

介護老人保健施設 虹ヶ丘
通所リハビリテーション事業
介護予防通所リハビリテーション事業
重要事項等説明書

1、事業主体概要

(1) 法人の名称等

- ・法人名：医療法人社団 英仁会
- ・所在地：札幌市東区東苗穂7条2丁目8番20号
- ・設立年月日：昭和39年7月1日（法人開設 昭和63年4月1日）
- ・電話番号：011-783-3311
- ・FAX番号：011-783-0588
- ・代表者氏名：理事長 小笠原 顕夫

2、事業所の概要

(1) 施設の概要等

- ・事業所の名称：介護老人保健施設 虹ヶ丘
- ・事業所の所在地：夕張市日吉14番地6
- ・開設年月日：平成12年2月15日
- ・電話番号：0123-53-3131
- ・FAX番号：0123-56-6667
- ・管理者名：施設長 後藤 良一
- ・介護保険事業者番号：0155980014

(2) 施設の目的

- ・通所（介護予防通所）リハビリテーションでは、利用者の通所（介護予防通所）リハビリテーション計画に基づき、心身機能の維持回復を図るために必要なリハビリテーションを行います。

(3) 施設の運営方針

- ・通所（介護予防通所）リハビリテーション計画等に基づいて利用者の自立を支援し、家族等の協力と理解を求めながら充実した日常生活を送れるように、心身機能の維持回復を図ります。
- ・介護を必要とする利用者に対して良質なケアと生活サービス、残存機能維持回復のためのリハビリテーションサービスを提供します。
- ・利用者の生活歴等を考慮した個別的な関わりと社会参加型行事等を多く取り入れます。

(4) 施設の概要・利用定員等

- ・施設建築の種別：鉄筋コンクリート造 3階建 (4,008.25平方m)
- ・利用定員：25名（1日）
その他＝施設サービス入所定員 60名（内、認知症専門棟20名）
＝短期入所（介護予防短期入所）療養介護サービス 空床型

(5) 居室の概要

- ・1人部屋 = 12室 2人部屋 = 4室 4人部屋 = 10室

(6) 防犯・防災時等の概要

- ・非常災害等が発生した場合、当施設職員は利用者等の避難誘導等適切な措置を講ずる。また、日頃より非常災害等に備え定期的に地域の関係機関等と連携を図り、避難訓練等を行う。
- ・防災設備 = スプリンクラー、消火器、消火栓、非常通報装置、防火扉

(7) 損害賠償責任保険加入先

- ・日本興亜損害保険株式会社

(8) 関連病院

- ・医療法人社団 英仁会 札幌病院（札幌市東区東苗穂7条2丁目8番20号）
診療科目＝内科・循環器科・消化器科・リハビリテーション科
病床数＝一般病棟24床、医療療養型病床30床

(9) 他の介護保険関連事業

- ・医療法人社団 英仁会 札幌病院介護医療院（54床）
- ・医療法人社団 英仁会 札幌病院 通所リハビリテーション
- ・指定居宅介護支援事業所 ケアプランサービス さつなえ
- ・社会福祉法人 幸照会 デイサービスセンター レインボーヒルズ

(10) 他の介護保険以外の事業

- ・医療法人社団 英仁会 札幌病院
- ・社会福祉法人 幸照会 ケアハウス レインボーヒルズ（50床）

3、職員の体制（主たる職員）

- 事業者は、次の通り職員を配置します。

職員の職種	配置人数	保有資格 他
医師	1名以上	医師
支援相談員	1名以上	社会福祉士, 介護支援専門員 等
理学 又は 作業療法士	1名以上	理学療法士又は作業療法士
看護 又は 介護職員	3名以上	正看護師, 准看護師, 介護福祉士 等
管理栄養士 又は 栄養士	1名以上	管理栄養士, 栄養士
その他職員(事務職員 他)	1名以上	防火管理者 等

4、協力医療機関

(1) 協力医療機関

- ・当施設では、下記の医療機関・歯科機関に協力を頂いていますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いすることになっています。

協力医療機関名・住所：栗山赤十字病院 161床（栗山町朝日3丁目2番地）

診療科目：内科、消化器科、循環器科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科
皮膚科、泌尿器科、精神科、神経科、放射線科、透析外来

協力歯科機関名・住所：木村歯科診療所（夕張市本町3丁目63）

5、通所（介護予防通所）リハビリテーション計画の作成

- 事業者は、利用者の心身状況・希望及びその置かれている環境等を踏まえて、医師及び理学療法士又は作業療法士若しくは通所（介護予防通所）リハビリテーションの提供にあたる従事者は、個人情報・診療又は運動機能検査・作業能力検査等を基に、協議の上、援助の目的・目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した通所（介護予防通所）リハビリテーション計画を速やかに作成し、利用者及び家族等に対して、その計画に関する内容説明を行い、併せて同意をいただきます。

6、サービス内容

- ① 機能訓練 : 通所（介護予防通所）リハビリテーション計画に基づいた、個別リハビリテーション及び機能訓練を提供します。
原則として、機能訓練室にて行いますが、施設内すべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。
- ② 入浴サービス: 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。
(入浴方法等のリハビリのために、個別で対応する場合があります。)
- ③ 送迎サービス: 居宅介護（介護予防）サービス計画に基づき、ご自宅までの送迎を致します。
- ④ その他

7、保険証等の確認事項

(1) 確認事項

- I、介護保険被保険者証
- II、健康手帳
- III、健康保険被保険者証
- IV、老人保健法 医療受給者証
- V、特定疾患認定書
- VI、重度心身障害者 医療受給者証
- VII、その他

8、禁止事項

- 適正なサービス提供のため、次の行為は禁止行為としますので、ご注意願います。
 - ・ 営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動に関する行為
 - ・ 事業所職員への暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷等の行為
 - ・ パワーハラスメント、セクシャルハラスメント他のハラスメント行為
 - ・ 事業所職員及び他利用者の画像・動画・音声等を無断でSNS等へ掲載する行為

9、利用料金等

(1) 利用料金等

- ・ 通所（介護予防）リハビリテーションをご利用される方のご負担は、介護保険の給付にかかる自己負担分（介護保険制度に定められる負担割合）と保険給付対象外サービスの費用（食事及び日常生活で通常必要となる物に係る費用等）を負担して頂きます。

尚、介護保険の給付にかかる自己負担分の金額は全国統一料金ではありません（施設の所在する地域等により異なります）。保険給付対象外サービスの費用設定についても施設毎の設定となっています（詳しくは利用料金表をご参照願います）。

（２）保険給付サービス

・介護保険の給付にかかる負担分

利用者の要介護（支援）度及び利用時間等により利用料が異なります。

また、次の１～２１が利用状況により加算されます。

- １．理学療法士等体制強化加算（１日つき）
- ２．リハビリテーション提供体制加算（１日につき）
- ３．入浴介助加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）（１日つき）
- ４．リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ 又は Ⅱ 又は Ⅲ （１月につき）
- ５．短期集中リハビリテーション実施加算
（退院（所）日又は認定日から３ヶ月以内・１回につき）
- ６．認知症短期集中リハビリテーション実施加算
（退院（所）日又は利用開始日から３ヶ月以内・週２回を上限・１回につき）
- ７．重度療養管理加算（１回につき）
- ８．中重度者ケア体制加算（１日）
- ９．延長加算（利用時間が、８時間超９時間未満及び９時間超１０時間未満の場合）
- １０．移行支援加算
- １１．退院時共同指導加算（１回につき）
※ １～１１は、要介護１～５の方への加算項目
- １２．生活行為向上リハビリテーション実施加算
（利用開始月から６ヶ月以内・１月につき）
- １３．若年性認知症利用者受入加算（１日につき、もしくは１月につき）
- １４．栄養アセスメント加算（１月につき）
- １５．栄養改善加算（月２回を上限・１回につき、もしくは１月につき）
- １６．口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）（６か月ごと、１回につき）
- １７．口腔機能向上加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）（月２回を上限・１回につき、もしくは１月につき）
- １８．科学的介護推進体制加算（１月につき）
- １９．サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）（１日につき、もしくは１月につき）
- ２０．介護職員等処遇改善加算（１月につき）
※ １２～２０は、全利用者の方への加算項目

- ２１．一体的サービス複数実施加算（１月につき）

※ ２１は、要支援１～２（介護予防）の方への加算項目

（３）保険給付対象外サービスにかかる負担分

- ・利用者様が希望された保険給付対象外サービス（食事及びその他の日常生活費）にかかる料金は、（別紙１）「保険給付対象外サービス利用表」に記載しておりますので、ご確認下さい。尚、おむつ代については利用者様の身体状況により、おむつの利用が必要な場合にお支払いいただきますが、原則としてはご持参される事をお願いしています。

10、個人情報の保護

- 当施設では、業務上知り得た利用者等に関する秘密について、利用者等に緊急やむを得ない事情が無い限り、これを保持します。
- 当施設では、個人情報について（別紙2）により、その利用目的・利用範囲等を定め同意を得ることとします。尚、個人情報の利用等に対し制限を希望する場合は「（別紙2-1）個人情報に関する利用停止・変更等申請書」にて申し出る事とします。

11、事故発生時の対応

- 当施設の提供サービスにおいて、事故が発生した場合には、速やかに家族若しくは身元引受人等へ連絡すると共に、必要に応じて関係各機関等へ協力を要請する等の必要な措置を講じます。
- 当施設の提供サービスにおいて、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。但し、当施設の責によらない事由による場合は、この限りではありません。

12、苦情申立先

（1）利用者等からの相談又は苦情等に対する常設の窓口（連絡先）

- ・相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を設置しています。また、担当者が不在の場合、基本的事項については全職員が対応できるように指導し、担当者へ必ず引き継ぐようにしています。

～相談窓口及び担当者～

電話番号 0123-53-3131

FAX番号 0123-56-6667

相談担当者 介護老人保健施設 虹ヶ丘

事務長 松原 圭

支援相談員 宮下 円香

（2）当施設以外に市町村の相談・苦情窓口、北海道国民健康保険団体連合会等に苦情を申し立てることができます。

～夕張市役所 介護保険課

電話番号（代表） 0123-52-3131

～北海道国民健康保険団体連合会

電話番号（代表） 011-231-5161

(別紙1)

保険給付対象外サービス利用表

利用者様ご希望（選択）された利用項目及び金額は、次の通りとなります。

項 目	金 額
1) 食 費（昼食代・1食）	530円
2) 日常生活費（食事おしぼり・1食）	50円
3) 日常生活費（バスタオル・1回）	80円
4) 日常生活費（タオル類・1回）	40円

介護老人保健施設 虹ヶ丘では、このご希望通りサービスを提供致します。

尚、この内容についてはいつでも変更する事が可能です。
その際はお手数おかけしますが担当者までご連絡願います。

この内容についてご質問等ある場合についても、担当者までお問い合わせ願います。

担 当 介護老人保健施設 虹ヶ丘
事務職員
TEL 0123-53-3131
FAX 0123-56-6667
Mail nijigaoka@sunny.ocn.ne.jp

(別紙2)

個人情報利用の目的と同意

介護老人保健施設 虹ヶ丘では、利用者及び家族等の個人情報について、その利用目的を以下の通り定め、利用者及び家族等の同意の下に管理・運用します。

【利用者への介護サービス提供に必要な利用目的】

～介護老人保健施設 虹ヶ丘内部での利用目的～

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスの利用者に係る当施設の管理・運營業務のうち
 - － 入退所・出欠等の管理
 - － 会計・経理
 - － 事故等の報告
 - － 当該利用者の介護・医療サービスの向上

～他事業者等への情報提供を伴う利用目的～

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - － 利用者に居宅サービスを提供する、他居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - － 利用者の診療等に当たり、外部の医師等に対して意見・助言を求める場合
 - － 給食業務・検体検査業務等の委託、その他の業務委託
 - － 家族等への病状説明・心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
 - － 審査支払機関へのレセプト提出
 - － 審査支払機関又は保険者からの紹介への回答
- ・ 医療・介護事故等に係る保険会社・関係機関等への相談・報告及び届出等

【上記以外の利用目的】

～介護老人保健施設 虹ヶ丘内部での利用に係る利用目的～

- ・ 当施設の管理・運營業務のうち
 - － 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - － 当施設において行われる学生等の実習への協力
 - － 当施設において行われる事例研究等

～他事業者等への情報提供に係る利用目的～

- ・ 当施設の管理・運營業務のうち
 - － 外部監査機関への情報提供

【その他】

- ・ 当施設での個人情報の利用に関して、制限等を希望する場合は（別紙2-1）にて申し出る事が出来ます。また、申請・変更・撤回等はいつでも申し出る事が出来ます。

(別紙2-1)

個人情報に関する利用停止・変更等申請書

年 月 日

介護老人保健施設 虹ヶ丘 施設長殿

私は、貴施設が保有する下記の個人情報について、利用停止又は第三者提供を停止して頂くよう申請致します。

～利用停止を求める個人情報～

利用者氏名 : _____

利用停止を求める情報の種類

--

利用停止の内容 (どのような目的への利用停止を希望するか具体的に記入下さい)

--

利用停止の理由

--

請求者 住 所 _____

氏 名 _____

(本人委任状)

私は、上記の通り、(請求者) _____ に対して、貴施設が保有する私の個人情報の利用停止申請に関する一切を委任致します。

利用者本人 (自署) _____

事業 者

施設名 医療法人社団 英 仁 会
介護老人保健施設 虹ヶ丘

住 所 北海道夕張市日吉 1 4 番地 6

説明者氏名 _____

私は、本書面に基づいて重要事項等説明書及び別紙 1 並びに別紙 2 により、その説明を受けたことを確認すると共に、その内容に同意致します。

令 和 年 月 日

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____