重要事項説明書

あなたに対する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あたり、厚生労働省令に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者の概要

事業者名称	山口県厚生農業協同組合連合会
主たる事務所の所在地	山口県山口市小郡下郷2139番地
法人種別	農業協同組合連合会
代表者氏名	代表理事理事長　大亀　浩司
電話番号	083－973－3286

2. ご利用施設

施設名称	山口県厚生農業協同組合連合会　老人保健施設　みのり苑
施設所在地	山口県山口市小郡中央通８番11号
都道府県知事許可番号	３５５７６８００００
管理者氏名	小佐々　博明
電話番号	083－973－3161
ＦＡＸ番号	083－973－3411
開設年月日	平成２年４月１日

3. 事業の目的と運営方針

介護保険法の目的及び基本理念に基づき、利用者が自立した日常生活を営むことができることを目的とします。この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めています。

1. 居宅サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療を提供するよう努めます。
2. 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、利用者の心身の機能の維持回復を図ることができるよう支援します。
3. 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、他の介護保険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ものとの密接な連携に努めます。

4. 施設の概要

（１）敷地及び建物

敷地		14，671.3㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造　５階建（耐火建築）
	延べ床面積	1，480.1㎡

（2）その他主な設備

設備の種類	数	面積	１人あたりの面積
デイルーム(食堂他)	1	183.27㎡	4.1㎡
機能訓練室	1	50.55㎡	1.3㎡
一般浴室	1	9.0㎡	
機械浴室	2	67.81㎡	
便　　所	3	28.47㎡	

5. 従業者の職種、員数、勤務区分及び職務内容及び勤務体制

従業者の職種	員数	常勤		常勤換算後の人員	職務内容	保有資格	勤務体制
		専従	兼務				
施設長	1		1		管理業務	医師	正規の勤務時間帯常勤で勤務 (8:30～17:00) 4週8休
看護職員	2	2		2	看護業務	看護師	正規の勤務時間帯常勤で勤務 (8:30～17:00) 4週8休
介護職員	6	6		6	介護業務	介護福祉士 初任者研修終了者	正規の勤務時間帯常勤で勤務 (8:30～17:00) 4週8休
理学療法士 作業療法士	3	3		3	機能訓練	理学療法士 作業療法士	正規の勤務時間帯常勤で勤務 (8:30～17:00) 4週8休
医師	3		3	0.5	診療業務	医師	週5日（月～金） 勤務計画表による
管理栄養士	3	1	2	1	栄養管理	管理栄養士	正規の勤務時間帯常勤で勤務 (8:30～17:00) 4週8休
支援相談員	1	1		1	相談業務	社会福祉士	正規の勤務時間帯常勤で勤務 (8:30～17:00) 4週8休
その他用務員	1	1		1	清掃等雑務	なし	正規の勤務時間帯常勤で勤務 (8:30～17:00) 4週8休

6. 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日、祝日 （但し、日曜日、年始1月1日から1月3日を除く）

営業時間	午前８時 30 分から午後５時までとする
標準的なサービス提供時間	午前９時 30 分から午後４時 30 分までとする

7. 利用定員

利用定員	４５名（通所リハビリテーション定員含む）

8. 通常の事業の実施地域

事業の実施地域	原則として、山口市（旧徳地町・旧阿東町を除く）、宇部市小野地区、美祢市美東町・秋芳町とする

９. 利用料の支払方法について

当施設の利用料につきましては、次の通りとなっております。

1. 利用料につきましては、毎月月末締め計算とさせていただきます。
2. 請求書発行日は、翌月の 15 日となります。但し、請求書発行日が土曜・日曜・祝日の場合は休日明けの平日が発行日となります。
3. 請求書につきましては、当施設をご利用の際に連絡帳と一緒にお渡しいたします。なお、請求書の事務室預かりまたは郵送を希望される方は事務室までお申し出下さい。
4. お支払い方法につきましては、以下記載の方法からお選びいただけます。
   ① 当施設利用時にご持参（連絡帳と一緒にお渡し下さい）
   ② 当施設の事務室へ直接お支払い
   - 対応日　　月曜～金曜及び土曜事務当番日（事務室前に予定を表示）
   - 対応時間　　８：30　～　17：00

   ③ 請求書右下に記載の口座へのお振込み（振り込み手数料は利用者様負担）
   ④ ＪＡ山口中央または山口銀行の指定口座からの引き落し（お申し込み手続きが必要となりますので、詳しくは事務室へお問い合わせ下さい）
5. 月末までにお支払いをお願いいたします。

１０. 事故発生時の対応及び損害賠償

当施設は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故（転落、転倒等）が発生した場合は、速やかに扶養者または家族等、代理人を選任した場合の身元引受人、居宅介護支援専門員、市町村（介護保険者）、都道府県（介護保険班）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。

この場合において、介護サービスの提供に伴い、当施設の責任によって利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して、損害を賠償するものとします。また、利用者の過失において当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者及び家族等は連帯し、当施設に対してその損害を賠償するものとします。

１１. 苦情処理体制（苦情相談窓口）

当施設のサービス内容等に相談・質問・苦情等がございましたら、当施設ご利用相談窓口または市町村、国民健康保険団体連合会までお気軽にご相談ください。

苦情相談窓口名称	電話番号	担当者
老人保健施設 みのり苑	083−973−3161	支援相談員　福田 久義
山口市 介護保険課	083−934−2795	介護サービス苦情担当者
美祢市 高齢福祉課介護保険係	0837−52−5229	介護サービス苦情担当者
宇部市 高齢者総合支援課	0836−34−8302	介護サービス苦情担当者
国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係	083−995−1010	介護サービス苦情担当者

１２．非常災害時の対策

災害対策計画	非常災害その他の緊急事態に備え、取るべき措置についてあらかじめ対策を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
非常時の対応	火災、風水害など災害発生時は、施設の作成した災害対策マニュアルにのっとり対応します。
防災設備	スプリンクラー、屋外スロープ、自家発電装置、バルコニーカーテンや布団等は防炎性能のあるものを使用しています。

１３．業務継続計画の策定

当施設は、感染症や非常災害の発生において、利用者への介護保険サービスの提供を継続的に実施するために、非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画（以下業務継続計画）を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。

当施設では、業務継続計画について従業者に周知徹底するとともに、必要な研修や訓練を定期的に実施し、また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。

１４．緊急時の対応方法

当施設をご利用中、予期しない骨折、けが、状態の急変等が利用者様に起こった際は速やかに緊急時の対応に努めます。ただし、高齢者に起こりやすい骨折、けが、誤嚥などによる状態の急変の可能性を十分ご理解の上、当施設をご利用下さい。

① 体調の変化により緊急を要す場合は、利用者及び扶養者または家族等の指定する緊急連絡先へ速やかに連絡いたします。

② 状態の急変による緊急時対応については、原則として併設の小郡第一総合病院での対応となります。また、利用者様の状態によってはかかりつけ医、または他の医療機関での対応となります。

③ 上記の①②において、扶養者または家族等と連絡・確認のつかない場合は当施設の医師による判断により対応させていただきます。

１５．当施設ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	施設内の設備、器具は本来の用法にしたが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、賠償していただくことがございます。

喫煙・飲酒	当施設内での喫煙・飲酒はお断りしております。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の方の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、刃物類、危険物等の持ち込みは固くお断りします。
現金・貴重品の管理	高額の現金、貴重品等の持ち込みはお断りします。なお、紛失・盗難等が発生した場合につきましても、責任は負いかねますので、管理にご留意願います。
営利行為・宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する営利行為、宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みはお断りします。
医療機関受診	当施設をご利用時には医療機関の受診は出来ません。よって、併設の小郡第一総合病院への外来受診はサービス適応外となります。当施設職員による受診時の送迎および介助等は行いませんので、利用者様本人及びご家族で受診等の対応をお願いいたします。
お休みの連絡	ご利用予定日に急遽お休みをされる場合は、出来るだけ早めにご連絡下さい。 （当日の午前8:30までには、必ずご連絡下さい）
その他の注意点	当施設をご利用中は、利用者様の間での物品のやり取りはご遠慮願います。

１６．持参品について

持参品につきましては、次の通りとなっております。

1．みのり苑連絡帳（２回目より）
2．内服薬（必要な方のみ、お昼分）
3．歯磨き用品（コップ、歯ブラシ、歯磨き粉など）
4．お手拭タオル（ハンドタオルなど）
5．入浴時に必要なもの

入浴をご利用の方
①バスタオル　　１枚
②フェイスタオル　　２枚
③着替え（肌着、パンツ、ズボン、シャツ）
④はくパンツ、パット等 （必要な方のみ、数枚ご用意下さい）

6．その他の注意事項

＊持参品すべてに名前のご記入をお願いします。

＊その他ご不明な点がございましたら、支援相談員までお問い合わせ下さい。

（ＴＥＬ：０８３－９７３－３１６１　　ＦＡＸ：０８３－９７３－３４１１）

重要事項説明書　別紙　料金一覧

１６．サービスの概要と利用料

（1）介護保険給付によるサービス

<table>
<tr><td rowspan="9">医療
看護
介護</td><td colspan="3">サービス内容</td></tr>
<tr><td colspan="3">居宅サービス計画に基づき、利用者の病状に合わせた医療・看護・介護を提供します。診療につきましては、必要な場合は適宜対応させていただきます。その他病状が著しく変化した場合の医療につきましては、併設小郡第一総合病院又は他医療機関での治療となります。</td></tr>
<tr><td colspan="3">介護予防通所リハビリテーション費（１回あたりの自己負担額１割の場合）</td></tr>
<tr><td>要支援１</td><td colspan="2">2,268 円／月</td></tr>
<tr><td>要支援２</td><td colspan="2">4,228 円／月</td></tr>
<tr><td colspan="3">主な加算（表記の額は自己負担額１割の場合）</td></tr>
<tr><td>科学的介護推進体制加算</td><td colspan="2">40 円／月</td></tr>
<tr><td>サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援１</td><td colspan="2">88 円／月</td></tr>
<tr><td>サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援２</td><td colspan="2">176 円／月</td></tr>
<tr><td colspan="3">備　考</td></tr>
<tr><td colspan="3">＜高額介護サービス費制度＞介護保険自己負担金が月額 44,400 円（高額所得者の場合は、93,000 円又は 140,100 円）を超えた部分は高額介護サービス費として払戻金があります。お住まいの市町村へお問い合わせ下さい。但し、介護保険負担限度額認定証をお持ちの方につきましては次の通りです。
・第１段階 15,000 円又は 24,600 円
・第２段階 15,000 円又は 24,600 円
・第３段階 24,600 円</td></tr>
<tr><td colspan="3">＊介護予防通所リハビリテーション費と各加算を併せた金額が利用料の介護保険一部負担額となります。なお加算はご利用者の状態等によって発生するものがあります。
＊感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合は、所定単位数の 3%を加算して算定させていただきます。</td></tr>
<tr><td>理学療法
作業療法</td><td colspan="3">医師の指導のもとで理学療法士・作業療法士による機能訓練を利用者の状況に合わせて行い、生活機能の維持・改善に努めます。</td></tr>
<tr><td>栄養管理</td><td colspan="3">必要に応じ、管理栄養士を中心に利用者の栄養状態、健康状態に合わせた栄養管理（栄養の改善や食事についての相談）を行います。</td></tr>
<tr><td>入浴・整容</td><td colspan="3">随時入浴を行い、個人としての尊厳に配慮し、適切な着替え・整容等が行われるよう援助をいたします。入浴が出来ない時には、利用者の状態に応じて清拭を行います。</td></tr>
<tr><td>排泄</td><td colspan="3">利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、援助いたします。おむつを使用する利用者に対しては、随時交換をします。</td></tr>
<tr><td>口腔</td><td colspan="3">口腔衛生を保つため、ご自身の歯や義歯等のケアを支援します。</td></tr>
<tr><td>介護相談</td><td colspan="3">利用者、ご家族からの介護相談に応じます。</td></tr>
</table>

その他	介護職員の処遇改善のために設けられた加算です。 ・介護職員処遇改善加算(Ⅰ):介護保険一部負担額の 4.7%相当の額 令和６年６月より上記加算は 8.6%相当の額をいただきます。	
減算	利用開始月から 12 月超え ただし、要件を満たせば減算なし	要支援１の場合　120 円/月 要支援２の場合　240 円/月

＊上記表示金額は１割負担の場合です。

（2）介護保険給付外サービス

サービス種別	内　容			自己負担額・備考
食事	食費として食材料費及び調理費相当をいただきます。 利用者の状態に合わせた食事を提供します。食べられないもの、アレルギーのある方はお申し出ください。 献立表は施設内に掲示しております。			食事提供に要する費用 １日あたり　600 円
	食事時間	昼食	12 時から	
		おやつ	15 時から	
		夕食	18 時から(延長利用の方で希望者のみ)	
入浴時におけるシャンプー等	シャンプー・ボディーソープにつきましては、当施設提供のものをご使用いただきます。 なお、アレルギーのある方は、お申し出ください。			
おむつ代	おむつは各自ご持参下さい。当施設提供のおむつを使用された場合は、実費相当額をいただきます。			パット類　55 円/枚 （消費税込み）
				紙パンツ類、紙オムツ類 110円/枚(消費税込み)
参加費	行事やレクリエーションに参加を希望される場合、参加に係る実費等につきましては利用者様のご負担となります。			材料費等の実費相当額

介護予防通所リハビリテーションにおける利用者本人及び家族等の個人情報利用目的について

個人情報保護法に基づき、当事業所では取扱い規程を定めております。つきましては、安全でより良い介護、円滑なサービスを受けていただくために、利用者及び家族等の権利とプライバシーの保護には十分に注意し、個人情報の取り扱い方について以下の利用目的を特定し公表いたします。

＊個人情報の利用目的

1．当事業所内部での利用にかかわる事例

① 利用者に提供する療養サービス
② 介護保険事務
③ 入退所などの管理
④ 会計・経理
⑤ 医療事故などの防止・報告
⑥ 利用者の療養サービスの向上
⑦ 療養サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
⑧ 内部にて行われる学生の実習への協力
⑨ 内部にて行われる症例研究
⑩ 室内における名札の掲示
⑪ 広報紙・施設ホームページなどへの写真の掲載など

2．他事業者などへの情報提供に伴う事例

① 他病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業所などとの連携
② 他医療機関などからの照会への回答
③ 療養などへあたり、外部の医師などへ意見・助言を求める場合
④ 家族などへの症状説明
⑤ 検体検査業務の委託、その他の業務委託
⑥ 保険事務の委託
⑦ 審査支払機関へのレセプト提出
⑧ 審査支払機関または保険者からの照会への回答
⑨ 医師賠償責任保険などにかかわる、医療・介護に関する専門団体、保険会社などへの相談又は届出など
⑩ 外部監査機関への情報提供
⑪ 行政官庁などへの報告及び届出
⑫ 外部からの入退所の問い合わせ

上記利用につきまして同意しがたい項目がある場合にはお申し出ください。お申し出のないものについては同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。また同意・留保はお申し出により、いつでも変更することが可能です。ご相談は支援相談員または事務室までお願いいたします。