

# 重要事項説明書

--- 下記の内容について、確かに重要事項の説明を受けました。---

利用者名 \_\_\_\_\_ ⑩

## 介護予防通所リハビリテーション運営規程

(運営規程設置の主旨)

第1条 医療法人社団健成会が開設する介護老人保健施設リバーサイド御薬園（以下「当施設」という）において実施する介護予防通所リハビリテーションの適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定める。

(事業の目的)

第2条 介護予防通所リハビリテーションは、軽度の利用者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を図ることを目的とする。

(運営の方針)

第3条 当施設では、地域包括支援センターの計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が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る。

2 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。

3 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。

4 当施設では、明るく家庭的な雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努める。

5 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。

6 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

(施設の名称及び所在地等)

第4条 当施設の名称所在地等は次のとおりとする。

- |              |                                   |
|--------------|-----------------------------------|
| (1) 施設名      | 介護老人保健施設 リバーサイド御薬園                |
| (2) 開設年月日    | 平成4年3月3日                          |
| (3) 所在地      | 熊本県人吉市七地町495                      |
| (4) 電話番号     | 0966-22-6811 (FAX番号) 0966-22-6899 |
| (5) 管理者名     | 梅田 三智代                            |
| (6) 介護保険指定番号 | 介護老人保健施設(4350380012号)             |

(従業者の職種、員数、及び職務内容)

第5条 当施設の従事者の職種、員数、及び職務内容は、次のとおりとする。

- (1) 管理者 1人  
介護老人保健施設に携わる従業者の管理、指導を行う。
- (2) 施設長 1人  
施設長は、施設運営管理全般について統括管理を行う。
- (3) 医師 1人以上  
医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
- (4) 統括管理部長 1人  
統括管理部長は、施設長の命を受けて施設運営管理等にあたり、施設長に支障がある場合はこれを代理する。
- (5) 顧問 1人  
顧問は、施設長の命を受けて、施設運営管理にあたり、施設長の補佐を行う。
- (6) 事務局長 1人  
事務局長は、事務部門を統括し、統括管理部長の補佐を行う。
- (7) 看護職員 下記人員配置についての通り  
看護職員は、医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の通所リハビリテーション計画に基づく看護（介護）を行う。
- (8) 介護職員 下記人員配置についての通り  
介護職員は、通所リハビリテーション計画に基づく介護を行う。
- (9) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 下記人員配置についての通り  
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、リハビリテーションプログラムを作成するとともに機能訓練の実施に際し指導を行う。

《人員配置について》

提供時間を通じて、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が利用者の数を10で除した数を確保する。

- (10) 支援相談員 1人  
支援相談員は、利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行い、市町村との連携をはかるほか、ボランティアの指導を行う。
- (11) 栄養士／管理栄養士 1人（兼務）  
栄養士は、献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行う。
- (12) 調理員 若干名（兼務）  
調理員は、栄養士の指示に従い給食調理に従事する。
- (13) 事務職員 若干名（兼務）  
事務員は、事務局長を補佐し、施設の運営管理に係る庶務及び財務事務に従事する。

(営業日及び営業時間)

第6条 介護予防通所リハビリテーションの営業日及び営業時間以下のとおりとする。

- (1) 毎週日曜日から土曜日までの7日間を営業日とする。
- (2) 営業日の午前8時30分から午後5時30分までを営業時間とする。

(利用定員)

第7条 介護予防通所リハビリテーションの利用定員数は、通所リハビリテーションの人数と合わせて65人と

する。

(介護予防通所リハビリテーションの内容)

第8条 介護予防通所リハビリテーションは、地域包括支援センターにより作成される介護予防通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法、作業療法及び言語聴覚療法その他必要なりハビリテーションを行う。

※ 但し、食事、入浴、送迎は相談に応じます。

(身体の拘束)

第9条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行う事がある。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の身心の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に、記載する事とする。

(高齢者虐待の防止)

第10条 当施設は尊厳の保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたっていく。虐待の未然防止、早期発見、虐待等への迅速かつ適切な対応に努め、虐待等が発生した場合はその再発を防止する。

(利用者負担の額)

第11条 利用者負担の額を以下とおりとする。

- (1) 保険給付の自己負担額を、別に定める料金表により支払いを受ける。
- (2) 食費、日用生活品費、教養娯楽費、理美容代、基本時間外施設利用料、おむつ代、その他の費用等利用料を、利用者負担説明書に掲載の料金により支払いを受ける。  
尚、食費については昼750円、夜750円とする。

(通常の送迎の実施地域)

第12条 通常の送迎の実施地域を以下のとおりとする。

人吉市のみ

(施設の利用に当たっての留意事項)

第13条 介護予防通所リハビリテーション利用に当たっての留意事項を以下のとおりとする。

施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事を摂取いただくこととする。食費は第11条に利用料として規定されるものであるが、同時に、施設は第8条の規定に基づき利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、食事内容を管理・決定できる権限を委任いただくこととする。

- 2 日常生活を通じ人格の向上に努め、相互の融和のもとに励ましあい秩序ある共同生活を守るよう心掛けなければならない。
- 3 常に身体、服装の清潔に努めなければならない。
- 4 施設の内外において、無断で物品の売買及び金品の相互の貸借をしてはならない。
- 5 喧嘩、口論、その他他人に迷惑になる行為をしてはならない。
- 6 火気の取扱いに注意し、施設敷地内は全面禁煙とする。
- 7 無断で外出してはならない。

- 8 訓練に積極的に参加し、機能の減退防止、自立に努めなければならない。
- 9 許可を受けずして施設内において集会、宗教活動、政治活動を行ったり、文書、刊行物、ポスター等を掲示し、又は配布してはならない。

(身体的拘束等の適正化のための措置)

第14条 当施設において、身体的拘束等の適正化のための措置は、次のとおりとする。

- (1) 委員会の設置・開催：身体的拘束等の適正化のための委員会会議を毎月開催し、その内容を医療法人社団健成会のリスクマネジメント委員会で共有する。
- (2) 委員会の構成職員：理事長、施設長、統括管理部長、管理者、介護支援専門員、その他職員。
- (3) 指針の整備：身体的拘束等に関する最新の情報を把握し、研修や訓練を通して課題を見つけ、定期的に指針を見直し、更新する。
- (4) 研修・訓練：年2回以上開催し、研修の実施内容を記録する。

(感染症の予防及びまん延防止のための措置)

第15条 当施設において、感染症の発生やまん延を防止するための措置は、次のとおりとする。

- (1) 委員会の設置・開催：感染症の発生やまん延を防止するための委員会会議を毎月開催し、その内容を医療法人社団健成会のリスクマネジメント委員会で共有する。
- (2) 委員会の構成職員：理事長、施設長、統括管理部長、管理者、介護支援専門員、その他職員。
- (3) 指針の整備：感染に関する最新の情報を把握し、研修や訓練を通して課題を見つけ、定期的に指針を見直し、更新する。
- (4) 研修・訓練：年2回以上開催し、研修の実施内容を記録する。

(高齢者の虐待を防止するための措置)

第16条 当施設において、高齢者の虐待を防止するための措置は、次のとおりとする。

- (1) 委員会の設置・開催：高齢者の虐待を防止するための委員会会議を毎月開催し、その内容を医療法人社団健成会のリスクマネジメント委員会で共有する。
- (2) 委員会の構成職員：理事長、施設長、統括管理部長、管理者、介護支援専門員、その他職員。
- (3) 指針の整備：虐待に関する最新の情報を把握し、研修や訓練を通して課題を見つけ、定期的に指針を見直し、更新する。
- (4) 研修・訓練：年2回以上開催し、研修の実施内容を記録する。

(生産性の向上に資する取組の促進)

第17条 当施設において、生産性の向上に資する取組を促進するための措置は、次のとおりとする。

- (1) 委員会の設置・開催：生産性の向上に資する取組を促進するための委員会会議を毎月開催し、その内容を医療法人社団健成会のリスクマネジメント委員会で共有する。
- (2) 委員会の構成職員：理事長、施設長、統括管理部長、管理者、介護支援専門員、その他職員。
- (3) 指針の整備：生産性に関する最新の情報を把握し、研修や訓練を通して課題を見つけ、定期的に指針を見直し、更新する。
- (4) 研修・訓練：年2回以上開催し、研修の実施内容を記録する。

(非常災害対策)

第18条 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行う。

- (1) 職員の中から防火管理者を定める。
- (2) 火元責任者には、事業所職員を充てる。
- (3) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会う。
- (4) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努める。
- (5) 火災の発生や風水害、地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たる。
- (6) 防火管理者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施する。
  - ① 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）……年2回以上  
（うち1回は夜間を想定した訓練を行う）
  - ② 利用者を含めた総合避難訓練……年1回以上
  - ③ 非常災害用設備の使用方法的徹底……随時
  - ④ 訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努める。
  - ⑤ その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

（職員の服務規律）

第19条 職員は、介護保険関係法令及び諸規則、個人情報保護法を遵守し、業務上の指示命令に従い、自己の業務に専念する。服務に当たっては、協力して施設の秩序を維持し、常に次の事項に留意すること。

- (1) 入所者や通所者に対しては、人格を尊重し親切丁寧を旨とし責任をもって接遇すること。
- (2) 常に健康に留意し、明朗な態度を失ってはならない。
- (3) お互いに協力し合い、能率の向上に努力するよう心掛けること。

（職員の質の確保）

第20条 施設職員の資質向上のために、その研修の機会を確保する。

（職員の勤務条件）

第21条 職員の就業に関する事項は、別に定める医療法人社団健成会の就業規則による。

（職員の健康管理）

第22条 職員は、この施設が行う年1回の健康診断を受診すること。ただし、夜勤勤務に従事するものは、年間2回の健康診断を受診しなければならない。

（ハラスメント対策）

第23条 事業所のハラスメント対策の強化に関する事項は、別に定める医療法人社団健成会の就業規則による。

（記録）

第24条 当施設は、利用者の通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後、5年間は保管する。

- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます）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、これに応じる。

（衛生管理）

第25条 利用者の使用する施設、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ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行う。

- 2 食中毒及び伝染病（感染症）の発生を防止するとともに、蔓延することがないように、水廻り設備、厨房設備等の衛生的な管理を行う。
- 3 栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月1回、検便を行わなければならない。
- 4 定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行う。
- 5 感染症の予防及び蔓延防止のための定期的な研修や訓練を年2回以上実施する。

（守秘義務及び個人情報の保護）

第26条 施設職員に対して、施設職員である期間および施設職員でなくなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を漏らすことがないように指導教育を適時行うほか、施設職員等が本規定に反した場合は、違約金を求めるものとする。

（その他運営に関する重要事項）

第27条 地震等非常災害その他やむを得ない事情の有る場合を除き、定員を超えて利用させない。

- 2 運営規程の概要、施設職員の勤務体制、協力病院、利用者負担の額及び苦情処理の対応、プライバシーポリシーについては、施設内に掲示する。
- 3 介護予防通所リハビリテーションに関連する政省令及び通知並びに本運営規程に定めのない、運営に関する重要事項については、医療法人社団健成会介護老人保健施設リバーサイド御薬園の役員会において定めるものとする。

（業務継続計画の策定等）

第28条 当事業所における業務継続計画に関する事項は、別に定める医療法人社団健成会の業務継続計画（災害及び感染症）による。

付 則： この運営規程は、令和6年6月1日より施行する。

## 介護予防通所リハビリテーション利用約款

### (約款の目的)

第1条 介護老人保健施設リバーサイド御薬園（以下「当施設」という）は、軽度者（要支援1、要支援2）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、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」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、本約款の目的とします。

### (適用期間)

第2条 本約款の適用期間は、当該利用者が受けている要介護認定有効期間とします。但し、認定有効期間満了日前に、利用者の要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には変更後の要介護認定有効期間の満了日までとします。

- 2 前項の有効期間満了日の7日前までに利用者から更新拒絶の意思表示がない場合は、同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとしします。
- 3 本適用期間が自動更新された場合、更新後の適用期間は、更新前の適用期間の満了日翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。但し、次に掲げる場合には、新たに同意を得ることとします。
  - ① 扶養者の変更
  - ② 連帯保証人の変更
  - ③ 当該入所者の住所変更
  - ④ 本約款、別紙1、別紙3、別紙4及び別紙5の変更が行なわれた場合

### (利用者からの解除)

第3条 利用者及び扶養者は、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、本約款に基づく介護予防通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び扶養者は、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します。

### (当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく介護予防通所リハビリテーションサービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定・要支援認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の介護予防サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び扶養者が、本約款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30日間以内に支払われない場合
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者又は扶養者が、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
- ⑥ 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 利用者又及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、本約款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1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。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- 2 当施設は、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日までに発行し、所定の方法により交付する。利用者及び利用契約者は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の20日までに支払うものとします（口座引落しの場合は15日に引落としとなります）  
なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。
- 3 当施設は、利用者又は扶養者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は扶養者の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

#### (記録)

- 第6条 当施設は、利用者の介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。
- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます）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。

#### (身体の拘束等)

- 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、施設管理者又は施設長が判断し、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。

#### (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、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙2のとおり定め、適切に取り扱います。また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、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。
- 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します。

#### (緊急時の対応)

- 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、協力医療機関又は協力歯科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、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。



(事故発生時の対応)

第10条 サービス提供等により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。

- 2 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。
- 3 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者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、地域包括支援センターに対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及び利用契約者は、当施設の提供する介護保健施設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、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。又は、地域包括支援センターに申し出ることができます。

(賠償責任)

第12条 介護予防通所リハビリテーションの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、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。

- 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、利用者及び扶養者は、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。

(利用契約に定めのない事項)

第13条 この約款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、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

## 介護予防通所リハビリテーションのご案内（令和6年6月1日現在）

### 1 サービス内容

- ① 通所サービス計画の立案
  - ② 入浴（入浴に関する程度により特別浴槽で対応します）
  - ③ 医学的管理・看護
  - ④ 介護
  - ⑤ 機能訓練（個別リハビリテーション、集団リハビリテーション、生活リハビリテーション）
  - ⑥ 相談援助サービス
  - ⑦ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
  - ⑧ 利用者が選定する特別な食事の提供
  - ⑨ その他
- \* これらのサービスのなかには、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ので具体的にご相談ください。

### 2 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火シャッター、防火戸、非常通報装置、119通報装置
- ・ 防災訓練 年3回

### 3. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活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。

### 4 要望及び苦情等の相談

お気づきの要望・苦情などがございましたらお気軽にご相談ください。

### 5 その他

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

## 介護予防通所リハビリテーションについて（令和6年6月1日現在）

### 1 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

### 2 介護予防通所リハビリテーションについての概要

介護予防通所リハビリテーションサービスについては、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービス提供を推進する観点からケアマネジメントの徹底を図る。このサービスを提供するにあたっては、地域包括支援センターにより、介護予防通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくことになります。

### 3 利用料金

#### （1）基本料金 【介護保険負担割合証にての割合が 1割 のご利用者の場合】

\* 介護保険制度では、要支援度認定による要支援度の程度によって利用料が異なります。

・ 基本料金	要支援1	2, 268円/月
	要支援2	4, 228円/月
・ サービス提供体制強化加算1	要支援1	88円/月
	要支援2	176円/月
サービス提供体制強化加算2	要支援1	72円/月
	要支援2	144円/月
サービス提供体制強化加算3	要支援1	24円/月
	要支援2	48円/月
・ 科学的介護推進体制加算		40円/月
・ 生活行為向上リハビリテーション実施加算		562円/月
・ 若年性認知症利用者受入加算		240円/月
・ 退院時共同指導加算		600円/回
・ 栄養アセスメント加算		50円/月
・ 栄養改善加算		200円/月
・ 口腔・栄養スクリーニング加算1		20円/回
	口腔・栄養スクリーニング加算2	5円/回
・ 口腔機能向上加算1		150円/月
	口腔機能向上加算2	160円/月
・ 一体的サービス提供加算		480円/月
・ 利用開始から12か月を越え、要件を満たさない場合	要支援1	-120円/月
	要支援2	-240円/月
・ 高齢者虐待防止措置未実施減算		-1%
・ 業務継続計画未策定減算		-1%
・ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		+5%
・ 介護職員等処遇改善加算		所定単位数により算定

(2) 基本料金② 【介護保険負担割合証にての割合が **2割** のご利用者の場合】

・ 基本料金	要支援1	4, 536円/月
	要支援2	8, 456円/月
・ サービス提供体制強化加算1	要支援1	176円/月
	要支援2	352円/月
サービス提供体制強化加算2	要支援1	144円/月
	要支援2	288円/月
サービス提供体制強化加算3	要支援1	48円/月
	要支援2	96円/月
・ 科学的介護推進体制加算		80円/月
・ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,	124円/月
・ 若年性認知症利用者受入加算		480円/月
・ 退院時共同指導加算	1,	200円/回
・ 栄養アセスメント加算		100円/月
・ 栄養改善加算		400円/月
・ 口腔・栄養スクリーニング加算1		40円/回
口腔・栄養スクリーニング加算2		10円/回
・ 口腔機能向上加算1		300円/月
口腔機能向上加算2		320円/月
・ 一体的サービス提供加算		960円/月
・ 利用開始から12か月を越え、要件を満たさない場合	要支援1	-240円/月
	要支援2	-480円/月
・ 高齢者虐待防止措置未実施減算		-1%
・ 業務継続計画未策定減算		-1%
・ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		+5%
・ 介護職員等処遇改善加算		所定単位数により算定

(3) 基本料金③ 【介護保険負担割合証にての割合が **3割** のご利用者の場合】

・ 基本料金	要支援1	6, 804円/月
	要支援2	12, 684円/月
・ サービス提供体制強化加算1	要支援1	264円/月
	要支援2	528円/月
サービス提供体制強化加算2	要支援1	216円/月
	要支援2	432円/月
サービス提供体制強化加算3	要支援1	72円/月
	要支援2	144円/月
・ 科学的介護推進体制加算		120円/月
・ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,	686円/月
・ 若年性認知症利用者受入加算		720円/月
・ 退所時共同指導加算	1,	800円/回
・ 栄養アセスメント加算		150円/月

・ 栄養改善加算		600円/月
・ 口腔・栄養スクリーニング加算1		60円/回
・ 口腔・栄養スクリーニング加算2		15円/回
・ 口腔機能向上加算1		450円/月
・ 口腔機能向上加算2		480円/月
・ 一体的サービス提供加算		1,440円/月
・ 利用開始から12か月を越え、要件を満たさない場合	要支援1	-360円/月
	要支援2	-720円/月
・ 高齢者虐待防止措置未実施減算		-1%
・ 業務継続計画未策定減算		-1%
・ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		+5%
・ 介護職員等処遇改善加算		所定単位数により算定

#### (4) その他の料金

##### ① 食費 昼食750円 / 夕食750円

※ 原則として食堂でおとりいただきます。なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

※ サービスご利用時に朝10時30分を経過した後での、自己都合によるキャンセルにつきましては、キャンセル代金（昼食代のみ）として750円（税込）を頂戴いたします（体調不良による病院受診等やむを得ない理由によるキャンセルにつきましては、キャンセル料金は頂きません）

##### ② その他

利用者の選定する特別な食事の費用等は、別途資料をご覧ください。

#### (5) 支払い方法

- ・ お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。利用申込み時にお選びください。
- ・ 毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、引き落としの場合は15日までに、現金の場合は20日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

## 個人情報保護について

当施設は、個人情報を下記の目的に利用し、その取扱いには細心の注意を払っています。  
個人情報の取扱いについてお気付きの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

医療法人社団健成会 リバーサイド御薬園 理事長

### 当施設における個人情報の利用目的

- ◎ 医療等提供
  - ◆ 当施設での医療、看護、介護サービスの提供
  - ◆ 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
  - ◆ 他の医療機関等からの照会への回答
  - ◆ 利用者の方の診療等のため、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
  - ◆ ご家族等への病状等説明
  - ◆ その他、利用者の方への医療提供に関する利用
- ◎ 診療費請求のための事務
  - ◆ 当施設での医療・看護、介護、公費負担医療に関する事務およびその委託
  - ◆ 審査支払機関へのレセプトの提出、照会への回答
  - ◆ 保険者からの照会への回答
  - ◆ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
  - ◆ その他、医療・看護・介護、及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用
- ◎ 当施設の管理運営
  - ◆ 会計・経理
  - ◆ 事故等の報告
  - ◆ 当該利用者の方の医療、看護、介護サービスの向上
  - ◆ 入退所等の居室棟管理
  - ◆ 当施設の管理運営業務に関する利用
- ◎ 医療等の質向上のための業務
  - ◆ 医療・看護・介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
  - ◆ 当施設内において行われる看護、介護実習への協力
  - ◆ 看護、介護等の質の向上を目的とした当施設内での症例研究  
(利用者個人を特定されることはありません)
- ◎ その他外部への提供
  - ◆ 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
  - ◆ 外部監査機関への情報提供

### 付記

- 1 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
- 2 お申し出がないものについては、同意して頂いたものとして取り扱わせて頂きます。
- 3 これらのお申し出は、あとからいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。
- 4 受付等でフルネームでのお呼び出しや、入所居室等のネームプレートの掲示について、不都合のある方は受付等へお申し出ください。

## 個人情報の取扱いに関する同意について

ご利用者並びにご家族の個人情報の取り扱いに関しましては、＜別紙2＞で説明いたしました内容のとおり、利用目的以外に使用することはいたしません。

ただし、当施設で開催しております各種行事での様子（写真・お名前・生年月日など）を、下記の事項について同意いただいた場合に限り、ご利用者様の様子を施設内に掲示することや、広報誌の発送をご家族や地域の方へ行っております。

### 記

#### ◆ 施設内掲示・広報誌掲載について

- 1 氏名、生年月日を施設内に掲示すること。
- 2 各種行事等で撮影された写真の施設内での掲示、または広報誌等へ掲載すること。
- 3 利用者の方が作成された作品を施設内で掲示及び展示すること。

上記、1～3の項目について

(1) 同意する。

(2) 同意しない。

(※ いずれかの番号を、○で囲んで下さい。)

令和 年 月 日

リバーサイド御薬園  
管理者 梅田 三智代 様

## 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	介護老人保健施設 リバーサイド御薬園
サービスの種類	介護予防通所リハビリテーションサービス

### 措 置 の 概 要

- 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の措置
  - 利用者及びその家族等からの相談及び苦情については、以下の窓口で対応します。

#### 常設窓口 ◎介護老人保健施設リバーサイド御薬園

〒868-0041 人吉市七地町495番地

電話 0966-22-6811

FAX 0966-22-6899

対応時間 午前8時30分～午後5時30分

ただし、上記時間以外も、ご要望があれば対応します。

担当者 梅田 三智代

担当者不在の場合 当施設の支援相談員がお受けします。

#### ◎国保連合会利用者相談窓口

熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

〒862-0911 熊本市健軍町1丁目18番地7号

電話 096-214-1101

FAX 096-214-1105



## 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- (1) 利用者及びその家族等からの苦情をお受けしたときは、まず上記担当者が苦情の内容をお聞きし、下欄のA及びBの手順により処理します。
- (2) 苦情内容及び処理経過については、苦情処理台帳として記録保存し、その後のサービス提供に役立てるようにします。
- (3) 苦情処理は他の業務に優先して行うものとし、迅速かつ適切に苦情を解決し、利用者の方が安心してサービスが受けられるよう最大限の努力を行います。
  - A 苦情を申し立てられた方に内容説明等行うことにより、苦情がその場で解決可能なものであれば、その場で速やかに解決を図り同意をえることにしますが、この場合も管理者には必ず報告します。
  - B-1 苦情がその場で解決困難なものであった場合、苦情の原因となっていることについて、利用者等からの聞き取りや、職員への内容確認により、事情（事実）を把握します。

↓
  - B-2 その後、翌日までに施設内で検討会議を開き、当施設が改善すべき点を整理した苦情処理策を作成し、その日のうちに利用者等の苦情を申し立てた方に説明し、同意を得ます。

↓
  - B-3 上記の苦情内容及び処理経過については、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）作成を担当している介護支援専門員（ケアマネージャー）にその都度報告し、必要な指示を受けます。

↓
  - B-4 管理者は、利用者等から苦情のあった事項について、その後のサービス提供の中で真に改善されているか、職員のみならず利用者等にも確認し、改善されていないと判断される場合は、利用者等の意向に沿ったサービス提供がなされるように十分な配慮を行います。

↓
  - B-5 上記の流れにより苦情の解決を図った後も、利用者及び担当介護支援専門員とは常時連携を図り、同じような苦情が再発しないように十分に注意してサービスの提供を行います。

## 3 その他参考事項

- \* 当施設が行う介護保険施設サービスに対する苦情については、当施設で責任を持って対応しますが、利用者及びその家族の方は、他の機関（市町村、国民健康保険団体連合会）への申し立てもできますので、希望されるなら必要な協力を行います。
- \* 当施設に対する利用者等からの苦情について、市町村又は国民健康保険団体連合会が行う調査等に協力し、改善等の指示を受けた場合は速やかに改善します。
- \* 当施設が行う介護保険施設サービスの提供により、利用者に賠償すべき事故が発生したときは、速やかに賠償します。
- \* 介護保険施設サービス計画及び居宅サービス計画は利用者の希望を踏まえて作成されております。変更を希望される場合は速やかに応じますので、お申し付け下さい。
- \* 他の訪問介護事業所への変更の希望（当事業所との契約の解除を含む）にも速やかに応じます。

<別紙4> **介護予防通所リハビリテーション利用及び利用料支払いに関する同意書**

介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護予防通所リハビリテーション利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙3、別紙4、別紙5について説明を受け、その内容を理解した上で、介護予防通所リハビリテーションの利用について同意します。また、以下の利用料支払いに関する条項についても、別紙1で説明を受けた利用者負担額と併せて理解し同意します。

◆ **利用料支払いに関する条項**

- ① 利用料は毎月、現金及び銀行・郵便局の口座引落として決められた期日に支払いを行う。
- ② 2か月滞納の際は、利用者・利用契約者は利用料支払いを速やかに行う。
- ③ 3か月滞納の際は、利用の中止となる場合がある。

令和 年 月 日 <利用者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

<利用契約者> ※利用者様以外

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

介護老人保健施設 リバーサイド御薬園  
 管理者 梅田 三智代 殿

【本約款第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏 名	(続柄： )
住 所	〒
電話番号	

【本約款第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

氏 名	(続柄： )
住 所	〒
電話番号	

【本約款第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

氏 名	(続柄： )
住 所	〒
電話番号	

## 連帯保証契約書（根保証）

債権者、介護老人保健施設リバーサイド御薬園（以下「甲」という）と連帯保証人（以下「乙」という）とは、甲の利用者・利用契約者（以下「丙ら」という）に対する債権の連帯保証（根保証）について以下のとおり合意した。

（基本的合意）

第1条 乙は、甲に対し、丙らが甲に対して負担する債務（以下「本件主債務」という）について、下記条件において丙らと連帯して保証する。

### 記

対象となる本件主債務	甲及び丙らの間で締結された介護老人保健施設リバーサイド御薬園利用契約（以下「本契約」という）の締結日から終了日又は元本確定日までの間に発生した本契約に基づく主債務について丙らと連帯して保証する。
極度額	金200,000円
元本確定期日	令和 年 月 日
元本確定事由	① 甲が乙もしくは丙の財産に対し、本件主債務について強制執行又は、担保権の実行を申し立てて、当該手続きが開始されたとき。 ② 乙又は丙らについて破産手続きの開始の決定が開始されたとき。 ③ 乙又は丙らが死亡したとき。

（催告の抗弁がないことの確認）

第2条 乙は、甲から本件主債務について本契約及び甲丙間の金銭消費貸借契約の各約定に基づく請求を受けたときは、直ちに甲に対し支払う。

（検索の抗弁がないことの確認）

第3条 乙は丙らに弁済の資力があり、かつ、これに対する強制執行が容易であることを証明しても、甲からの執行を拒むことはできない。

（滞納費用の支払い）

第4条 2ヶ月滞納の際は、連帯保証人が利用料の支払いを速やかに行う。

（管轄の合意）

第5条 甲及び乙は、本契約に関する紛争が生じたときは、その第一審裁判所を熊本地方裁判所人吉支部若しくは人吉簡易裁判所とすることに合意した。

令和 年 月 日

乙

〒

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

連絡先： \_\_\_\_\_

## 緊急時の対応に関する同意書について

リバーサイド御薬園をご利用頂くにあたり、安定した生活を過ごして頂けるように、ご本人様の全身管理やその他の生活環境づくりに、全職員で取り組んでまいります。しかし、ご本人様の精神的・身体的な状態によりましては、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

《リスクに関して》（ご確認頂きましたら□にチェックをお願いします）

- 高齢に伴う全身状態の急変・急死
- 急激な原疾患の悪化や様々な合併症の併発
- 転倒、骨折、外傷、誤嚥、誤飲、窒息などの不慮の事故
- 徘徊や帰宅願望による無断離園
- 介護骨折（介護動作により意図せずに発生する骨折）
- 褥瘡

等が発生するリスクがあります。そのような際に、至急の医療的対応が何よりも優先されると医師等が判断した場合は、施設側の判断にて、医療機関への緊急の受診が発生する可能性がありますのでご協力をお願いいたします。十分に注意を払ってケアをしておりますが、ご利用者様の身体的状態によっては、それでも防ぐことができない場合があるということをご理解ください。

-----

上記の説明を十分に理解した上で、サービスを利用することに同意します。

令和      年      月      日

<利用者>

氏 名： \_\_\_\_\_ (印)

<利用契約者>

氏 名： \_\_\_\_\_ (続柄      ) (印)