

重要事項説明書

(通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション)

利用者様（又は利用者様のご家族）が利用しようと考えている指定通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（以下「通所リハビリテーション」という）サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

1. 事業者（法人）の概要

事業所名称	医療法人西山記念会
主たる事業所の所在地	香川県坂出市加茂町633番地1
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 西山 直志
電話番号	0877-48-3366

2. 事業所の概要

事業所名	MIRAI病院デイケアセンター
事業所番号	3770300261
所在地	香川県坂出市加茂町591番地
電話番号/FAX番号	電話 0877-48-3535 / FAX 0877-48-3538
管理者の氏名	西山 直志
実施地域	原則として坂出市、丸亀市、綾歌郡、高松市 (但し、坂出市は与島、鍋島、小与島、岩黒島、櫃石島を除く。丸亀市は本島、牛島、広島、手島、小手島を除く。綾歌郡は粉所を除く。高松市は男木島、女木島、塩江町を除く) ※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。
利用定員	200名(2単位/2階・1単位100名、3階・1単位100名) 但し日曜は2階・1単位60名、元旦は3階・1単位100名とする

3. 事業所の目的と運営方針

事業の目的	適正な通所リハビリテーションの提供
運営の方針	理念として「良くなるデイケア」を掲げ、利用者様の要介護・要支援状態の軽減若しくは悪化の防止又は、要介護・要支援状態とならないよう予防に資することを目標設定し、利用者様に生きがいを持っていただけるよう、計画的に運営します。

4. 事業所の職員体制

職種	常勤および非常勤	職務の内容
管理者（医師）＊専任	1名	従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。
医師	3名以上	従事者と共同し、通所リハビリテーション計画を作成すると共に、利用者様の健康状態を把握する。
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・言語聴覚士兼介護職員	12名以上	医師の指示のもと、通所リハビリテーション計画を作成するとともに、通所リハビリテーションサービスの提供にあたる。 また、サービスの実施状況及びその評価を実施記録等に記載する。
看護師・准看護師・准看護師兼介護職員	2名以上	
介護職員・介護職員兼柔道整復師・介護職員兼病院総務・介護職員兼事務職員・マッサージ師・事務職員 （※但し、マッサージ師及び事務職員は人員配置の員数に含まず）	25名以上	
管理栄養士	1名以上	栄養管理、栄養マネジメントを行う。

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日 ～ 日曜日
営業時間	午前8時30分～午後6時00分 (サービス提供時間) 午前8時45分～午後4時00分
休業日	なし

6. サービス内容

サービス区分と種類	サービスの内容	
通所リハビリテーション計画の作成	利用者様に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、利用者様の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。	
利用者様居宅への送迎	ご自宅から事業所までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。	
日常生活上の世話	食事	利用者様の状況に応じて適切な食事提供、食事自立の適切な援助を行います。
	入浴介助	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭、洗髪などを行います。入浴サービスの利用は任意です。
	整容	個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
	排泄	介助が必要な利用者様に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	服薬管理	利用者様の状態に照らして適切な健康管理・服薬管理を行います。
アクティビティ	日常生活動作を通じた訓練	利用者様の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者様の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。

アクティビティ	器具等を使用した訓練	利用者様の能力に応じて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(※以下「リハビリ職員等」)、看護師等が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
	創作活動等	趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
リハビリテーション関連	リハビリテーションマネジメント加算(イ)	(1) 医師はリハビリテーションの詳細な指示と指示内容を記録します。 (2) リハビリテーション会議(テレビ会議可)を開催して、利用者様の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録します。 (3) 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者様の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画書を見直します。 (4) リハビリ職員等が、介護支援専門員に対し、必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行います。 (5) リハビリ職員等が利用者様の居宅を訪問し、利用者様およびご家族様に介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行います。 (6) リハビリテーション計画について、計画作成に関与したリハビリ職員等が説明し、同意を得るとともに、医師へ報告します。 (7) 上記に適合することを確認し、記録します。
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	(1) <u>リハビリテーションマネジメント加算(イ)の(1)～(7)</u> を行います。 (2) 利用者様毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションに必要な情報を活用します。
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	(1) <u>リハビリテーションマネジメント加算(ロ)</u> の要件を満たすこと。 (2) 事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士1名以上配置します。 (3) 利用者様毎に、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行います。 (4) 利用者様毎に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行います。 (5) 利用者毎に、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び栄養状態に関する情報を相互に共有します。 (6) 共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供します。
	医師の説明	リハビリテーションマネジメント加算(イ)(ロ)(ハ)に加えて、事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます
	短期集中個別リハビリテーション	集中的に個別リハビリテーションを行うことが、身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に、退院(退所)日から起算して3月以内、1週間につき概ね2回以上行います。
	認知症短期集中リハビリテーション	認知症であると医師が判断した利用者様で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者様に対して、医師又は医師の指示を受けたリハビリ職員等が退院(退所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行います。
	生活行為向上リハビリテーション	(1) 生活行為の内容の充実を図るための目標及びリハビリテーション実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、医師から指示を受けたリハビリ職員等が、利用開始日の属する月から6月以内の期間にリハビリテーションを計画的に行います。 (2) 実施計画で定めたリハビリテーション実施期間中及びリハビリテーションの提供終了日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告します。 (3) 医師又は医師の指示を受けたリハビリ職員等が利用者様の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施します。

リハビリテーション関連	栄養改善	(1)利用者様の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、その他の職種の者(※以下「管理栄養士等」)が共同して、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切な栄養改善サービスの実施、定期的な評価等を行います。 (2)必要に応じて利用者様の居宅を訪問し、利用者様およびご家族様に指導及び助言を行います。
	栄養アセスメント	(1)利用者様毎に、管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを実施し、その結果を説明し、必要に応じて相談等に対応します。 (2)利用者様毎の栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に必要な情報を活用します。
	口腔・栄養スクリーニング	従事者は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者様の口腔の健康状態と栄養状態について確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に提供します。
	口腔機能向上(I)	口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者様に対し、医師、歯科医師、言語聴覚士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員がこれに基づく適切な口腔機能向上サービスの実施をし、定期的な評価等を行います。
	口腔機能向上(II)	上記に加えて、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たり、当該情報その他の口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用します。
	移行支援加算	(1)評価対象期間においてサービス提供を終了した利用者様が、指定通所介護等(指定通所リハビリテーション及び指定介護予防リハビリテーションを除く)をご利用された場合、当デイケアの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、電話等により指定通所介護等の実施状況を確認し、記録します。 (2)利用者様が当デイケアを終了し、指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者様のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供します。
	中重度者ケア体制	中重度の要介護者を受け入れる体制(看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上加配)を構築し、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成します。
	科学的介護推進体制加算	(1)利用者様毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出します。 (2)必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、通所リハビリテーションサービスの提供に当たって、上記の情報その他の通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用します。
	リハビリテーション提供体制	常時、配置されているリハビリ職員等の合計が、利用者数二十五またはその端数を増すごとに一以上となるように配置します。
	退院時共同指導加算	病院又は診療所に入院中の利用者様が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導(病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。)を行った後に、当該利用者様に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り算定します。

7. 利用料 (※各市町村から発行される負担割合証により負担割合は決定されます)

【通所リハビリテーション費】

①基本料金 ②一日につき ③大規模通所リハビリテーション費

記載は1割負担の場合

リハ提供：リハビリテーション提供体制加算

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	基本料金	リハ提供	基本料金	リハ提供	基本料金	リハ提供	基本料金	リハ提供	基本料金	リハ提供
2時間以上 3時間未満	372 円	- 円	427 円	- 円	482 円	- 円	536 円	- 円	591 円	- 円
3時間以上 4時間未満	470 円	12 円	547 円	12 円	623 円	12 円	719 円	12 円	816 円	12 円
4時間以上 5時間未満	525 円	16 円	611 円	16 円	696 円	16 円	805 円	16 円	912 円	16 円
5時間以上 6時間未満	584 円	20 円	692 円	20 円	800 円	20 円	929 円	20 円	1,053 円	20 円
6時間以上 7時間未満	675 円	24 円	802 円	24 円	926 円	24 円	1,077 円	24 円	1,224 円	24 円
7時間以上 8時間未満	714 円	28 円	847 円	28 円	983 円	28 円	1,140 円	28 円	1,300 円	28 円

※1時間～2時間のサービス提供は行っておりません。8時間以上の延長サービスの提供もごさいます。

※当事業所は大規模事業所に当たりますが、以下の要件を全て満たした場合は【通常規模型】と同等の評価となり、通常規模型の基本報酬を算定します。

- i) リハビリテーションマネジメント加算の算定率が利用者全体の80%を超えていること。
- ii) リハビリテーション専門職の配置が10:1以上であること。

②加算 ③一回もしくは一月につき

記載は1割負担の場合

リハビリテーションマネジメント加算 注1)	(イ)6月内・6月超え	560円/月・240円/月
	(ロ)6月内・6月超え	593円/月・273円/月
	(ハ)6月内・6月超え	793円/月・473円/月
	事業所の医師が利用者等に説明し、利用者の同意を得た場合	863円/月・543円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算		110円/回
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		240円/回 *週2回限度
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		1,920円/月
生活行為向上リハビリテーション実施加算		1,250円/月(開始月から6月以内)
栄養アセスメント加算 注1)		50円/月
栄養改善加算		200円/回 *月2回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20円/回 *6月ごとに1回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5円/回*6月ごとに1回
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150円/回 *月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ … リハネ(ハ)算定時 注1)		155円/回 *月2回限度
ロ … リハネ(イ)(ロ)算定時		160円/回 *月2回限度
科学的介護推進体制加算 注1)		40円/月
重度療養管理加算 注2)		100円/回

中重度ケア体制加算	注3)	20円/回
入浴介助加算(Ⅰ)		40円/回
通所リハ送迎減算		▲47円/片道1回につき
退院時共同指導加算		600円/回 *退院時1回限度
移行支援加算	注4)	12円/回
中山間地域等提供加算	注5)	要介護度に応じた所定点数×5%
サービス提供体制加算(Ⅱ)	注6)	18円/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		算定した基本料金+加算料金の合計 ×8.6%
※厚生労働局通知により加算率は変更となる可能性があります。		
感染症災害3%加算	注7)	要介護に応じた所定点数×3%

注1) リハビリテーションマネジメント加算(ロ)、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)、栄養アセスメント加算、口腔機能向上加算(Ⅱ)、科学的介護推進体制加算は厚生労働省が管理する「科学的介護情報システム(通称:LIFE ライフ)」へデータ提出が算定要件となっております。条件が整った場合に算定します。

注2) 重度療養管理加算は、要介護3～要介護5であって、別に厚生労働大臣が定める状態(イ～リのいずれかに該当する状態)に限ります。

- イ. 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ. 呼吸障害等により人口呼吸器を使用している状態
- ハ. 中心静脈注射を実施している状態
- ニ. 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ. 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ. 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストーマの処置を実施している状態
- ト. 経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養が行われている状態
- チ. 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ. 気管切開が行われている状態

注3) 下記に示す中重度者ケア加算の算定要件を満たした場合に算定します。

- 1) 指定基準に加え看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
- 2) 前年度の利用者総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であること。
- 3) サービス提供時間帯を通じて、専ら提供に当たる看護職員を1以上確保していること。

注4) 下記に示す移行支援加算の算定要件を満たした場合に算定します。

- 1) 評価対象期間中に通所リハビリテーションを終了日から起算して14日以降44日以内に、終了者に対して、電話等により指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。
- 2) 終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者様のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。
- 3) 通所リハビリテーションの回転率は、12月の利用者数÷平均利用延月数≧27%であること。

注5) 通常の実施地域を越えて中山間地域等にお住まいの方にサービスを提供する場合。

注6) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)の算定条件である、介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である事を当事業所は満たしています。

※但し、介護職員の入れ替わり等により、介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上となった場合、もしくは勤務10年以上の介護福祉士が25%以上となった場合は、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)を算定します。 22円/回

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上となった場合、もしくは勤務7年以上の職員が30%以上となった場合は、サービス提供体制強化加算(Ⅲ)を算定します。 6円/回

注7) 感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、以下の見直しを実施されます。

- ①より小さい規模区分がある大規模型について、事業所規模別の報酬区分の決定にあたり、前年度の平均延べ利用者数ではなく、延べ利用者数の減が生じた月の実績を基礎とすることができる。
- ②延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3か月間(※1)基本報酬の3%の加算を行う(※2)
- ※1: 特別の事情があると認められる場合は一回の延長を認める。
- ※2: 加算分は区分支給限度基準額の算定に含めない。
- ①②いずれも、利用者減の翌月に届出、翌々月から適用。利用者数の実績が前年度平均等に戻った場合はその翌月に届出、翌々月まで適用となります。

【介護予防通所リハビリテーション費】

基本料金・加算 ◎一月につき

記載は1割負担の場合

基本料金(介護予防通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント及び、送迎、入浴、運動機能向上サービスは基本料金に含まれております) ※利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた場合は減算となります。 注1)	(要支援1) 2,268円 <u>12月超え 120円減算</u>
	(要支援2) 4,228円 <u>12月超え 240円減算</u>
退院時共同指導加算	600円/回
① 栄養改善加算	200円
② 口腔機能向上加算(Ⅰ) 口腔機能向上加算(Ⅱ) 注2)	150円 160円
一体的サービス提供加算 (栄養改善 + 口腔機能向上)	480円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562円 / (開始月より6月以内)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円 *6月ごとに1回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円 *6月ごとに1回
栄養アセスメント加算 注2)	50円
科学的介護推進体制加算 注2)	40円
中山間地域等提供加算 注3)	(要支援1) 113円 (要支援2) 211円

サービス提供体制加算（Ⅱ）	注4）	（要支援1） 72円 （要支援2） 144円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		算定した基本料金+加算料金の合計 ×8.6%

※厚生労働局通知により加算率は変更となる可能性があります。

注1）以下の基準を満たせば利用開始日の属する月から12月を超えても減算の適用とはなりません。

- i) 3月に1回、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーション計画を見直していること。
- ii) リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。

注2）口腔機能向上加算（Ⅱ）、栄養アセスメント加算、科学的介護推進体制加算は厚生労働省が管理する「科学的介護情報システム（通称：LIFE ライフ）」ヘデータ提出が算定要件となっております。条件が整った場合に算定します。

注3）通常の実施地域を越えて中山間地域等にお住まいの方にサービスを提供する場合。

注4）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）の算定条件である、介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である事を当事業所は満たしています。

※但し、介護職員の入れ替わり等により、介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上となった場合、もしくは勤務10年以上の介護福祉士が25%以上となった場合は、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）を算定します。 22円/回

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上となった場合、もしくは勤務7年以上の職員が30%以上となった場合は、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）を算定します。 6円/回

【その他の料金】

- (1) 食費 700円/1回（おやつ代含む）
- (2) キャンセル料 利用前日の午前中までにご連絡のない場合は食費の700円、利用当日まで連絡がない場合は、要介護度に応じた基本料金及び食費700円をご負担いただきます。
- (3) おむつ等 基本的には使用するおむつ等は自宅からご持参下さい。当事業所から貸出した場合は、別途請求させていただきます。

8. 料金の支払い方法

月末までの利用実績を集計し、翌月の15日までに請求書を発行します。支払い方法は下記の二つとなり、基本的には①にてお支払いください。

尚、領収書は引落確認後、翌月の請求書と併せてお渡しします。

※領収書の再発行は1回につき2,000円（税込）となっております。

①口座振替によるお支払

引落日	利用月翌月の27日（27日が土日に当たる場合は、翌週月曜日）
引落手数料	110円（※税込・消費税率による変動有り）

②ご家族による窓口現金払い

※ご本人さまによる現金でのお支払は受け付けておりません。

9. 苦情申立窓口

利用者様 ご相談窓口	ご利用時間	月～日	午前8時30分～午後6時
		(年中無休)	
	ご利用方法	電話	0877-48-3535
		面談場所	2階事務室

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、別紙主治医又は事業者の協力機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人西山記念会 MIRA I 病院
	院長名	理事長 西山 直志
	所在地	香川県坂出市加茂町 633 番地 1
	電話番号	0877-48-3366 (代)
	診療科目	脳神経外科、整形外科、循環器内科、内科、外科、耳鼻咽喉科、消化器内科、眼科、形成外科、泌尿器科皮膚科、リハビリテーション科、婦人科
	入院設備	有
	救急指定の有無	有

11. 事故発生時の対応

(1) 当事業所は、利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者様のご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うと共に必要な処置を行います。また、事故の原因を説明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

(2) 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

(3) 利用中のリスクに関するご説明と同意

当事業所では利用者様のリハビリ・看護・介護にあたり細心の注意を払っておりますが、車椅子からの転落や歩行時の転倒等により骨折や外傷事故を生じたり、誤食・誤飲などの不慮の事故が起きたりすることがあります。

上記以外にも、利用者様に起因する自損事故や、防ぐことが困難な事故も起こり得ます。ご自宅におかれましても起こりうることでありますので、十分ご理解いただきますようお願い申し上げます。なお、施設や器具等使用の説明で分からないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

12. 非常災害対策

非常災害の発生に備え、避難経路及び協力機関等の連携方法を策定し、定期的に避難誘導訓練を実施します。

13. 衛生管理・感染症対策

感染症の発生及び蔓延等を防ぐため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）等の取り組みを実施します。

14. 虐待防止対策

虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）等の取り組みを実施します。

15. 当事業所をご利用いただく際の留意事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証及び負担割合証を提示してください。
- (2) 事業所内の設備や器具は本来の用法に従って正しくご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (3) 施設内での喫煙は禁止しております。
- (4) 他の利用者様の迷惑となる行為はご遠慮ください。職員の指示に従わない場合は、利用をご遠慮いただきます。
- (5) 所持品・備品等の持ち込みについて、管理は利用者様の責務とします。
- (6) 金銭・貴重品の管理について、多額の金銭や高額な貴金属の持ち込みは禁止しております。
- (7) ご利用中にご利用者様同士の金品・贈答品の高官はトラブルの元になる可能性がありますのでお控えください。
- (8) 職員への金品・贈答品の授受等一切できませんのでお控えください。

16. 情報開示における個人情報使用の同意

利用者様の個人情報保護については、当施設の個人情報保護方針、個人情報に関する規定等のほか、関係省令及びその他のガイドラインに遵守します。

また、個人情報の利用目的を明確にし、収集した個人情報については適切な安全管理措置を取るよう務めます。

(1) 使用する目的

- ① 介護認定の更新毎または要介護状況変化に合わせて、適切なサービスを提供するために開催される担当者会議において必要な場合
- ② 他の介護サービス提供事業所等の連携
- ③ 外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④ 介護報酬請求のための事務（当事業所での介護に関する事務、審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答、公費負担に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答、LIFE ライフへのデータ提出）に必要な場合
- ⑤ 当事業所の管理業務（会計・経理、事故等の報告、当該利用者様へのサービスの向上、その他、当事業所の管理運営業務に関する利用）に必要な場合
- ⑥ 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ⑦ 介護の質の向上を目的とした当事業所でのカンファレンス
- ⑧ 外部監査機関への情報提供

(2) 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、(1)に記載する目的の範囲で必要最低限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

(3) 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、サービス提供を行うために最低限必要な利用者様やご家族に関する情報

② その他の情報

※「個人情報」とは、利用者様個人及びご家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

17. 当重要事項説明書は、2024年6月1日より実施します。

(乙) 事業者は、甲 1 に対する通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、甲 1
甲 2

に対して、契約書及び重要事項説明書、個人情報の取り扱いについて説明をしました。

この契約の成立を証するため本証 2 通を作成し甲乙 1 通ずつを保有します。尚、書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応が認められております。同意を証するものとして
(署名 ・ 電話 ・ メール ・ その他 ()) を用いることとし、押印欄を削除します。

西暦 2024年 月 日

(乙) 事業者

所在地 坂出市加茂町 591 番地
法人名 医療法人西山記念会
名 称 M I R A I 病院デイケアセンター
事業所番号 3770300261
代表者名 理事長 西山 直志
説明者 所属 M I R A I 病院デイケアセンター

氏名
.

(甲) 私は、乙より通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービス重要事項説明書と個人情報の取り扱いについて説明を受けました。

(甲 1) 利用者 住所
氏名

(甲 2) 利用者の家族 住所
氏名