

様

## 「介護老人保健施設リハビリパーク黒川」 重要事項説明書

介護老人保健施設 リハビリパーク黒川  
愛知県名古屋市北区志賀本通1丁目35番  
TEL 052-325-7975  
FAX 052-325-7976

当施設は介護老人保健施設の許可を受けています。

第 2350380065 号

当施設は、ご契約者（ご利用者）に対する介護保健施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令40号5条に基づいて、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

※当施設サービスの利用は、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. ご利用施設
3. 施設の目的と運営の方針
4. 施設の概要
5. 職員体制
6. 緊急時の対応
7. 施設サービスの概要と利用料
8. 苦情の受付について
9. 非常災害時の対応
10. 契約締結からサービス提供までの流れ
11. サービス提供における事業者の義務
12. サービスの利用に関する留意事項
13. 損害賠償について
14. サービス利用をやめる場合
15. 利用契約書

別紙 利用同意書 個人情報利用同意書 苦情対応フロー 事故発生時の対応

## 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二丁目5-12
- (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. ご利用施設

- (1) 施設の名称 介護老人保健施設 リハビリパーク黒川
- (2) 施設の所在地 愛知県名古屋市北区志賀本通1-35
- (3) 許可番号 平成 28 年 6 月 1 日許可  
第 2350380065 号
- (4) 施設長の氏名 鈴木 隆二郎
- (5) 電話番号 TEL 052-325-7975
- (6) 開設年月 平成 28年 6月 1日
- (7) 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
- (8) 利用定員 入所 100名  
(短期入所は入所者が申込みをしている当該日の介護老人保健施設サービスの定員数より実入所者を差し引いた数)
- (9) サービス提供までの流れ  
介護保険被保険者証、診断書等を提示して頂き、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。その後サービス利用のご契約となります。
- (10) サービスをお受け頂けない方
  - ① 緊急な医療が既に必要になっている方
  - ② 入所生活・集団生活を送るのが困難と判断される方
  - ③ 要介護状態にない方
- (11) 入所、退所の時間  
原則として入所は10時30分迄に来所して頂きます。退所は10時となります。
- (12) 送迎サービス  
送迎については基本的に御家族の方の協力をお願いしております。
- (13) お持ち物  
お薬(現在内服中のものをお持ち下さい。)、日数相当分の衣類、パジャマ、下着、上靴、洗面用具、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  
※お持ち物には必ずご記名下さい。また、持ち込む際には必ず職員へお声掛け下さい。  
記名、申し出の無い私物の紛失には、責任を負いかねますのでご注意下さい。
- (14) キャンセル  
キャンセルは入所予定日の前日15時までにご連絡下さい。

## 3. 施設の目的と運営の方針

- (1) 施設の目的  
この施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、ご利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。
- (2) 運営の方針

当施設では、ご利用される方が今まで過ごしてこられた生活を尊重し、ご自分らしい生活が継続されるよう以下の内容に努めます。

- ・ご利用者にとって快適な生活を送っていただけるように、高齢者ケアの基本をふまえた日常生活サービスを提供します。
- ・家庭復帰を目指す施設として、職員とご家族の結びつきを大切にし、ご利用者とご家族の絆がより深まるようなサポートを行います。
- ・ご利用者の個々の症状、障害に応じたケア計画を作成します。
- ・より良いサービスの提供が行われるように、職員全員が研修、研鑽に励みます。
- ・生活リハビリを中心としたQOLの向上を図ります。
- ・ご利用者、ご家族のプライバシー及びご意見を尊重します。

#### 4. 施設の概要

|     |           |                           |
|-----|-----------|---------------------------|
| 敷 地 | 面 積       | 1, 519. 05m <sup>2</sup>  |
| 建 物 | ①建物の構造    | 鉄筋コンクリート造 地上6階            |
|     | ②建物の延べ床面積 | 4, 404. 84 m <sup>2</sup> |
|     | ③事業所の周辺環境 | 閑静な住宅街                    |

主な施設設備概要

##### (1) 居 室

当事業所では以下の居室をご用意しています。

| 居室の種類   | 室 数   | 面 積                                        |
|---------|-------|--------------------------------------------|
| 1 人 部 屋 | 100 室 | 14.01 m <sup>2</sup> ～17.86 m <sup>2</sup> |
| 合 計     | 100 室 |                                            |

※居室の変更：ご契約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します。また、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、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

#### 5. 職員体制

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人保健施設介護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。（下表は、実員（常勤換算）を表記しています。）

| 職 種                   | 職員体制        |
|-----------------------|-------------|
| 1. 施設長(医師と兼務)         | 1 (1.0) 名   |
| 2. 医師                 | 1 (1.0) 名   |
| 3. 看護職員               | 14 (10.9) 名 |
| 4. 介護職員               | 37 (33.0) 名 |
| 5. 支援相談員              | 2 (2.0) 名   |
| 6. リハビリ職員             | 5 (5.0) 名   |
| 7. 管理栄養士又は栄養士         | 2 (2.0) 名   |
| 8. 調理師・調理員            | 18 (13.1) 名 |
| 9. 薬剤師                | 1 (0.2) 名   |
| 10. 介護支援専門員（ケアマネージャー） | 1 (1.0) 名   |
| 11. 事務職               | 3 (3.0) 名   |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護員が5名いる場合、常勤加算では、  
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

※医師の所定勤務時間数は3 2時間／週です。

#### <職務内容>

管 理 者

従業員及び業務の管理を一元的に行います。

医 師

利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

薬 剤 師

利用者に対して医薬品薬剤管理及び服薬の管理指導を行います。

看 護 職 員

利用者の健康管理や療養上の世話をを行います。

介 護 職 員

利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

支援相談員

利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

リハビリ職員(作業療法士・理学療法士・言語聴覚士)

利用者の機能訓練を担当します。

管理栄養士(栄養士)・調理師・調理員

栄養並びに利用者の心身の状況に応じた献立により、適切な時間に適切な温度で食事を提供します。

介護支援専門員

利用者のケアプランを作成します。

事務職員

介護サービスに関する会計・庶務を行います。

## 6. 緊急時の対応

### (1) 体調の急変

体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と施設医師が認めた場合にご家族に確認の上、医療機関へご紹介、転院させていただきます。その際ご家族も医療機関へ向かって頂けるようご要請致します。

**※急変時に備え、携帯電話等ご家族の連絡先を別紙同意書にご記入下さい。**

### (2) 送迎時の事故

送迎時に事故が発生した場合には、速やかにご家族にご連絡し、けがの有無をご報告のうえ、有事の際には搭乗者保険等により医療費等の賠償をさせていただきます。

## 7. 施設サービスの概要と利用料

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|-----------------------------------------------------|

があります。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の通常9割が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

#### ① 医療、看護サービス

- ・ご利用者の病状にあわせた医療・看護を提供します。
- ・当施設では行えない処置、手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。

#### ② 機能訓練

・リハビリ職員(作業療法士・理学療法士・言語聴覚士)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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

③ 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ・体調不良等で入浴できない場合は、清拭にて対応いたします。

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 送迎サービス

- ・送迎については、基本的にご家族の方のご協力をお願いしております。

⑥ 食事サービス

- ・ご利用者の嚥下・咀嚼の状態や機能、疾病の状態を考慮したお食事を提供しております。
- ・原則として自立支援の為、離床し、食堂にて食事をとって頂きます。

|      |   |        |     |        |
|------|---|--------|-----|--------|
| 食事時間 | 朝 | 8:00～  |     |        |
|      | 昼 | 12:00～ | おやつ | 15:00～ |
|      | 夕 | 18:00～ |     |        |

⑦ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。

**\* 入所中のご相談や在宅復帰に向けたご相談等を介護支援専門員、支援相談員が懇切丁寧に承ります。お気軽にご相談下さい。**

## ＜ サービス利用料金（1日あたり） ＞

下記の料金表によって、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（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

### ユニット型介護保健施設サービス利用額

|                     | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5     |
|---------------------|--------|--------|---------|---------|----------|
| 基本サービス費             | 802 単位 | 848 単位 | 913 単位  | 968 単位  | 1,018 単位 |
| 栄養マネジメント<br>強化加算    | 11 単位  | 11 単位  | 11 単位   | 11 単位   | 11 単位    |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅲ） | 6 単位   | 6 単位   | 6 単位    | 6 単位    | 6 単位     |
| 夜勤職員配置加算            | 24 単位  | 24 単位  | 24 単位   | 24 単位   | 24 単位    |
| 介護給付<br>（1割負担分）     | 900 円  | 949 円  | 1,018 円 | 1,077 円 | 1,131 円  |

\* 上記単価額は、1割負担の単価額です。2割または3割負担の方は、食費・居住費を除く保険請求分が上記単価額の2倍または3倍額の料金となります。

## ＜1ヶ月間(30日間)の料金目安＞

(基本サービス費・栄養マネジメント強化加算・サービス提供体制強化加算Ⅲ・夜勤職員配置加算・科学的介護推進体制加算Ⅱ・処遇改善加算Ⅱ・食費・居住費)に30を乗じた金額を表示しております。

| 要介護度<br>利用者負担段階 | 要介護 1     | 要介護 2     | 要介護 3     | 要介護 4     | 要介護 5     |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 第 2 段階          | 67,095 円  | 68,673 円  | 70,904 円  | 72,791 円  | 74,507 円  |
| 第 3 段階①         | 89,595 円  | 91,173 円  | 93,404 円  | 95,291 円  | 97,007 円  |
| 第 3 段階②         | 110,895 円 | 112,473 円 | 114,704 円 | 116,591 円 | 118,307 円 |
| 第 4 段階          | 159,495 円 | 161,073 円 | 163,304 円 | 165,191 円 | 166,907 円 |
| (2割負担の方)        | 188,490 円 | 191,647 円 | 196,109 円 | 199,883 円 | 203,314 円 |
| (3割負担の方)        | 217,485 円 | 222,220 円 | 228,913 円 | 234,575 円 | 239,721 円 |

※前記費用のほか、必要に応じ各種加算を算定いたします。(別紙参照)

※当施設では、介護保険の給付対象単位に10.68円(名古屋市の地域区分3級地)を乗じた額の1割～3割を利用者に負担して頂きます。お持ちの「介護保険負担割合証」をご提示ください。

\* なお、月々の利用者負担には上限が設けられており、上限を超えた分については高額介護サービスの支給となります。

※世帯全員が市町村民税非課税の場合、居住費・食費の負担が軽減され、下記の金額となります。負担軽減を受けるためには「介護保険負担限度額認定証」が必要です。詳しくは支援相談員までお尋ねください。

| 利用者負担段階 |                                                           | 居住費     | 食費      |
|---------|-----------------------------------------------------------|---------|---------|
| 第 1 段階  | 老齢福祉年金の受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方<br>生活保護を受給されている方               | 880 円   | 300 円   |
| 第 2 段階  | 世帯全員が市町村民税非課税で、<br>本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計が年額80万円以下の方       | 880 円   | 390 円   |
| 第 3 段階① | 世帯全員が市町村民税非課税で、<br>本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計が年額80万円超120万円以下の方 | 1,370 円 | 650 円   |
| 第 3 段階② | 世帯全員が市町村民税非課税で、<br>本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計が年額120万円を超える方     | 1,370 円 | 1,360 円 |

※前記費用のほか、必要に応じ各種加算を算定いたします。

| 項目                               | 単位              |
|----------------------------------|-----------------|
| 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）             | 275円（258単位/日）   |
| 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）             | 213円（200単位/日）   |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）          | 256円（240単位/日）   |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）          | 128円（120単位/日）   |
| 認知症ケア加算                          | 81円（76単位/日）     |
| 若年性認知症利用者受入加算                    | 128円（120単位/日）   |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）               | 54円（51単位/日）     |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）               | 54円（51単位/日）     |
| 外泊時費用                            | 386円（362単位/日）   |
| 外泊時費用（在宅サービスを使用する場合）             | 854円（800単位/日）   |
| ターミナルケア加算（死亡日）                   | 2029円（1900単位/日） |
| ターミナルケア加算（2～3日）                  | 971円（910単位/日）   |
| ターミナルケア加算（4～30日）                 | 170円（160単位/日）   |
| ターミナルケア加算（31～45日）                | 76円（72単位/日）     |
| 初期加算（Ⅰ）（30日間）                    | 64円（60単位/日）     |
| 初期加算（Ⅱ）（30日間）                    | 32円（30単位/日）     |
| 退所時栄養情報連携加算（栄養マネジメント強化加算と同時算定不可） | 74円（70単位/回）     |
| 再入所時栄養連携加算（1人につき1回限度）            | 213円（200単位/回）   |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）                    | 480円（450単位/回）   |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）                    | 512円（480単位/回）   |
| 試行的退所時指導加算                       | 427円（400単位/回）   |
| 退所時情報提供加算（Ⅰ）                     | 534円（500単位/回）   |
| 退所時情報提供加算（Ⅱ）                     | 267円（250単位/回）   |
| 入退所前連携加算（Ⅰ）                      | 640円（600単位/回）   |
| 入退所前連携加算（Ⅱ）                      | 427円（400単位/回）   |
| 訪問看護指示加算                         | 320円（300単位/回）   |
| 協力医療機関連携加算（1）（R6年度まで）            | 106円（100単位/月）   |
| 協力医療機関連携加算（1）（R7年度から）            | 53円（50単位/月）     |
| 協力医療機関連携加算（2）（R7年度から）            | 5円（5単位/月）       |
| 栄養マネジメント強化加算（1日）                 | 11円（11単位/日）     |
| 経口移行加算                           | 29円（28単位/日）     |
| 経口維持加算（Ⅰ）1月につき                   | 427円（400単位/月）   |
| 経口維持加算（Ⅱ）1月につき                   | 106円（100単位/月）   |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ）                      | 96円（90単位/月）     |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ）                      | 117円（110単位/月）   |
| 療養食加算（1食）                        | 6円（6単位/食）       |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ               | 149円（140単位/回）   |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ               | 74円（70単位/回）     |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）                | 256円（240単位/回）   |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）                | 106円（100単位/回）   |
| 緊急時治療管理                          | 553円（518単位/日）   |
| 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（1日に1回7日を限度）         | 255円（239単位/回）   |
| 所定疾患施設療養費（Ⅱ）（1日に1回10日を限度）        | 512円（480単位/回）   |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）                     | 3円（3単位/日）       |

|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）                   | 4円（4単位/日）     |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）                | 160円（150単位/月） |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）                | 128円（120単位/月） |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算               | 213円（200単位/日） |
| 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） | 56円（53単位/月）   |
| 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） | 35円（33単位/月）   |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（1月につき）           | 3円（3単位/月）     |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）（1月につき）           | 13円（13単位/月）   |
| 排せつ支援加算（Ⅰ）（1月につき）              | 10円（10単位/月）   |
| 排せつ支援加算（Ⅱ）（1月につき）              | 16円（15単位/月）   |
| 排せつ支援加算（Ⅲ）（1月につき）              | 21円（20単位/月）   |
| 自立支援促進加算（1月につき）                | 320円（300単位/月） |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（1月につき）          | 42円（40単位/月）   |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）（1月につき）          | 64円（60単位/月）   |
| 安全対策体制加算（入所中1回）                | 21円（20単位/月）   |
| 感染対策向上加算（Ⅰ）                    | 10円（10単位/月）   |
| 感染対策向上加算（Ⅱ）                    | 5円（5単位/月）     |
| 新興感染症等施設療養費（1月に1回5日を限度）        | 256円（240単位/日） |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）                 | 106円（100単位/月） |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）                 | 10円（10単位/月）   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）                | 6円（6単位/回）     |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（令和6年5月31日まで）     | 所定単位の39/1000  |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）（令和6年5月31日まで）  | 所定単位の17/1000  |
| ベースアップ等支援加算（令和6年5月31日まで）       | 所定単位の8/1000   |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（令和6年6月1日～）       | 所定単位の71/1000  |

※当施設では、介護保険の給付対象単位に10.68円（名古屋市の地域区分3級地）を乗じた額の1割もしくは2割・3割を利用者に負担して頂きます。お持ちの「介護保険負担割合証」をご提示ください。

※上記基本サービス単価及び各種加算単価は、1割負担の方の単価額となります。2割・3割負担に該当される方は、1割の単価額の2倍額・3倍額がご負担額となります。

※なお、月々の利用者負担には上限が設けられており、上限を超えた分については高額介護サービスの支給となります。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

## （2）介護保険の給付対象とならないサービス

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。

### <サービスの概要と利用料金>

- ① 食費 1,850円/日
- ② 居住費 2,500円/日（ユニット型個室）＊全室個室のみとなります。



☆食事・居住費の負担限度額

食事、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額が1日においてお支払いいただく費用の上限となります。

③ 理髪・美容

調髪、顔剃、洗髪、毛染め等の理髪・美容を希望される方はお申し出ください。

④ レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

⑤ 複写物の交付

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。 コピー1枚につき 20円

⑥ 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、ご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

・電気代 1日あたり 70円

(テレビ、ビデオ、オーディオ、パソコン等をお持ちの方)

同意欄：

電気製品の持込を

☐ 希望します

☐ 希望しません

・衣類洗濯サービス(洗濯業者と提携)

別途、ご案内いたします。

⑦ 診断書代

|         |           |               |
|---------|-----------|---------------|
| ・簡単な証明書 | 1,000円/枚  |               |
| ・入所証明書  | 5,000円/枚  |               |
| ・簡単な診断書 | 3,000円/枚  | (医師の所見のみ)     |
| ・複雑な診断書 | 7,000円/枚  | (診察・検査等を含むもの) |
| ・死亡診断書  | 10,000円/枚 |               |

☆ 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。

☆ ご利用者の洗濯は原則、ご家族に対応をお願いしております。

☆ 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できます。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。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の請求書は毎月15日には発送致します。

その月末までに指定口座までお振込みください。お振込みの確認ができない場合、督促させていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加

・利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、介護老人保健施設サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合には、サービスの実施日前日までに事業者申し出てください。

・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

・ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。

その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

## 8. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

○苦情受付担当者 支援相談員 伊藤 祥子

○苦情解決責任者 事務長 奥村 洋右

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

TEL 052-325-7975 FAX 052-325-7976

\* 苦情対応のフローは別紙に定める。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                             |                                                                                                     |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名古屋市高齢福祉部<br>介護保険課<br>東桜分室  | 所在地 愛知県名古屋市東区東桜一丁目14番11号<br>DPスクエア東桜8階<br>電話番号 052-959-2592<br>受付時間 平日 8時45分～17時15分                 |
| 愛知県国民健康保険団体<br>連合会<br>介護福祉室 | 所在地 愛知県名古屋市東区泉1丁目6番5号 国保会館<br>電話番号 052-971-4165 (苦情専用)<br>FAX 052-962-8870 (苦情専用)<br>受付時間 平日 9時～17時 |

## 9. 非常災害時の対応

### (1) 災害時の対応

別途定める「介護老人保健施設リハビリパーク黒川消防計画」に則り対応を行います。  
尚、災害発生時の避難場所は次の通りとなります。

避難所：①大杉小学校 名古屋市北区大杉三丁目9-21

②大杉コミュニティーセンター 名古屋市北区大杉三丁目20-19

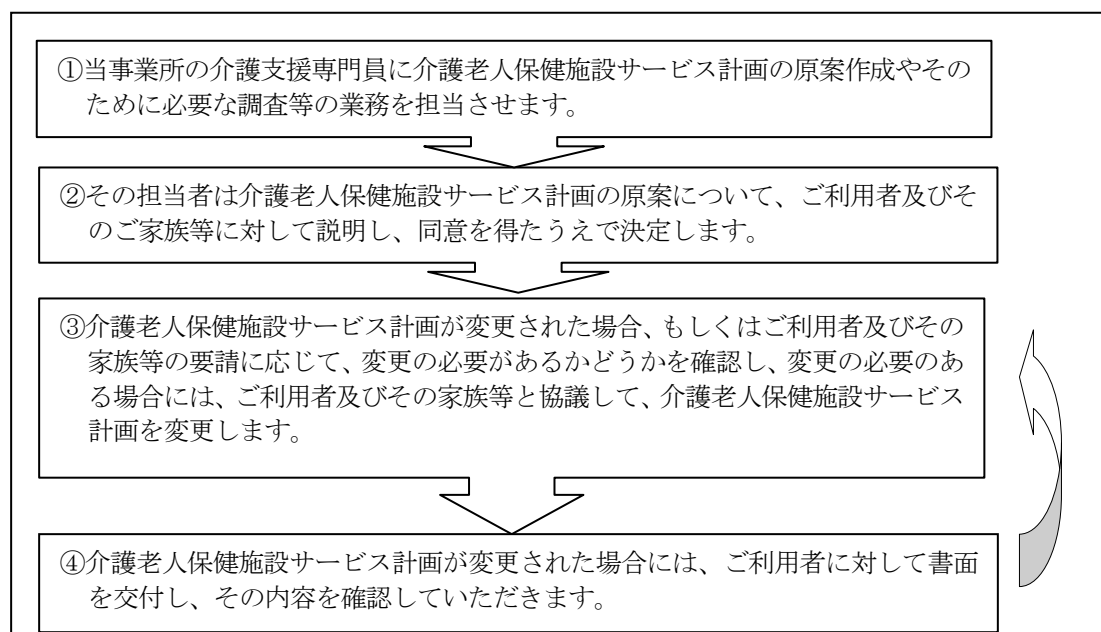
広域指定避難場所：志賀公園 名古屋市北区平出町二丁目

### (2) 平常時の訓練

別途定める「介護老人保健施設リハビリパーク黒川消防計画」に則り年2回、  
夜間、昼間を想定した避難訓練を実施します。

## 10. 契約締結から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、契約締結後に作成する「介護老人保健施設サービス計画」に定めます。契約締結から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。
- 介護老人保健施設計画サービスを作成し、それに基づき、ご利用者にサービス提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金を一旦全額お支払い頂きます。(償還払い)



要介護と認定された場合



- ・(1)と同様にサービス提供させていただきます。
- ・介護保険給付対象サービスについては介護保険の給付費額を除いた料金(自己負担分)をお支払いいただきます。



自立・要支援と認定された場合



- ・契約は終了します。
- ・既に実施されたサービスの料金は、全額自己負担となります。

## 11. サービス提供における事業者の義務

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 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 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 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請求に応じて閲覧できます。
- ④ 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、ご契約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、医師の指示のもと、適正な手続きを経て身体等を拘束する場合があります。また、その内容については、診療録等に適正に記録・保管します。ここに示す「適正な手続き」とは以下の通りです。
  - i 利用者様の生命、身体の保護の為に身体を拘束する必要が認められた場合は身体拘束廃止委員会にてその必要性を検討いたします。
  - ii 身体拘束を開始する前に、介護支援専門員より状況の説明がございます。その際、の説明に納得いただけた場合のみ、同意書に署名および捺印をいただきます。同意がいただけない限り身体拘束を開始することはございません。
  - iii 身体拘束の開始および経過の記録につきましては、ご家族の方はいつでも閲覧が可能です。
  - iv 拘束は時間と場面とを限って設定し、2週間ごとに廃止するための会議を開催いたします。拘束の継続が必要な場合には改めて同意書をいただきます。同意がいただけない場合には継続しての拘束は行いません。
  - v 身体拘束は最長でも1ヶ月間を限度といたします。
  - vi 身体拘束は「車椅子の抑制ベルト」「ベッドの4点柵」「介護つなぎ」および「ミトン」のいずれかのみにて行われます。なお、追加の必要性が発生した場合には再度ご家族様への説明を実施し、同意をいただきます。
  - vii 身体拘束に当っては人権を尊重し、療養生活の安全や精神的苦痛の軽減に十分配慮いたします。
- ⑤ 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への連絡を行う等必要な処置を講じます。

⑥ 当施設認定業者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。別紙個人情報利用同意書に定めます。また、ご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご利用者の同意を得ます。

## 12. サービスの利用に関する留意事項

当事業所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）お持込の制限

利用にあたり、次のものは原則として持ち込むことができません。

#### 食べ物、ペット、貴重品、多額の現金

### （２）施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地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。

○当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

### （３）喫煙・飲酒

施設館内及び敷地内での喫煙・飲酒はできません。

### （４）サービス利用中の医療の提供について

当施設以外での医療を必要とする場合は、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 | 名古屋市立西部医療センター病院   |
| 所在地     | 名古屋市北区平出町１丁目１番地の１ |

#### ② 協力医療機関

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 |
| 所在地     | 名古屋市北区上飯田通２丁目３７番地   |

#### ③ 協力歯科医療機関

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人爽誉会 奥井歯科      |
| 所在地     | 名古屋市北区西志賀町１丁目７５番地 |

#### ④ 協力歯科医療機関

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人PBC 東山デンタルクリニック |
| 所在地     | 名古屋市千種区東山通５丁目８９－１   |

(5) ご利用者に係る往診及び通院（他科受診）について

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。ご利用者の傷病等からみて施設医師が必要と認めた場合に限り、往診、通院をしていただくことがあります。

- ① 受診される場合は、提供している介護保健施設サービスについて必要な事項が記載されているご利用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の携帯が必要です。
- ② 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。
- ③ 施設で通常行えない医療行為については限定的に医療保険請求が認められております。具体的取扱い、基本診療料、画像診断、放射線治療、病理診断のほか、医学管理等・在宅医療・検査・投薬・注射・リハビリテーション・処置・手術・麻酔の一部（厚生労働大臣が定めるものに限る）になります。

(6) 歯科受診について

歯科受診については、医療保険請求が認められております。受診を希望される方は職員にお申し出ください。

### 13. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用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。守秘義務に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、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用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。

※ 事故発生時の対応については別紙に定める。

### 14. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②ご契約者が入院した場合
- ③要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立・要支援と判定された場合
- ④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ⑤施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑥当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑦ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑧事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 14 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除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事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護老人保健施設サービスを実施しない場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑤他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、契約締結時に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、その結果本契約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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③利用者等が、故意又は重大な過失により事業者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、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

## 介護老人保健施設リハビリパーク黒川 利用契約書

介護老人保健施設リハビリパーク黒川（以下『甲』）は、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する。また、それに基づき、甲と乙は、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、契約締結の日から乙の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに乙から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。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、乙および乙の身元引受人からよく事情を聞いて、乙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、または家族等に説明し、同意を得ることとする。

### 【第4条】 利用料金について

乙は、甲からサービスの提供を受けたときは、甲に対し、当該重要事項説明書内に記載されている利用料金を支払う。

### 【第5条】 身体拘束について

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6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】 サービス提供に関する記録**

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。乙および乙の身元引受人は、甲に対し、前述の記録の閲覧を求めることができる。

**【第7条】 乙からの契約解除の申し出**

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、14日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】 甲からの契約解除の申し出**

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。

**【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週間以上前までに乙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 利用者が入院したとき。
- V 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。
- VI 甲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甲を閉鎖した場合や、甲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】 契約終了後の措置**

この契約終了後、乙はただちに甲を退所します。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甲が既に受領している利用料があるときは、甲は乙に対し相当額を返還する。

この契約の終了により乙が甲を退所することになったときは、甲はあらかじめ乙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、乙の生命・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】 個人情報の保護**

甲の職員は、正当なる理由が無い限り、業務上知り得た乙、乙の家族または身元引受人の秘密を保持する。また甲は、甲の従業員が退職後、在職中に知り得た乙、乙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。

甲は、居宅介護支援事業所等必要な機関に対し乙、乙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

甲は、乙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、速やかに乙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乙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】苦情受付時の対応

乙、乙の身元引受人は、甲が提供する介護サービス等に疑問や苦情がある場合、いつでも窓口にお問い合わせ及び申し立てを行うことができる。その場合、甲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乙に文書または電話にて報告する。

【第14条】身元引受人の責任

甲は乙に対し、本契約を証するため、乙・甲は署名または記名、捺印の上、本契約書を2部作成し、乙・甲各1部を保有する。

身元引受人は、次の各号の責任を負います。

- I 乙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、甲は乙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、甲と連携して乙の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること。
- III 乙が死亡した場合の遺体及び遺留品その他の引受に関して必要な措置をすること。
- IV 乙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こと。

【第15条】その他

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、乙、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

乙は甲の説明及び契約条項の内容を十分に理解し、施設利用契約を締結いたします。

甲： 介護老人保健施設リハビリパーク黒川 施設長 鈴木 隆二郎 印

（説明者職名 支援相談員 氏名 伊藤 祥子 印）

乙： 利用者氏名 印

住 所

身元引受人（保証人）： 氏 名 印  
続 柄  
住 所

## 介護老人保健施設リハビリパーク黒川入所利用同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設介護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 リハビリパーク黒川

説明者職名 支援相談員

氏名

伊藤 祥子

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サービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名

印

利用者住所

保証人氏名

( 続柄

)

印

保証人住所

電話番号

### 【 請求書、明細書の送付先 】

|         |         |
|---------|---------|
| ・氏 名    | ( 続 柄 ) |
| ・住 所    | 〒       |
| ・電話番号   | — —     |
| ・携帯電話番号 | — —     |

### 【 緊急時連絡先 】

|         |         |
|---------|---------|
| ・氏 名    | ( 続 柄 ) |
| ・住 所    | 〒       |
| ・電話番号   | — —     |
| ・携帯電話番号 | — —     |

## 個人情報利用同意書

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
- ⑧ ケアの質の向上のため、国、市町村への報告

＜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 医療期間（病院・診療所）、②居宅介護支援事業所

#### 2. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

#### 3. 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

介護老人保健施設リハビリパーク黒川

利用者      氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

ご家族等      氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

様

「介護老人保健施設リハビリパーク黒川」

(介護予防)短期入所療養介護 重要事項説明書

介護老人保健施設 リハビリパーク黒川  
愛知県名古屋市北区志賀本通1丁目35番  
TEL 052-325-7975  
FAX 052-325-7976

当施設は介護老人保健施設の許可を受けています。

第 2350380065 号

当施設は、ご契約者（ご利用者）に対する(介護予防)短期入所療養介護サービス提供にあたり、介護保険法に基づいて、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

※当介護サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」もしくは「要支援」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. ご利用施設
3. 施設の目的と運営の方針
4. 施設の概要
5. 職員体制
6. 緊急時の対応
7. サービスの概要と利用料
8. 苦情の受付について
9. 非常災害時の対応
10. 契約締結からサービス提供までの流れ
11. サービス提供における事業者の義務
12. サービスの利用に関する留意事項
13. 損害賠償について
14. サービス利用をやめる場合
15. 利用契約書

別紙 利用同意書 個人情報利用同意書 苦情対応フロー 事故発生時の対応

## 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二丁目5-12
- (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. ご利用施設

- (1) 施設の名称 リハビリパーク黒川 (介護予防)短期入所療養介護
- (2) 施設の所在地 愛知県名古屋市北区志賀本通1-35
- (3) 許可番号 平成 28 年 6 月 1 日許可  
第 2350380065 号
- (4) 施設長の氏名 鈴木 隆二郎
- (5) 電話番号 TEL 052-325-7975
- (6) 開設年月 平成 28年 6 月 1 日
- (7) 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
- (8) 利用定員 入所 100名定員内の空床利用とする
- (9) サービス提供までの流れ  
介護保険被保険者証、診断書等を提示して頂き、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。その後サービス利用のご契約となります。
- (10) サービスをお受け頂けない方
  - ① 緊急な医療が既に必要になっている方
  - ② 入所生活・集団生活を送るのが困難と判断される方
  - ③ 要介護状態にない方、要支援状態にない方
- (11) 入所、退所の時間  
原則として入所は10時30分迄に来所して頂きます。退所は10時となります。
- (12) 送迎サービス  
送迎は、御家族様にてご送迎されるか、介護保険サービスの送迎サービスをお使いになることもできます。なお、送迎範囲は、原則、北区・中区・西区・東区とします。ご提示以外の送迎範囲や送迎時間についても、御利用者様とご調整させていただきます。お申し付けください。
- (13) お持ち物  
お薬(現在内服中のものをお持ち下さい。)、利用日数相当分の衣類、パジャマ、下着、上靴、洗面用具、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  
※お持ち物には必ずご記名下さい。また、持ち込む際には必ず職員へお声掛け下さい。  
記名、申し出の無い私物の紛失には、責任を負いかねますのでご注意下さい。
- (14) キャンセル  
キャンセルは利用予定日の前日15時までにご連絡下さい。

## 3. 施設の目的と運営の方針

- (1) 施設の目的  
冠婚葬祭、ご家族の介護疲れやご病気等で介護が一時的に困難になった時、居宅介護サービス計画(居宅介護予防サービス計画)に基づいて、施設にて看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供し、ご利用者様がご自宅等へ戻られてもその能力に応じた日常生活を営むことができるよう支援することを目的とした施設です。

## (2) 運営の方針

当施設では、ご利用される方が今まで過ごしてこられた生活を尊重し、ご自分らしい生活が継続されるよう以下の内容に努めます。

- ・ご利用者にとって快適な生活を送っていただけるように、高齢者ケアの基本をふまえた日常生活サービスを提供します。
- ・家庭復帰を目指す施設として、職員とご家族の結びつきを大切にし、ご利用者とご家族の絆がより深まるようなサポートを行います。
- ・ご利用者の個々の症状、障害に応じたケア計画を作成します。
- ・より良いサービスの提供が行われるように、職員全員が研修、研鑽に励みます。
- ・生活リハビリを中心としたQOLの向上を図ります。
- ・ご利用者、ご家族のプライバシー及びご意見を尊重します。

## 4. 施設の概要

|     |           |                |
|-----|-----------|----------------|
| 敷 地 | 面 積       | 1, 519. 05㎡    |
| 建 物 | ①建物の構造    | 鉄筋コンクリート造 地上6階 |
|     | ② 物の延べ床面積 | 4, 404. 84 ㎡   |
|     | ③事業所の周辺環境 | 閑静な住宅街         |

### 主な施設設備概要

#### (1) 居 室

当事業所では以下の居室をご用意しています。

| 居室の種類   | 室 数   | 面 積             |
|---------|-------|-----------------|
| 1 人 部 屋 | 100 室 | 14.01 ㎡～17.86 ㎡ |
| 合 計     | 100 室 |                 |

※居室の変更：ご契約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します。また、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、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

## 5. 職員体制

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人保健施設介護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。（下表は、実員（常勤換算）を表記しています。）

| 職 種                    | 職員体制        |
|------------------------|-------------|
| 1. 施設長(医師と兼務)          | 1 (1.0) 名   |
| 1. 医師                  | 1 (1.0) 名   |
| 1. 看護職員                | 14 (10.9) 名 |
| 1. 介護職員                | 37 (33.0) 名 |
| 1. 支援相談員               | 2 (2.0) 名   |
| 1. リハビリ職員              | 5 (4.0) 名   |
| 1. 管理栄養士又は栄養士          | 2 (2.0) 名   |
| 1. 調理師・調理員             | 18 (13.1) 名 |
| 1. 薬剤師                 | 1 (0.2) 名   |
| 1 0. 介護支援専門員（ケアマネージャー） | 1 (1.0) 名   |
| 1 1. 事務職               | 3 (3.0) 名   |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員

の勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護員が 5 名いる場合、常勤加算では、  
1 名（8 時間× 5 名÷ 40 時間＝ 1 名）となります。

※医師の所定勤務時間数は 32 時間／週です。

#### <職務内容>

##### 管 理 者

従業員及び業務の管理を一元的に行います。

##### 医 師

利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

##### 薬剤師

利用者に対して医薬品薬剤管理および服薬の管理指導を行います。

##### 看 護 職 員

利用者の健康管理や療養上の世話をを行います。

##### 介 護 職 員

利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

##### 支援相談員

利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

##### リハビリ職員（作業療法士・理学療法士・言語聴覚士）

利用者の機能訓練を担当します。

##### 管理栄養士（栄養士）・調理師・調理員

栄養並びに利用者の心身の状況に応じた献立により、適切な時間に適切な温度で食事を提供します。

##### 介護支援専門員

利用者のケアプランを作成します。

##### 事務職員

介護サービスに関する会計・庶務を行います。

## 6. 緊急時の対応

### （1）体調の急変

体調の急変があり、当施設の医療で対応が困難と施設医師が認めた場合にご家族に確認の上、医療機関へご紹介、転院させていただきます。その際ご家族も医療機関へ向かって頂けるようご要請致します。

**※急変時に備え、携帯電話等ご家族の連絡先を別紙同意書にご記入下さい。**

### （2）送迎時の事故

送迎時に事故が発生した場合には、速やかにご家族にご連絡し、けがの有無をご報告のうえ、有事の際には搭乗者保険等により医療費等の賠償をさせていただきます。

## 7. 施設サービスの概要と利用料

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|-----------------------------------------------------|

があります。

### （1）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の通常9割が介護保険から給付されます。

## ＜サービスの概要＞

### ① 医療、看護サービス

- ・ご利用者の病状にあわせた医療・看護を提供します。
- ・当施設では行えない処置、手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。

## ② 機能訓練

- ・リハビリ職員(作業療法士・理学療法士・言語聴覚士)により、ご利用者の心身等の状況に応じ日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

### ③入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ・体調不良等で入浴できない場合は、清拭にて対応いたします。

#### 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送迎サービス

送迎は、ご家族での送り迎えか施設送迎サービスのいずれかをお選びいただけます。

## ⑥食事サービス

ご利用者の嚥下・咀嚼の状態や機能、疾病の状態を考慮したお食事を提供しております。  
原則として自立支援の為、離床し、食堂にて食事をとって頂きます。

食事時間 朝 8:00～ 昼 12:00～ おやつ 15:00～  
夕 18:00～

## ⑦その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。

\* 入所中のご相談や在宅復帰に向けたご相談等を介護支援専門員、支援相談員が懇切丁寧に承ります。お気軽にご相談下さい。

＜ サービス利用料金（1日あたり）＞

下記の料金表によって、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（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

ユニット型介護保健施設短期入所療養介護サービス利用額

|                  | 要介護 1  | 要介護 2  | 要介護 3   | 要介護 4    | 要介護 5    |
|------------------|--------|--------|---------|----------|----------|
| 基本サービス費          | 836 単位 | 883 単位 | 948 単位  | 1,003 単位 | 1,056 単位 |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) | 6 単位   | 6 単位   | 6 単位    | 6 単位     | 6 単位     |
| 夜勤職員配置加算         | 24 単位  | 24 単位  | 24 単位   | 24 単位    | 24 単位    |
| 介護給付<br>(1割負担分)  | 924 円  | 975 円  | 1,044 円 | 1,103 円  | 1,159 円  |



※世帯全員が市町村民税非課税の場合、居住費・食費の負担が軽減され、下記の金額となります。  
負担軽減を受けるためには「介護保険負担限度額認定証」が必要です。詳しくは支援相談員までお尋ねください。

| 利用者負担段階 |                                                           | 居住費<br>(1日) | 食費<br>(1日) |
|---------|-----------------------------------------------------------|-------------|------------|
| 第1段階    | 高齢福祉年金の受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方<br>生活保護を受給されている方               | 880円        | 300円       |
| 第2段階    | 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計が年額 80 万円以下の方         | 880円        | 600円       |
| 第3段階①   | 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計が年額 80 万円超 120 万円以下の方 | 1,370円      | 1,000円     |
| 第3段階②   | 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計が年額 120 万円を超える方       | 1,370円      | 1,300円     |

※前記費用のほか、必要に応じ各種加算を算定いたします。

| 項目                                       | 単位         |
|------------------------------------------|------------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）                          | 6 単位/日     |
| 夜勤職員配置加算                                 | 2 4 単位/日   |
| 個別リハビリテーション実施加算                          | 2 4 0 単位/日 |
| 緊急短期入所受入加算（7 日（やむを得ない事情がある場合は 1 4 日）を限度） | 9 0 単位/日   |
| 送迎加算（片道あたり）                              | 1 8 4 単位/回 |
| 療養食加算                                    | 8 単位/食     |
| 口腔連携強化加算                                 | 5 0 単位/月   |
| 認知症ケア加算                                  | 7 6 単位/日   |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）                             | 3 単位/日     |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）                             | 4 単位/日     |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算（7 日を上限）                 | 2 0 0 単位/日 |
| 若年性認知症利用者受入加算                            | 1 2 0 単位/日 |
| 重度療養管理加算                                 | 1 2 0 単位/日 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）                       | 5 1 単位/日   |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）                       | 5 1 単位/日   |

|                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| 総合医学管理加算（利用中 7 日を限度）                | 275 単位/日         |
| 緊急時治療管理                             | 518 単位/日         |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（令和 6 年 5 月 31 日まで）    | 所定単位数×1000 分の 39 |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）（令和 6 年 5 月 31 日まで） | 所定単位数×1000 分の 17 |
| 介護職員等ベースアップ要支援加算（令和 6 年 5 月 31 日まで） | 所定単位数×1000 分の 8  |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（令和 6 年 6 月 1 日～）      | 所定単位数×1000 分の 71 |

#### ユニット型介護保健施設介護予防短期入所療養介護サービス利用額

|       |          |
|-------|----------|
| 要支援 1 | 624 単位/日 |
| 要支援 2 | 789 単位/日 |

※当施設では、介護保険の給付対象単位に 10,680 円（名古屋市の地域区分 3 級地）を乗じた額の 1 割もしくは 2 割・3 割を利用者に負担して頂きます。お持ちの「介護保険負担割合証」をご提示ください。

※上記基本サービス単価及び各種加算単価は、1 割負担の方の単価額となります。2 割・3 割負担に該当される方は、1 割の単価額の 2 倍額・3 倍額がご負担額となります。

※なお、月々の利用者負担には上限が設けられており、上限を超えた分については高額介護サービスの支給となります。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払戻されます（償還払い）。

償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

### <サービスの概要と利用料金>

①食費 1,850 円/日

②居住費 2,500 円/日（ユニット型個室）＊全室個室のみとなります。

### ☆食事・居住費の負担限度額

食事、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額が 1 日においてお支払いいただく費用の上限となります。

### ③レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

### ④複写物の交付

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。 コピー 1 枚につき 20 円

### ⑤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、ご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

・電気代 1 日あたり 70 円

（テレビ、ビデオ、オーディオ、パソコン等をお持ちの方）

同意欄：

電気製品の持込を

☐ 希望します

☐ 希望しません

- ・衣類洗濯サービス(洗濯業者と提携)

別途、ご案内いたします。

|       |         |            |               |
|-------|---------|------------|---------------|
| ⑥診断書代 | ・簡単な証明書 | 1, 000円/枚  |               |
|       | ・入所証明書  | 5, 000円/枚  |               |
|       | ・簡単な診断書 | 3, 000円/枚  | (医師の所見のみ)     |
|       | ・複雑な診断書 | 7, 000円/枚  | (診察・検査等を含むもの) |
|       | ・死亡診断書  | 10, 000円/枚 |               |

☆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。

☆ご利用者の洗濯は原則、ご家族に対応をお願いしております。

☆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。

### (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の請求書は毎月15日には発送致します。

その月末までに指定口座までお振込みください。お振込みの確認ができない場合、督促させていただきます。

### (4) 利用の中止、変更、追加

- ・利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、介護老人保健施設サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出てください。
- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。
- ・ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

## 8. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

○苦情受付担当者 支援相談員 伊藤 祥子

○苦情解決責任者 事務長 奥村 洋右

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

TEL 052-325-7975 FAX 052-325-7976

\* 苦情対応のフローは別紙に定める。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                             |      |                        |  |
|-----------------------------|------|------------------------|--|
| 名古屋市高齢福祉部<br>介護保険課<br>東桜分室  | 所在地  | 愛知県名古屋市東区東桜一丁目14番11号   |  |
|                             |      | DPスクエア東桜8階             |  |
|                             | 電話番号 | 052-959-2592           |  |
|                             | 受付時間 | 平日 8時45分～17時15分        |  |
| 愛知県国民健康保険団体<br>連合会<br>介護福祉室 | 所在地  | 愛知県名古屋市東区泉1丁目6番5号 国保会館 |  |
|                             | 電話番号 | 052-971-4165 (苦情専用)    |  |
|                             | FAX  | 052-962-8870 (苦情専用)    |  |
|                             | 受付時間 | 平日 9時～17時              |  |

## 9. 非常災害時の対応

### (1) 災害時の対応

別途定める「介護老人保健施設リハビリパーク黒川消防計画」に則り対応を行います。  
尚、災害発生時の避難場所は次の通りとなります。

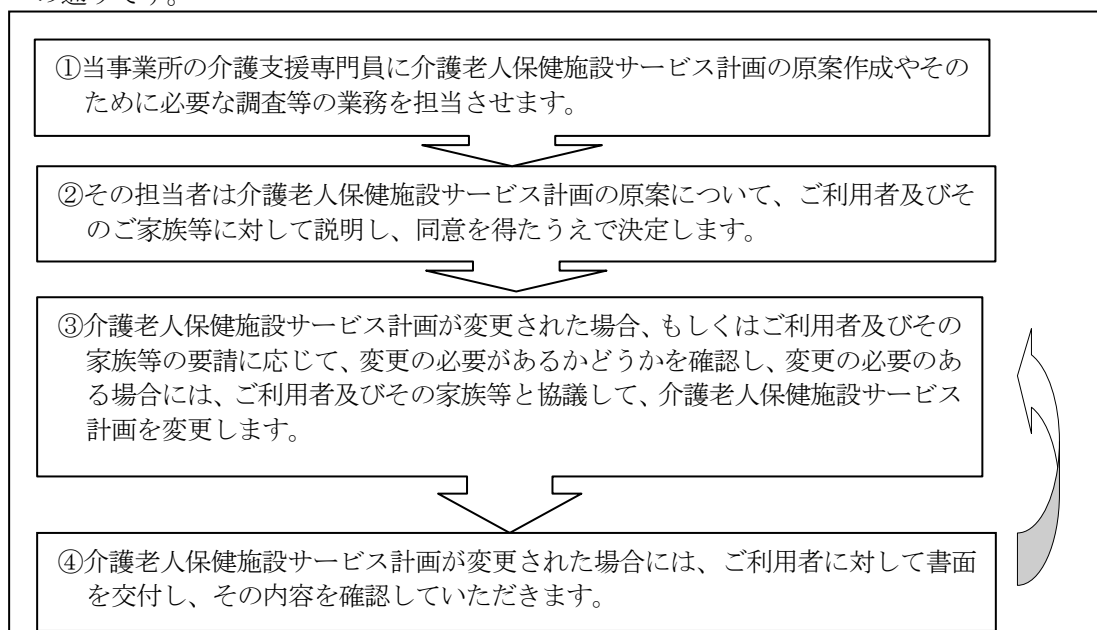
避難所：①大杉小学校 名古屋市北区大杉三丁目9-21  
②大杉コミュニティーセンター 名古屋市北区大杉三丁目20-19  
広域指定避難場所：志賀公園 名古屋市北区平出町二丁目

### (2) 平常時の訓練

別途定める「介護老人保健施設リハビリパーク黒川消防計画」に則り年2回、夜間、昼間を想定した避難訓練を実施します。

## 10. 契約締結から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、契約締結後に作成する「介護老人保健施設サービス計画」に定めます。契約締結から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。
- 介護老人保健施設計画サービスを作成し、それに基づき、ご利用者にサービス提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金を一旦全額お支払い頂きます。(償還払い)



要介護または要支援と認定された場合



- ・(1)と同様にサービス提供させていただきます。
- ・介護保険給付対象サービスについては介護保険の給付費額を除いた料金(自己負担分)をお支払いいただきます。



自立と認定された場合



- ・契約は終了します。
- ・既に実施されたサービスの料金は、全額自己負担となります。

## 11. サービス提供における事業者の義務

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 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 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 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請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ 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、ご契約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、医師の指示のもと、適正な手続きを経て身体等を拘束する場合があります。また、その内容については、診療録等に適正に記録・保管します。ここに示す「適正な手続き」とは以下の通りです。
  - i 利用者様の生命、身体の保護の為に身体を拘束する必要が認められた場合は身体拘束廃止委員会にてその必要性を検討いたします。
  - ii 身体拘束を開始する前に、介護支援専門員より状況の説明がございます。その際、説明に納得いただけた場合のみ、同意書に署名および捺印をいただきます。同意がいただけない限り身体拘束を開始することはございません。
  - iii 身体拘束の開始および経過の記録につきましては、ご家族の方はいつでも閲覧が可能です。
  - iv 拘束は時間と場面とを限って設定し、2週間ごとに廃止するための会議を開催いたします。拘束の継続が必要な場合には改めて同意書をいただきます。同意がいただけない場合には継続しての拘束は行いません。
  - v 身体拘束は最長でも1ヶ月間を限度といたします。
  - vi 身体拘束は「車椅子の抑制ベルト」「ベッドの4点柵」「介護つなぎ」および「ミトン」のいずれかのみにて行われます。なお、追加の必要性が発生した場合には再度ご家族様への説明を実施し、同意をいただきます。
  - vii 身体拘束に当っては人権を尊重し、療養生活の安全や精神的苦痛の軽減に十分配慮いたします。
- ⑤ 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への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ 当施設認定業者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。別紙個人情報利用同意書に定めます。また、ご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご利用者の同意を得ます。

## 12. サービスの利用に関する留意事項

当事業所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）お持込の制限

利用にあたり、次のものは原則として持ち込むことができません。

**食べ物、ペット、貴重品、多額の現金**

## (2) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地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。

○当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

## (3) 喫煙・飲酒

施設館内及び敷地内での喫煙・飲酒はできません。

## (4) サービス利用中の医療の提供について

当施設以外での医療を必要とする場合は、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 | 名古屋市立西部医療センター病院   |
| 所在地     | 名古屋市北区平出町1丁目1番地の1 |

### ② 協力医療機関

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 |
| 所在地     | 名古屋市北区上飯田通2丁目37番地   |

### ③ 協力歯科医療機関

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人爽誉会 奥井歯科医院    |
| 所在地     | 名古屋市北区西志賀町1丁目75番地 |

### ④ 協力歯科医療機関

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人PBC 東山デンタルクリニック |
| 所在地     | 名古屋市千種区東山通5丁目89-1   |

## (5) ご利用者に係る往診及び通院（他科受診）について

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。ご利用者の傷病等からみて施設医師が必要と認めた場合に限り、往診、通院をしていただくことがあります。

① 受診される場合は、提供している介護保健施設サービスについて必要な事項が記載されているご利用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の携帯が必要です。

② 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。

③ 施設で通常行えない医療行為については限定的に医療保険請求が認められております。具体的取扱い、基本診療料、画像診断、放射線治療、病理診断のほか、医学管理等・在宅医療・検査・投薬・注射・リハビリテーション・処置・手術・麻酔の一部（厚生労働大臣が定めるものに限る）になります。

## (6) 歯科受診について

歯科受診については、医療保険請求が認められております。受診を希望される方は職員にお申し出ください。

### 13. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用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。守秘義務に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、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用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。

※ 事故発生時の対応については別紙に定める。

### 14. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立・要支援と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

#### (1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の14日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除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ご利用者が入院された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護老人保健施設サービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

#### (2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、契約締結時に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、その結果本契約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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③利用者等が、故意又は重大な過失により事業者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、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。



# 介護老人保健施設リハビリパーク黒川

## (介護予防) 短期入所療養介護 利用契約書

介護老人保健施設リハビリパーク黒川（介護予防）短期入所療養介護（以下『甲』）は、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介護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する。また、それに基づき、甲と乙は、甲の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、乙がサービス利用同意書を甲に提出したのちより、契約締結日より効力を有する。但し、保証人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとする。また、乙は、サービス重要事項説明書及び各別紙の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとする。

### 【第3条】 居宅サービス計画

甲は、乙の担当介護支援専門員から、乙の（介護予防）居宅介護サービス計画について十分に理解と把握に努め、乙及び乙の身元引受人からよく事情を聞いて、乙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（介護予防）居宅介護サービス計画が作成、変更される際にも、担当介護支援専門員からよく状況を聴取し、サービスに努める。

### 【第4条】 利用料金について

乙は、甲からサービスの提供を受けたときは、甲に対し、当該重要事項説明書内に記載されている利用料金を支払う。

### 【第5条】 身体拘束について

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6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】 サービス提供に関する記録**

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。乙および乙の身元引受人は、甲に対し、前述の記録の閲覧を求めることができる。

**【第7条】 乙からの契約解除の申し出**

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。

**【第8条】 甲からの契約解除の申し出**

甲は、乙が次の各号に該当する場合には、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。

**【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 甲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甲を閉鎖した場合や、甲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】 契約終了後の措置**

この契約終了後、乙はただちに甲を利用終了する。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甲が既に受領している利用料があるときは、甲は乙に対し相当額を返還する。

この契約の終了により乙が甲を退所することになったときは、甲はあらかじめ乙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、乙の生命・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】 個人情報の保護**

甲の職員は、正当なる理由が無い限り、業務上知り得た乙、乙の家族または身元引受人の秘密を保持する。また甲は、甲の従業員が退職後、在職中に知り得た乙、乙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。

甲は、居宅介護支援事業所等必要な機関に対し乙、乙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**

甲は、乙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、速やかに乙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乙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】苦情受付時の対応

乙、乙の身元引受人は、甲が提供する介護サービス等に疑問や苦情がある場合、いつでも窓口にお問い合わせ及び申し立てを行うことができる。その場合、甲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乙に文書または電話にて報告する。

【第14条】身元引受人の責任

甲は乙に対し、本契約を証するため、乙・甲は署名または記名、捺印の上、本契約書を2部作成し、乙・甲各1部を保有する。

身元引受人は、次の各号の責任を負います。

- I 乙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、甲は乙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、甲と連携して乙の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること。
- III 乙が死亡した場合の遺体及び遺留品その他の引受に関して必要な措置をすること。
- IV 乙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こと。

【第15条】その他

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、乙、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

乙は甲の説明及び契約条項の内容を十分に理解し、施設利用契約を締結いたします。

甲： 介護老人保健施設リハビリパーク黒川 施設長 鈴木 隆二郎 印

（説明者職名 支援相談員 氏名 伊藤 祥子 印）

乙： 利用者氏名 印

住 所

身元引受人（保証人）： 氏 名 印

続 柄

住 所

(介護予防) 短期入所療養介護利用同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設リハビリパーク黒川の（介護予防）短期入所療養介護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 リハビリパーク黒川

説明者職名 支援相談員

氏名 伊藤 祥子 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(介護予防)短期入所療養介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者住所

保証人氏名 ( 続柄 ) 印

保証人住所

電話番号

【 請求書、明細書の送付先 】

|        |         |   |
|--------|---------|---|
| ・氏 名   | ( 続 柄 ) |   |
| ・住 所   | 〒       |   |
| 電話番号   | —       | — |
| 携帯電話番号 | —       | — |

【 緊急時連絡先 】

|        |         |   |
|--------|---------|---|
| ・氏 名   | ( 続 柄 ) |   |
| ・住 所   | 〒       |   |
| 電話番号   | —       | — |
| 携帯電話番号 | —       | — |

## 個人情報利用同意書

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
- ⑧

＜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

介護老人保健施設リハビリパーク黒川(介護予防)短期入所療養介護

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

ご家族等 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

リハビリパーク黒川 苦情対応フロー

