

孝松館（介護予防）通所リハビリテーション

重 要 事 項 確 認 書

当施設は介護保険の指定を受けています
長野県指定 第2052980014号

当施設はご契約者に対して介護老人保健施設にて通所リハビリテーション（介護予防）通所リハビリテーションを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事を次のとおり説明します。

当施設の利用は、原則として要介護認定の結果「要支援・要介護」と認定された方が対象となります。認定の申請をされていれば要介護認定の結果が出ていない方でも利用は可能です。

目 次

- 1、 施設経営法人
- 2、 ご利用施設
- 3、 事業実施地域及び営業時間
- 4、 建物等の概要
- 5、 職員の配置状況
- 6、 当施設が提供するサービス
- 7、 施設の利用に当たってご留意していただきたいこと
- 8、 秘密保持について
- 9、 身体的拘束について
- 10、 虐待防止について
- 11、 褥瘡対策等について
- 12、 苦情処理について
- 13、 緊急時の対応
- 14、 非常災害対策
- 15、 衛生管理等
- 16、 協力医療機関等
- 17、 契約を終了していただく場合
- 18、 ご請求・お支払いについて
- 19、 送迎のご確認

別添 サービス利用料金表

1、施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 孝 明 |
| (2) 法人所在地 | 安曇野市明科七貴3681番地 |
| (3) 電話番号 | 0263-62-5880 |
| (4) 代表者 | 理事長 丸山 慶四郎 |
| (5) 設立年月 | 平成2年5月8日 |

2、ご利用施設

施設名 孝松館（介護予防）通所リハビリテーション
所在地 長野県北安曇郡松川村5650番地23
電話番号 0261-61-1800 FAX 0261-61-1802
メール kousyoukan@koumei.or.jp

当施設で実施している事業

事業の名称	長野県知事による事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人保健施設 孝松館	令和2年4月1日	2052980014	85名
短期入所療養介護 孝松館 (介護予防短期入所療養介護)	令和2年4月1日 (令和2年4月1日)	2052980014	空床利用
孝松館 通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション)	令和2年4月1日 (令和2年4月1日)	2052980014	19名

3、事業実施地域及び営業時間

- 通常の実施地域 大町市（常盤地区南部）、松川村、池田町（広津・陸郷地区除く）
安曇野市（穂高地区北部・明科地区北部）
- 営業日 月～金曜日（年末年始除く）
- 休業日 土・日曜日
- 営業時間 午前8時45分～午後5時45分

4、建物等の概要

当施設では以下の設備をご用意しています

(1) 建物の概要

事業の名称	構造	敷地面積	延床面積
介護老人保健施設 孝松館	鉄筋コンクリート 鉄骨造り平屋建	12,870.012 ㎡	3,493.27 ㎡
短期入所療養介護 孝松館 (介護予防短期入所療養介護)	〃	〃	〃
孝松館 通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション)	〃	〃	98.70 ㎡

(2) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考	居室・設備の種類	室数	備考
デイルーム	1	※	調理室	1	※
デイトイレ	1	※	一般浴室	1	※
デイ食堂	1	※	特殊浴室	1	※
食堂	1	※	サービスステーション	1	※
レクリエーション	1	※	洗濯室	1	
機能訓練	1	※	整理室	1	
診察室	1	※	ボランティア室	1	※
談話コーナー	2	※	家族宿泊室	1	※
家族介護室	1	※			

※印は、厚生労働省が定める基準により、介護老人保健施設に設置が義務づけられている設備です。この施設・設備のご利用にあたって、ご契約者に特別なご負担いただく費用はありません。

5、職員の配置状況

当施設では、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サービスを提供する職員として、以下の種類の職員を配置しています。

主な職員の指定基準・配置状況・勤務体制

職 種	勤 務 体 制	指定基準 (常勤換算)	配置状況 (常勤換算)	兼務状況
施 設 長	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1		1
医 師	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1		1以上
理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1		1以上
看 護 職 員 介 護 職 員	日勤(午前8:45～午後5:45)	2以上		1以上 1以上
支 援 相 談 員	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1以上		1以上
相 談 員	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1以上		1以上
介 護 支 援 専 門 員	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1以上		1以上
管 理 栄 養 士	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1以上		1以上
調 理 員	調理勤務 早出 A (午前5:30～午後2:30) B (午前7:45～午後4:45)	1以上		
そ の 他	日勤 (午前9:30～午後6:30) 遅出 N (午前10:45～午後7:45)			

※不規則勤務体制をとる為、上記人数が毎日出勤するわけではありません。

※本体施設との兼務状況を右欄に記載しました。

6、当施設が提供するサービス

(1) 介護保険の給付対象サービス (介護老人保健施設サービスで行う通所リハビリテーション)

種 類	内 容
通 所 リ ハ ビ リ 計 画 作 成	・通所リハビリテーション計画の作成・実施を行います。
医 学 的 管 理	・医師又は看護職員による健康保持のための適切な措置を行います。
機 能 訓 練	・医師・理学療法士等の指導の下、機能の維持回復を目指して、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを実施します。
食 事 の 介 助	・管理栄養士の立てる献立により、栄養とご契約者の心身状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 (食事時間) 昼食 12:00～13:00
排 泄 の 介 助	・ご契約者の身体状況に合った方法で、排泄の自立を目差し援助します。 ・ご契約者のプライバシーを傷つけることのないように配慮して援助します。
送 迎 サ ー ビ ス	・ご利用者の身体状況に適した方法により、利用者の居宅と施設間の送迎を実施します。
相 談 援 助 サ ー ビ ス	・ご契約者の心身の状況・環境等の的確な把握に努め、ご契約者又は、ご家族等の相談、助言、援助を行います。
行 政 手 続 代 行	・介護保険の要介護認定申請・更新申請等行政機関等に対する手続きを、ご契約者又はご家族等が行う事が困難な場合に代行手続きをいたします。
そ の 他 自 立 へ の 支 援	・寝たきり防止の為、できるだけ離床に配慮します。 ・レクリエーション・行事を行い、施設での充実した生活をめざします。 ・清潔で快適にサービスを提供できるよう、館内の清潔、ご契約者に対して適切な整容を支援します。

(2) 介護保険の給付対象外サービス (ご契約者の希望によりご利用できるサービス)

種 類	内 容
食 事 ・ お や つ の 提 供	・管理栄養士の立てる献立により、栄養とご契約者の心身状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 (食事時間) 昼食 12:00～13:00
特 別 な 食 事	・ご契約者の希望により特別な食事を提供します。
日 用 品 提 供	・個別な(タオル、バスタオル、石鹸、ティッシュ等)日用品を提供します。

教養娯楽提供	・ご契約者の希望により、個別な趣味・レクリエーション活動に参加していただけるよう支援します。
複写物の交付	・ご契約者及びご家族は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とするときには実費をご負担いただきます。
オムツ類の提供	・施設ご利用中に必要なオムツ類を提供します。

7、施設の利用に当たってご留意していただきたいこと

- ① 通所リハビリテーション施設及び共用施設や敷地は、本来の用途に従って利用してください。
- ② 他の利用者に迷惑をかけるような行為は慎んでください。
- ③ 機能訓練機器等備品を使用する際は、職員に声をおかけください。
- ④ タバコ等火気の取り扱いには十分に注意していただき、指定場所以外での喫煙は禁止とさせていただきます。
- ⑤ 外出・予定時間前に帰宅を希望される場合は、事前にお知らせください。

8、秘密保持について

当施設の職員は、在職中はもとより退職後においても、ご契約者又はご家族等の秘密を他に漏らしません。この事は、社会福祉法人孝明就業規則にも記載され、全職員に周知徹底されています。医療機関、居宅支援事業者等に対して、ご契約者に関する情報を提供する際には、社会福祉法人 孝明 個人情報に関する基本規則に則り適切に取り扱い、その保護に努めます。

9、身体的拘束について

当施設では、ご契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行いません。やむを得ず、身体的拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行う場合は、ご家族等にその理由をご説明し、身体的拘束の行為についての同意を書面にてよりいただいて実施します。また、拘束時の状況・時間の記録をとり、拘束廃止に向けての検討を行い、身体的拘束をしない介護をめざします。

10、虐待防止について

当施設及び従業員は、高齢者虐待行為及び虐待につながる行為は行いません。また、高齢者虐待防止法による通報義務を果たすとともに、市町村・地域包括支援センター等と連携し、地域での高齢者虐待の早期発見・防止に努めます。

11、褥瘡対策等について

当施設は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

12、苦情処理について

当施設における苦情やご相談を下記のとおり受け付けます。

* 苦情解決責任者 施設長 川上裕隆 電話 0261-61-1800

* 苦情受付担当者 支援相談員 電話 0261-61-1800

* 受付時間 毎週月曜～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

* 受付場所 孝松館事務所 他館内設置の苦情受付箱

また、各市町村及び長野県国民健康保険団体連合会へ申し出ることもできます。

電話 026-238-1580

13、緊急時の対応

緊急事態発生時は孝松館緊急時マニュアルにより対応いたします。

看護職員等による応急的対応後、関係医療機関において必要な対策を講じ、ご家族等にご連絡いたします。ご家族等への連絡は、申し込みの際ご記入いただきました連絡先に連絡させていただきます。

14、非常災害対策

非常災害に関する孝松館防災計画により、非常災害に備える定期的な避難・救出その他の訓練を実施します。非常災害等発生した場合施設長は職員を非常召集し、人命救助・その保護を最優先に、財産の保持、災害の防止並びに軽減に万全を期します。

15、衛生管理等

ご契約者の使用する施設、設備及び食器、その他飲用の水等について、衛生的な管理に努め、医薬品などの管理を適正に行います。施設において感染症が発生し、又はまん延しないように感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備いたします。

16、協力医療機関等

当施設では次の医療機関と契約し、必要に応じ診療や入院ができるようにしております。また、かかりつけの医療機関がある場合には、その医療機関と連絡をとり、ご契約者の診療情報や指示をいただきたいと思っておりますので下記にご記入ください。

協力医療機関	北アルプス医療センターあづみ病院	北安曇郡池田町大字池田3207番地1		
協力歯科医療機関	大北歯科医師会 岡江歯科医院	北安曇郡松川村5723番地6		
かかりつけ医療機関	医療機関名	医師名	電話番号	

17、契約を終了していただく場合

当施設では契約を終了する期日は特に定めていません。従って、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、当施設との契約は終了し、ご契約者のご利用をお断りすることになります。

- ①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ②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施設を閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当施設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
- ⑤ご契約者から契約終了の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください)
- ⑥事業者から契約終了の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください)

(1) 契約者からの解約の申し出(中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご契約者から契約の終了を申し出ることができます。その場合には、契約終了希望日の7日前までに申し出てください。

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ご契約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契約者の身体・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他の利用者がご契約者の身体・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) 事業者から解約の申し出(契約解除)

以下の事項に該当する場合には、当施設のご利用をお断りさせていただくことがあります。

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>①ご契約者が、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</p> <p>②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われていない場合</p> <p>③ご契約者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</p> <p>④ご契約者が他の介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

18、 ご請求・お支払いについて

ご利用された月の翌月10日以降に、郵送にてご請求させていただきます。請求書が届きましたら2週間以内にお支払いください。お支払いは、孝松館事務所窓口へ直接お持ちいただく他、指定口座への振込（八十二銀行）・口座振替（八十二銀行、松本信用金庫）も可能です。ご相談ください。

19、 送迎のご確認

<p>送 迎</p> <p>送迎の場所</p> <p>該当場所に○を するかその他に 具体的に御記入 ください</p>	<p>・施設ご利用時、居宅介護支援事業者からのケアプラン・地域包括からの介護予防計画により、ご自宅と施設との送迎を実施いたします。</p> <p>ご自宅の</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ベッド</p> <p>ご利用者の部屋</p> <p>玄関 中</p> <p>玄関 外</p> <p>敷地内</p> <p>その他</p> </div> <p>から</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ベッド(臥床する・端座位)</p> <p>ご利用者の部屋</p> <p>玄関 中</p> <p>玄関 外</p> <p>敷地内</p> <p>その他</p> </div> <p>まで</p> </div>
-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

サービス利用料金表・・・別添

令和 年 月 日

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。

孝松館 通所リハビリテーション
説明者

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、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サービスの提供開始に同意しました。

(契約者) 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

契約者との関係()