施設では、利用者の事故を未然に防ぐため、事故防止委員会を設置し定期的に委員会を開催しております。又、万が一事故が発生した場合、事故内容について状況を記録し、再発防止に努めます。（事故発生時の対応は別紙の通り）

7. 非常・災害時の対応

(1) 非常災害時の対応

利用者の安全を確保するため、別に定める当施設の「消防計画」により対応を行います。

(2) 非常災害時の訓練

別に定める当施設の「消防計画」により、年2回(昼間想定1回・夜間想定1回)、利用者の方も含めて実施致します。

(3) 防災設備

スプリンクラー設備、自動火災報知設備、非常放送設備、避難誘導灯、避難用すべり台、非常用自家発電装置、消火器

8. 苦情の受付・ご相談について

(1) 施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は下記の通りです。

○苦情受付窓口

遊佐 美江 介護支援専門員

○受付時間

毎週 月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

TEL 0229-22-7600 FAX 0229-23-1030(24時間受付)

また、ご意見箱を玄関ロビーと2階(2ヶ所)に設置しています。

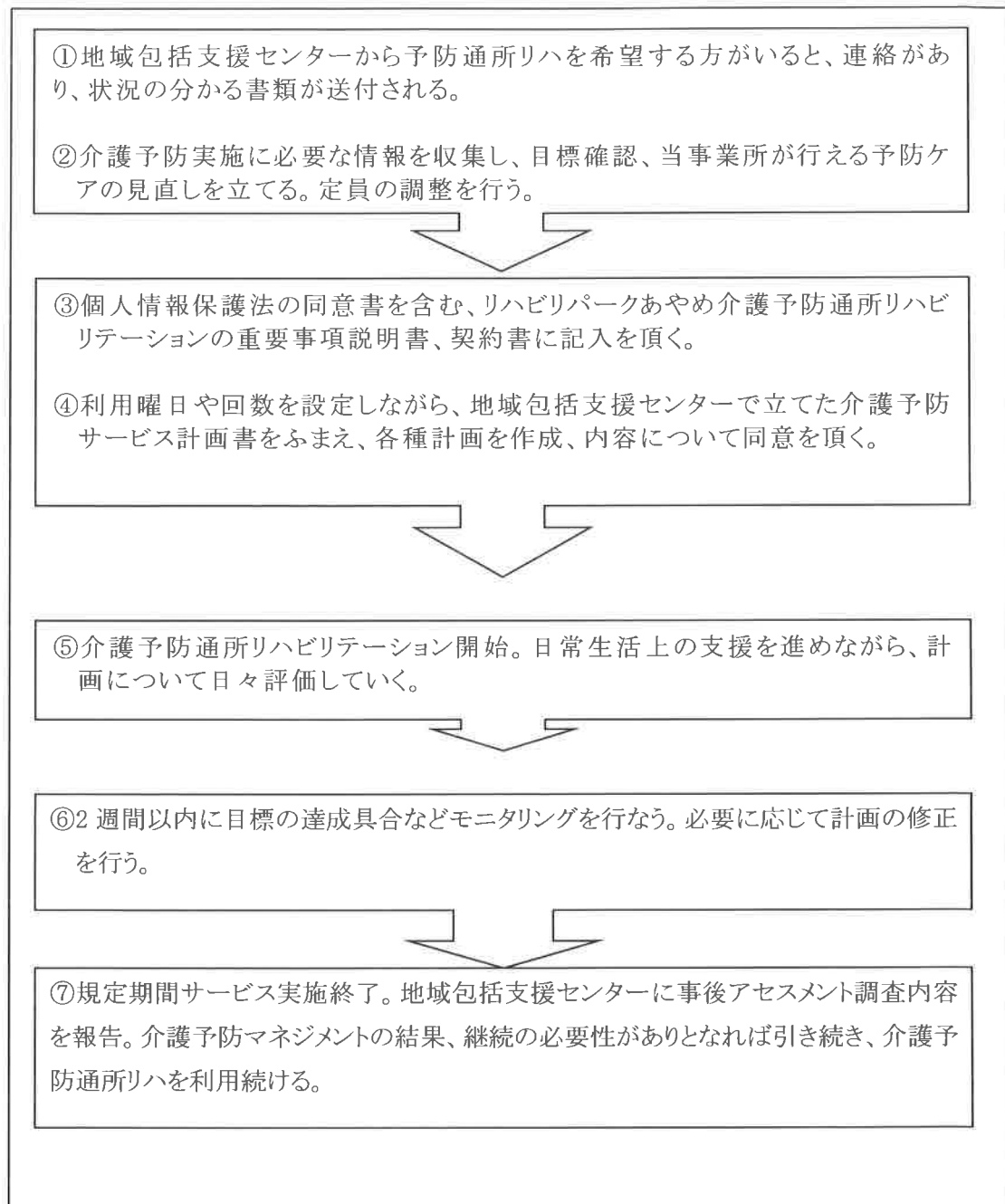
※ 苦情対応フローは別紙の通り

(2) 行政機関その他苦情受付機関

大崎市役所 高齢介護課	所在地 大崎市古川七日町1番1号 TEL 0229-23-6085 FAX 0229-24-1456 受付時間 月～金曜日 8時30分～17時15分
美里町 健康福祉課 介護保険係	所在地 美里町牛飼字新町51 電話番号 0229-32-2941 FAX 0229-32-2942 受付時間 毎週月～金曜日 8時30分～17時15分
国民健康保険団体連合会	所在地 仙台市青葉区上杉1-2-3 TEL 022-222-7700 FAX 022-222-7260 受付時間 月～金曜日 9時～16時
宮城県社会福祉協議会	所在地 仙台市青葉区本町3-7-4 TEL 022-225-8476 FAX 022-265-4469 受付時間 月～金曜日 8時30分～17時

9. サービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「各種予防サービス計画(各種計画)」に定めます。サービス提供までの流れは次の通りです。



- (2) ご契約者に係る「介護予防サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合または介護予防認定を受けていない場合、地域包括支援センターに連絡し、速やかに認定若しくはプラン作成がなされるよう支援します。

10. サービス提供における施設の義務

当施設では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の申請に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者又は他のご利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなどご契約者もしくはご家族の同意を得て、身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関等への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥サービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

11. サービスの利用に関する留意事項

当施設のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは持ち込むことができません。

食べ物、ペット、貴重品、現金、危険物

(2) 施設・設備の使用上の注意

施設・設備等をその本来の用途に従って利用して下さい。故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備等を破壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

(3) 当施設の職員や他利用者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(4) 金品の貸し借りを職員、利用者の間に行うことを堅く禁止致します。

(5) 喫煙はできません。

(6) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望、体調により、かかりつけの医療機関に連絡をとり診療を受けることができます。

12. 損害賠償について

介護老人保健施設では積極的な残存機能の活用、自発的行動、生活範囲の拡大を狙ったリハビリテーションを計画、実行することを特色としたケア方針をとっております。ご本人の判断能力、身体能力を把握した上で、自主訓練、介助量の調整、単独での生活行為等を設定しております。消極的・安静安楽と積極的・自立度向上は相反することが多く、リハビリには転倒・転落等、事故リスクが伴うことも通所利用決定の際にご了承ください。また、加齢に伴う嚥下機能低下は脳疾患の有無に関係なく、すべての方に当てはまる事と考えます。想定し配慮を厚くしている方以外にも、誤嚥は体調等により起こりうる事故であることもご確認ください。以上の内容は見守りの量は個々の設定した想定リスク毎に異なりますので、設定したケアプランの配慮に不足が認められた場合にはお申し出ください。事業者の責任によりご契約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、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況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。

13. サービス終了について

次の事項に該当する場合には、当施設での利用は終了となります。

- | |
|--|
| ①ご利用者が死亡した場合
②ご利用者が入院(入所)となった場合
③要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と認定された場合 |
|--|

(1)ご利用者からの通所中止の申し出

当施設を利用中であっても、次の場合には、介護予防通所リハビリテーションを中止することができます。

- | |
|---|
| ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
②ご利用者の「介護予防サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合で同意出来ない場合 |
|---|

(2)施設からの通所利用中止の申し出

次の場合には、通所利用中止の申し出をさせていただきます。

- | |
|--|
| ①ご利用者が、通所利用開始に際し、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果通所利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、利用者に対し支払い請求の告知をしたにもかかわらず、14日以内に支払われない場合
③ご利用者が、故意又は重大な過失により施設又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、通所利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
④施設職員及び他のご利用者に対し、ご利用者・ご契約者または身元引受人・その他ご家族からの暴言、暴力、性的嫌がらせ、威嚇行為、施設内における喫煙・飲酒等の迷惑行為があったとき。
⑤施設職員に対し、ご利用者・ご契約者または身元引受人・その他ご家族から、長時間にわたる抗議や過度な要求等、施設の円滑な業務を妨げる行為があったとき。 |
|--|

介護予防通所リハビリテーション利用同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設リハビリパークあやめの介護予防通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設 リハビリパークあやめ

説明者 職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、十分に理解した上で介護予防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した。

介護老人保健施設

リハビリパークあやめ 施設長 殿

利用者名 印 電話番号 ()

住所 〒

署名代行者名 印(続柄) 電話番号 ()

住所 〒

(署名代行理由:)

保証人名 印(続柄) 電話番号 ()

住所 〒

【 請求書の送付先 】

氏名	(続柄)
住所	〒
電話番号	

【 緊急時連絡先 】

氏名	(続柄)
住所	〒
電話番号	

個人情報使用同意書

令和 年 月 日

介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に際し、診断書、診療情報提供書等の個人情報を検討会議並びにケアプラン作成等で、利用者へのサービスの質の向上を図るため使用させていただきます。

また、ご契約者の容態に変化があった場合、又、ご契約者が当施設のサービス提供を終了し他の事業所を利用する際等必要と判断される場合は、病院や関係機関に必要な情報を提供する場合があります。

なお、これら業務上知り得たご契約者及び家族の情報は、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は通所中止後も継続します。

説明者 介護老人保健施設
リハビリパークあやめ
職名

氏名 印

私は、個人情報に関する取扱の説明を受け、同意します。

介護老人保健施設
リハビリパークあやめ 施設長 殿

利用者名 印

署名代行者名 印
(続柄:)

署名代行理由

保証人名 印
(続柄:)

通所中止届

介護予防通所リハビリテーションを利用中ですが、貴施設における重要事説明書の内容に基づき通所利用を中止することを届けます。

令和 年 月 日

介護老人保健施設
リハビリパークあやめ 施設長 殿

＜サービス利用者＞

住所 〒

電話番号 ()

氏名 _____ 印 _____

(署名代行者)

住所 〒

電話番号 ()

氏名 _____ 印 _____

本人との関係

署名代行の理由

介護老人保健施設リハビリパークあやめ 利用契約書
(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)

介護老人保健施設リハビリパークあやめ(以下、「甲」という)と_____「(以下、「乙」という)は、甲の施設サービス利用にあたり、次のとおり利用契約を締結する。

【第1条】契約の主旨

本契約は、介護保険法等関係諸法令の定めるところにより、甲が介護及び機能訓練その他必要な日常生活上の支援を行うことにより、乙が有する能力に応じ円滑に日常生活を営むことができるようにすることを目的としたサービスを提供するものとする。

【第2条】契約の有効期間

契約の有効期間はサービス利用日からとし、契約期間満了の2週間前までに乙サービス停止の申し入れが無い場合には、契約は自動的に更新される。

【第3条】利用料金等の支払い

乙は甲からサービスの提供を受けたときは、甲に対し関係諸法令等で定められている負担金等または施設内で定められている料金等を支払う。

【第4条】協議事項

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、甲は介護保険法その他諸法令の定めるところに従い誠意を持って協議するものとする。

乙は甲の契約条項の内容を確認し施設サービス利用契約を締結いたします。

令和 年 月 日

甲：宮城県大崎市古川旭3-6-1

介護老人保健施設リハビリパークあやめ

施設長 大西 善丈 印

乙：住 所

氏 名 印

署名代行者：氏 名 印
(続柄：)

署名代行の理由

乙代理人：住 所

氏 名 印

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

施設名：介護老人保健施設リハビリパークあやめ

提供するサービス事業：入所・短期入所(介護予防)

通所リハビリテーション(介護予防)

1. 利用者からの相談又は苦情に対する常設の窓口、担当者の設置

- ・ 相談、苦情に対する常設の窓口を支援相談員が担当する。
- ・ 担当者不在の場合でも他の職員が対応できるように、相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐ体制を整える。

担当者：遊佐 美江（介護支援専門員）

(TEL)0229-22-7600 対応時間 月～金 8:30～17:30

(FAX)0229-23-1030 対応時間 月～日 24 時間

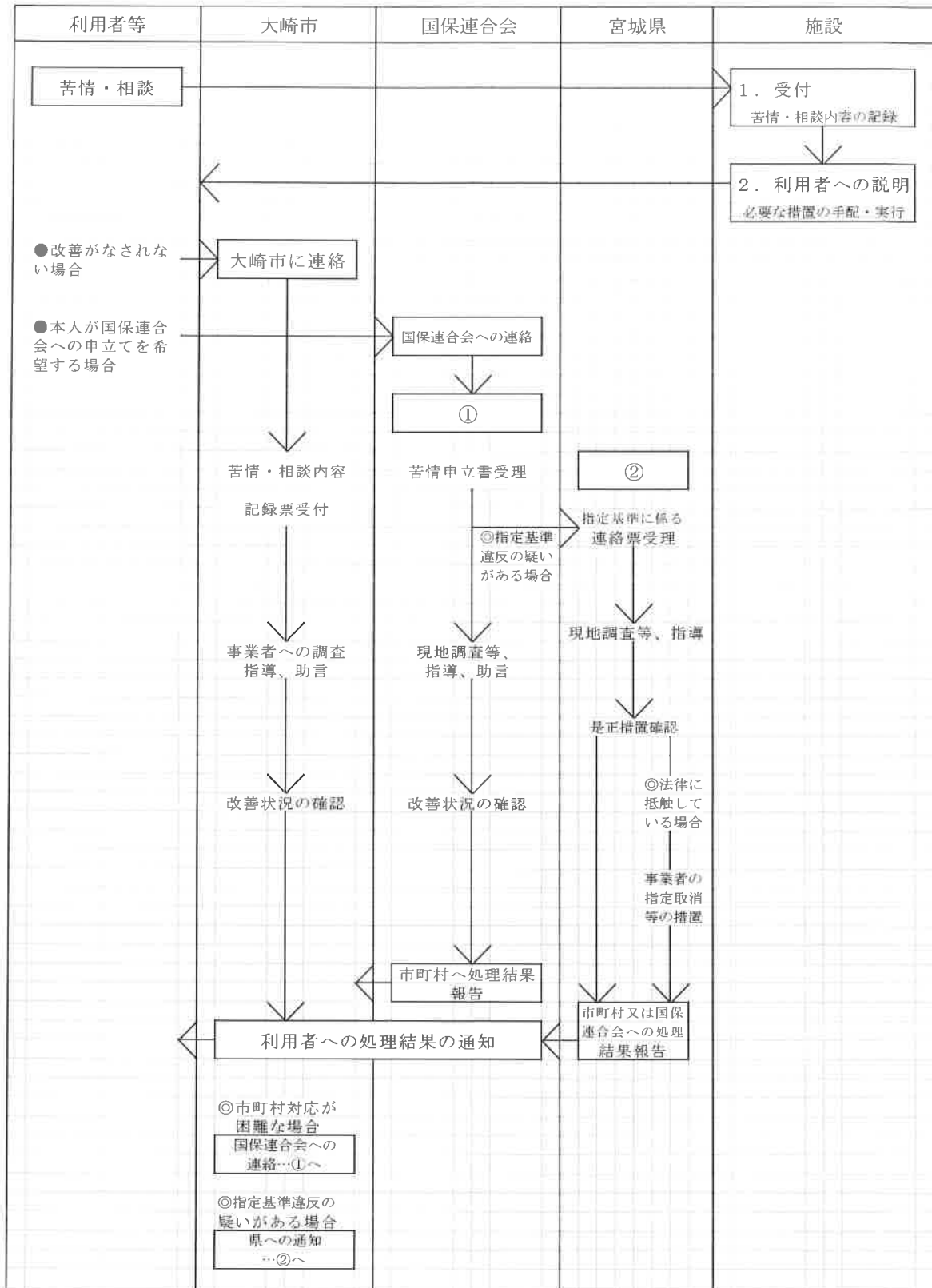
(トラブルホットライン)0120-150-300(杏林会マネジメントセンター)

対応時間 月～金 8:30～17:30

2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理体制・手順

- 苦情があった場合、担当の支援相談員が利用者やその家族に連絡をとり、必要のある場合は訪問し、事実の確認をする。
- 苦情がサービス提供に関するものである場合、担当の職員に事実を確認する。
- 必要に応じて職員会議を招集しその結果に基づいた対応を協議する。
- 施設長に経過を報告し、具体的に対応を行う。
- 苦情の記録は台帳に保管し再発の防止に役立てると同時にサービス向上を図る。

リハビリパークあやめ苦情対応フロー



事故発生時の対応

1、利用者の状態の把握（医師、若しくは看護師） □レベルⅠの場合 →→ □レベルⅡ以上の場合 ①応急処置に全力を尽くす ②医師、看護リーダーに報告し指示を受ける →→ ③支援相談員を通じ家族に連絡のうえ事故の状況、利用者の状況、処置について説明する ④施設長、事務長に報告 □レベルⅢ以上の場合 ①医師の指示を受け、医療機関入院の手続きを行う ②救急処置、経過を記録する ③事故に関連した物品をそのまま保全する ④施設長以下各リーダーに報告	支援相談員を通じて家族に連絡 受診が必要な場合は指示に従い手続きを進める ※レベルⅢ以上の事故は事故状況に応じ市町村に連絡
2、再発防止に向けた検討会議等を行う 事故の状況については、その大小に関わらず事故報告書を提出すること。 リーダー会議、リスクマネジメント委員会において再発防止に向けた善後策を検討すると同時に、サービスの質の向上を図る。	

障 害 の 程 度	
レベルⅠ	異常なし
レベルⅡ	バイタルサインの変化、観察強化、要検査
レベルⅢ	施設外治療が必要な軽度の障害
レベルⅣ	入院加療が必要な障害
レベルⅤ	後遺症が残る障害或いは死亡
その他	精神的苦痛、器械・物品の破損