

# 重要事項説明書

H30年4月1日 改定

## 1 事業者（法人）の概要

事業者の名称	医療法人 沖縄徳洲会
事業所の所在地	沖縄県島尻郡八重瀬町字外間80番地
代表者の氏名	理事長 鈴木 隆夫
事業所の連絡先	098-998-3222
事業の概要	病院、診療所、訪問看護ステーション、訪問介護、居宅介護支援事業所 介護老人保健施設、通所リハビリテーション（予防含む）

## 2 ご利用の施設

施設の名称	介護老人保健施設 ゆめが丘	
施設の所在地	横浜市泉区和泉町1202	
提供サービス及び 介護保険事業所番号	サービス種類	介護保険事業所番号
	通所リハビリテーション (予防含む)	1453680063号
管理者及び連絡先	管理者	連絡先
	田中 景子	045-800-1717
サービス提供地域	横浜市泉区（一部を除く）及び戸塚区の一部、 藤沢市の北部地域及びその一部周辺	

## 3 当事業所のサービスの理念等

生命を安心して預けられる施設  
健康と生活を守る施設  
利用者様を笑顔にする施設

## 4 当事業所における事業の目的等

### (1) 事業の目的

通所リハビリテーションが、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画を立案し、計画に沿って援助を行い利用者の心身機能の維持および回復を図ることを目的とします。

## (2) 運営方針

1. 通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身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ます。
2. 通所リハビリテーションの計画の作成については、利用者の身体状況や居宅状況を把握し、より深い個別支援につなげるために、ゆめが丘通所リハビリテーションのサービスを利用してから立案させていただきます。
3. 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て身体拘束を行いません。
4. 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図り、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ます。
5. 明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者が「明るく」、「個性を大切に」に過ごすことができるように努めます。
6. 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なうとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

## 5 施設の概要

### (1) 構造等

	敷 地	5 4 3 9 . 6 9 m <sup>2</sup> (入所等すべて含む)
建 物	構造	3階建て 鉄骨造
	延べ床面積	3 9 1 6 . 7 1 m <sup>2</sup> (入所等すべて含む)
	利用定員	入所 1 0 0名 (うち認知症専門棟 4 6名) 通所 5 0名

### (2) 事業所の職員体制等

職 種		人 員 (実配置数)
管理者 (医師)		1名
サ ー ビ ス 提 供 者	理学療法士	① 単位 5人
	作業療法士	
	言語聴覚士	
	看護師	① 単位 1人
	介護職	① 単位 8人

(3) サービス提供地域（通常の送迎地域）

横浜市泉区（一部を除く）及び戸塚区一部（深谷・俣野地域等）、  
藤沢市の北部地域及びその一部周辺

(4) サービス提供時間

サービス種類	平日	土曜日	休祭日
通所リハビリテーション	9:00～17:00	9:00～17:00	9:00～17:00

(注) 年末年始（12/31～1/3）は休みとなります。

## 6 利用者負担金

(1) 利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は通所・通所予防リハビリテーション別紙のとおりです。

- ①介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割から2割）
  - ②運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額自己負担）
  - ③通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額自己負担）
- なお、②又は③の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。  
（疑問点等があれば、お尋ねください）

(2) その他

### ア 交通費

通常のサービス提供地域（又は送迎地域）以外の地域についてのみ、  
所定の交通費（実費相当）が必要となります。（別途見積もりいたします。）

イ 自己負担金は、下記の方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。  
自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）

ウ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合です。  
居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、  
いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して  
保険給付分（9割）を請求することになります。

エ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の  
支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。  
（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に  
介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

## 7 サービス利用の中止

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。 連絡先（電話）：045-800-1717  
担当者：太田（相談員）、松尾（介護責任者）
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。（ただし、利用者の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、当日の連絡でも構いません）
- (3) サービス提供中に、利用者の体調が安定しない・あるいは急変した場合は、当施設の判断で、家族に連絡を取り、自宅に戻っていただき、自宅での静養をお願いします場合があります。また、受診等を勧めさせていただく場合もあります。

## 8 高齢者の虐待に関する事項

擁護者及び要介護者施設従事者等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村に通報します。

## 9 損害賠償

利用者に対する通所リハビリサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。

## 10 個人情報の保護

- (1) 事業者は利用者の個人情報について「個人情報保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た利用者の個人情報については事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了承を得ます。

## 11 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急医療機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医のいる病院の名前と連絡先 病 院 名： 連 絡 先：
緊急連絡先	氏 名： 連 絡 先：

## 1.2 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設ゆめが丘消防計画」に従い、対応を行います。
正常時の訓練	別途定める「介護老人保健施設ゆめが丘消防計画」に従い、消火、通報及び避難訓練を年2回行います。
防災設備	自動火災報知設備、誘導灯、防火設備、非常警報、避難器具（滑り台）、火災通報、消火器具、スプリンクラー、非常電源（非常発電、蓄電池設備）
消防計画等	防火管理者：阿部 卓

## 1.3 相談窓口、苦情対応

(1) 当事業所のサービスに関する相談や苦情については、下記で対応いたします。

相談窓口 苦情対応	電話番号	045-800-1717
	FAX番号	045-800-1716
	責任者	看護師長、事務長
	担当者	通所リハビリテーション 支援相談員
	対応時間	月曜日～土曜日 9:00～17:00

相談・苦情については、担当者、責任者及び相談員が対応します。不在の場合でも対応した者が、必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者、責任者及び相談員に引き継ぎます。

(2) その他、お住まいの区役所及び神奈川県国民健康保険団体連合会においても、苦情申出等ができます。

泉区役所 戸塚区役所 藤沢市役所	高齢・障害支援課      電話番号 045-800-2436 高齢・障害支援課      電話番号 045-866-8439 市役所代表              電話番号 0466-25-1111
神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連）	〒220-0003 横浜市西区楠木町27番地1 電話番号 045-329-3400（代表）

# 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところ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

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

### 2 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画に定められた事業者）

指定介護サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに介護支援に協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの医療機関（団体）の担当者（利用者の介護支援に協力が必要な関係者に限る）

### 3 使用する期間

年 月 日から契約終了まで

### 4 条 件

(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に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、内容等の経過を記録しておくこと。

以上

平成 年 月 日

介護老人保健施設 ゆめが丘 殿

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(利用者の家族) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

( 同 ) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_