「高知総合リハビリテーション病院　介護医療院」重要事項説明書

1　事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 晴緑会
所 在 地	高知県高知市一宮南町 1 丁目 10 番 15 号 電 話　088-845-1641 FAX　088-846-2811
代 表 者 名	理事長　種子田　吉郎

2　事業所（ご利用施設）

施設の名称	高知総合リハビリテーション病院 介護医療院
所在地・連絡先	高知県高知市一宮南町 1 丁目 10 番 15 号 電 話　088-845-1641 FAX　088-846-2811
事業所番号	第 39 B 0100017 号
施設長氏名	浅野　徹

3　施設の目的及び運営方針

（1）施設の目的

この施設は、介護保険法令の定めるところにより、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他の必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とします。

（2）運営方針

入所者の意思及び人格を尊重し常に入所者の立場に立って介護医療院サービス提供に努めます。

明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保健施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

上記事項を円滑に進めるため、ご家族および関係機関との連携を図りますが、ご本人の判断能力が不十分な方、ご親族の協力が得にくい方につきましては、成年後見制度をご利用することを推進しております。その手続き等に関しては施設介護支援専門員または地域医療連携室がお手伝いさせていただきます。

（第 12 版 2026.10.1 改定）

4　施設の概要

（1）構造等

敷 地		高知総合リハビリテーション病院併設
建 物	建物	B 館　鉄筋コンクリート 4 階建て （内 B 館 1 階、2 階、3 階、4 階フロア）
	定員数	定員 79 名

（2）主な施設

設 備	室 数	備　　考
居 室	21	8.0 ㎡以上（一人当たり） 4 人室 18 室　3 人室 1 室　　2 人室 2 室
食堂兼談話室	1	一人当たり 1 ㎡以上
機能訓練室（兼用）	2	理学療法室、作業療法室、言語聴覚室
浴 室	4	一般浴 1　機械浴 3

5　施設の職員体制

当施設では入所者に対して施設サービスを提供する職員として、以下の職種職員を配置しています。

従業者の職種	専従・兼務	常勤換算後の人員
管理者	兼務	1 人
医師	兼務	1.7 人以上
薬剤師	兼務	0.7 人以上
管理栄養士	兼務	1 人以上
看護職員	専従	14 人以上
介護職員	専従	20 人以上
介護支援専門員	専従	1 人以上
理学療法士	専従	1 人以上
作業療法士	専従	1 人以上
言語聴覚士	専従	1 人以上

6　職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	備　　考
施設長	①正規の勤務時間帯 9：00～17：00	
医 師	病院との兼務のため 24 時間体制となります	
薬剤師	上記①に同じ	
管理栄養士	上記①に同じ	
看護職員	日勤 9：00～17：00 ※1 夜勤 16：30～9：30 ＊ 夜間帯：2 名勤務	
介護職員	日勤 9：00～17：00 ※1 夜勤 16：30～9：30 ＊ 夜間帯：3 名勤務	
介護支援専門員	上記①に同じ	
理学療法士	上記①に同じ	
作業療法士	上記①に同じ	
言語聴覚士	上記①に同じ	

※1 看護・介護職員は日勤の勤務の他、早出、遅出等の勤務があります。

※ 当施設では、必要に応じた職員研修を実施しております。また、施設外の専門研修等にも参加することで、職員の資質向上を図っております。

7　施設サービスの内容と利用料金

当施設では、ご契約者に対し以下のサービスを提供いたします。

（1）サービスの種類と内容

種 類	内　　容	備　　考
ケアプランの作成	① 入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）を行います ② 入所者の了解を得て、主治の医師に意見を尋ねることがあります ③ 介護支援専門員を中心にカンファレンスを開いて検討します ④ 入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、ケアプランの原案を作成します ⑤ ケアプラン原案の内容について、入所者又はその家族に対して説明し、同意を得ます	

	⑥ ケアプランを作成した際には、入所者又は家族に交付します ⑦ ケアプランの作成後、定期的にケアプランの実施状況の把握を行い、必要時に応じて変更を行います	
食 事	入所者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います 時間帯）朝食 ８：００～ 昼食１２：００～ 夕食１８：００～ ※経管栄養の方につきましては、適宜状態に合わせた時間帯で提供を行います	
医療・看護	① 医師の診察は必要時に適宜行います ② 当施設では行えない急性期治療（手術等）については併設医療機関に移っての治療、もしくは他医療機関等へのご紹介となります ③ 歯科治療、眼科治療は当施設ではなく、歯科、眼科（外部）での治療となります。また、精神科治療が必要な場合には、精神科病院に入院して治療していただく場合があります	
機能訓練	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により入所者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます	
入浴・清拭	年間を通して週２回の入浴又は清拭を行います	
排 泄	入所者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います	オムツ使用の入所者負担はありません
離床・着替え・整容等	① 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします ② 生活のリズムが整えられるように、個々に応じた対応をいたします ③ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します	
シーツ交換	シーツ交換は週１回行います	
洗濯	ワタキューセイモア株式会社/株式会社エラン	業者委託可能
施設行事等	① 当施設では季節に合わせて次のような行事の提供をいたしております ② ひなまつり、お花見、七夕、敬老会、クリスマスなど参加は任意ですが、費用負担が発生した場合は実費で請求させていただきます	
相談及び援助	入所者とそのご家族からのご相談に応じます	

（2）サービス利用料金

当施設が提供するサービスの利用料金につきましては、介護保険適用分については原則、法定代理受領（介護保険負担割合（1 割～3 割）を乗じた額）を前提としております。食事等に関しては、介護保険適用外となりますので原則全額自己負担となります。

※ 入所時に担当介護支援専門員、事務職員がご説明いたします。（お住まいの市町村により制度の違い等ございますので、詳しくは市町村の窓口でご確認ください）

＜基本料金＞要介護度に応じた基本料金は下記のとおりです。（1 日につき）

Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）　　（1 単位 10 円で算出）

区 分	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基 本 料 金	8,330 円	9,430 円	11,820 円	12,830 円	13,750 円
自己負担額(1 割)	833 円	943 円	1,182 円	1,283 円	1,375 円
自己負担額(2 割)	1,666 円	1,886 円	2,364 円	2,566 円	2,750 円
自己負担額(3 割)	2,499 円	2,829 円	3,546 円	3,849 円	4,125 円

＜その他の加算及び特別診療費＞

※ その他の加算及び特別診療費については、実施した場合にのみ利用料金に加算されます。
金額の詳細な情報については、本説明書の説明者にご確認下さい。

加算金額については、介護保険法に基づき算出しております。同法改正等により変更が生じる場合がありますので、ご了承ください。

（1 単位 10 円で算出）

【その他の加算】項 目	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備 考
療養環境減算（Ⅱ）	-25 円	-50 円	-75 円	1 日
夜間勤務等看護（夜勤Ⅳ）	7 円	14 円	21 円	1 日
若年性認知症受入加算	120 円	240 円	360 円	1 日
外泊時費用加算	362 円	724 円	1,086 円	1 日（月 6 日限度）
試行的退所サービス費	800 円	1,600 円	2,400 円	1 日（月 6 日限度）
他科受診時費用	362 円	724 円	1,086 円	1 日（月 4 日限度）
初期加算	30 円	60 円	90 円	1 日（30 日）
退所時栄養情報連携加算	70 円	140 円	210 円	1 回（月 1 回限度）
再入所時栄養連携加算	200 円	400 円	600 円	1 回
退所前訪問指導加算	460 円	920 円	1,380 円	1 回又は 2 回
退所後訪問指導加算	460 円	920 円	1,380 円	1 回

退所時指導加算	400 円	800 円	1,200 円	1 回
退所時情報提供加算（Ⅰ）	500 円	1,000 円	1,500 円	1 回
退所時情報提供加算（Ⅱ）	250 円	500 円	750 円	1 回
退所前連携加算	500 円	1,000 円	1,500 円	1 回
訪問看護指示加算	300 円	600 円	900 円	1 回
協力医療機関連携加算	100 円	200 円	300 円	1 月（R7 年度～50 円）
協力医療機関連携加算	5 円	10 円	15 円	1 月
栄養マネジメント強化加算	11 円	22 円	33 円	1 日
経口移行加算	28 円	56 円	84 円	1 日（180 日以内限度）
経口維持加算（Ⅰ）	400 円	800 円	1,200 円	1 月
経口維持加算（Ⅱ）	100 円	200 円	300 円	1 月
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90 円	180 円	270 円	1 月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 円	220 円	330 円	1 月
療養食加算	6 円	12 円	18 円	1 回（日 3 回限度）
在宅復帰支援機能加算	10 円	20 円	30 円	1 日
緊急時治療管理	518 円	1,036 円	1,554 円	1 日（連続 3 日/月限度）
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 円	6 円	9 円	1 日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 円	8 円	12 円	1 日
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150 円	300 円	450 円	1 月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 円	240 円	360 円	1 月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 円	400 円	600 円	1 日（入所後 7 日限り）
【その他の加算】項 目	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備 考
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）	140 円	280 円	420 円	1 日（要介護 1・2）
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）	40 円	80 円	120 円	1 日（要介護 3・4・5）
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）	200 円	400 円	600 円	1 日（要介護 1・2）
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）	100 円	200 円	300 円	1 日（要介護 3・4・5）
排せつ支援加算（Ⅰ）	10 円	20 円	30 円	1 月
排せつ支援加算（Ⅱ）	15 円	30 円	45 円	1 月
排せつ支援加算（Ⅲ）	20 円	40 円	60 円	1 月
自立支援促進加算	280 円	560 円	840 円	1 月

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 円	80 円	120 円	1 月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60 円	120 円	180 円	1 月
安全対策体制加算	20 円	40 円	60 円	1 回（入所初日限り）
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 円	20 円	30 円	1 月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 円	10 円	15 円	1 月
新興感染症等施設療養費	240 円	480 円	720 円	1 回(連続 5 日/月限度)
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100 円	200 円	300 円	1 月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 円	20 円	30 円	1 月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 円	44 円	66 円	1 日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 円	36 円	54 円	1 日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円	12 円	18 円	1 日
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	（所定単位数×6.2%×10）の 1 割、2 割、又は 3 割負担額（月）			
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	（所定単位数×6.6%×10）の 1 割、2 割、又は 3 割負担額（月）			
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	（所定単位数×5.8%×10）の 1 割、2 割、又は 3 割負担額（月）			
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	（所定単位数×6.2%×10）の 1 割、2 割、又は 3 割負担額（月）			
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	（所定単位数×4.7%×10）の 1 割、2 割、又は 3 割負担額（月）			
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	（所定単位数×4.0%×10）の 1 割、2 割、又は 3 割負担額（月）			

【特別診療費】項 目	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備 考
感染対策指導管理	6 円	12 円	18 円	1 日
褥瘡対策指導管理（Ⅰ）	6 円	12 円	18 円	1 日
褥瘡対策指導管理（Ⅱ）	10 円	20 円	30 円	1 月
初期入所診療管理	250 円	500 円	750 円	入所中 1 回又は 2 回
特定施設管理	250 円	500 円	750 円	1 日
特定施設管理に加算	150 円	300 円	450 円	1 日（2 人部屋の場合）
重症皮膚潰瘍管理指導加算	18 円	36 円	54 円	1 日
薬剤管理指導	350 円	700 円	1,050 円	1 回/週（4 回/月限度）
薬剤管理指導に加算	20 円	40 円	60 円	1 月
薬剤管理指導に加算	50 円	100 円	150 円	1 回

医学情報提供（Ⅰ）	220 円	440 円	660 円	1 回/退院時
医学情報提供（Ⅱ）	290 円	580 円	870 円	1 回/退院時
【特別診療費】項 目	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備 考
理学療法（Ⅰ）	123 円	246 円	369 円	1 回
理学療法（Ⅰ）	86 円	172 円	258 円	1 回（11 回目以降）
(理学療法)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ体制強化加算	35 円	70 円	105 円	1 回
作業療法	123 円	246 円	369 円	1 回
作業療法	86 円	172 円	258 円	1 回（11 回目以降）
(作業療法)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ体制強化加算	35 円	70 円	105 円	1 回
言語聴覚療法	203 円	406 円	609 円	1 回
言語聴覚療法	142 円	284 円	426 円	1 回（11 回目以降）
(言語聴覚療法)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ体制強化加算	35 円	70 円	105 円	1 回
リハビリテーションに加算	33 円	66 円	99 円	1 月
集団コミュニケーション療法	50 円	100 円	150 円	1 回
摂食機能療法	208 円	416 円	624 円	1 回（4 回/月限度）
短期集中リハビリテーション	240 円	480 円	720 円	1 日
認知症短期集中リハビリテーション	240 円	480 円	720 円	1 日（3 日/週限度）

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行わ
れない場合があります。その場合は、償還払い（全額自己負担）となります。
尚、利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行いたします。

★ 高額介護サービス費について

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計で上限額を超えた場合に、その超えた分が
払い戻しされるものです。詳しくは相談窓口でお尋ね下さい。

＜その他の費用＞

区 分	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
食費（※）（日額）	300 円	390 円	680 円	1,420 円	1,545 円
居住費（日額）	0 円	430 円	430 円	430 円	437 円

※ 食費は 1 食でも提供した場合、日額をご請求いたします。

＜介護保険給付対象外サービス＞

以下のサービス等は、利用料金の全額が入所者の負担となります

種　類	内　容	利 用 料
理容・美容	施設では出張による理美容サービスをご利用いただけます	施設内に利用料金表がございます
テレビ代金	１日のご利用料金	220 円（税込）/日
日常生活用品	日常生活に必要な物品（ただし、オムツは介護保険給付です）	原則、ご家族でお願い致します 株式会社エランとのご契約が可能です
金銭管理	日常生活に係る費用の管理（原則、ご本人・ご家族の管理でお願い致します）	原則、当施設では行いません。事情のある方は、公的サービスの利用又は管理者が責任を持って管理します
洗濯代	当施設では洗濯サービス（1 業者）をご利用できます	株式会社エランとのご契約が可能です

※ 介護保険サービス以外のご利用者の身の回りのお世話等は、原則ご家族による管理です。ご家族で対応できない場合は、公的制度のご利用をお願い致します（日常生活自立支援事業・成年後見制度）。

※ 当施設で一時的に管理等を希望される場合は、施設職員にご相談ください。
※ 当施設から通常配付される以外の謄写を希望される方は、１枚２０円を実費負担していただきます。

〇費用等についてのご質問・ご相談は医事課にて承っております。

８　利用料金のお支払い方法

前記 7-（2）の料金・費用の支払日は毎月 13 日を予定しており、月末までにお支払い下さい。（13 日が土・日・祝の場合は、平日の翌営業日が支払い開始日となります。）

保険料の滞納等により、市町村から保険給付が支払われない場合は、一旦利用料金（10 割）を頂き、後日当院が発行するサービス提供証明書と領収書を合わせて各市町村の窓口に提出しますと、自己負担額（原則 1 割～3 割）を除く料金の払戻しを受けることができます

銀 行 名　高知銀行　本店営業部
預金種類　普通預金
口座番号　３０１１４０３
口 座 名　医療法人社団 晴緑会　理事長 種子田 吉郎

9　サービス内容に関する苦情相談窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、介護支援専門員または地域医療連携室までお気軽にご相談ください。

当施設利用者相談窓口	窓 口 部 署　 地域医療連携室 ご利用時間 9:00～17:00 （土・日、祝日、および 12/31～1/3 を除く）
ご利用方法	直接お話を伺う他、電話や FAX、ホームページのお問合せフォーム、ご意見箱等での受付があります。 電話：088-845-1641 FAX：088-845-2811 ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ： https://www.jojinkai.com/kouchi/ ご意見箱：談話室に設置

※当施設では苦情処理委員会を設けて苦情解決に当たり、責任をもって調査、改善をさせていただきます。また、直接申し出にくい場合などは、病院内にも相談窓口がございますので、その場合は、病院総務課までご相談ください。

その他の苦情相談窓口

市町村介護保険相談窓口 高知市介護保険課	所 在 地	高知市本町 5-1-45
	電話番号	088-823-9927
	対応時間	平日 8：30～17：15
高知県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所 在 地	高知市丸ノ内 2-6-5
	電話番号	088-820-8410
	対応時間	9:00～12:00　13:00～16:00 (月曜日～金曜日)

１０　非常災害（大規模災害）時の対策

<table>
<tr><td>非常時の対応</td><td>別途定める「高知総合リハビリテーション病院 介護医療院 消防計画」にのっとり対応を行います。</td></tr>
<tr><td>避難訓練及び防災設備</td><td>別途定める「高知総合リハビリテーション病院 介護医療院 消防計画」にのっとり年２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。
<table>
<tr><th>設備名称</th><th>有無</th><th>設備名称</th><th>有無</th></tr>
<tr><td>自動火災報知器</td><td>有</td><td>スプリンクラー</td><td>有</td></tr>
<tr><td>非常通報装置</td><td>有</td><td>屋内消火栓</td><td>有</td></tr>
<tr><td>誘導灯</td><td>有</td><td>消火器</td><td>有</td></tr>
<tr><td>防火扉</td><td>有</td><td>非常用電源</td><td>有</td></tr>
</table>
＊カーテン、布団などは防炎性能のあるものを使用しています
＊ 高知市北消防所への届出日 2025 年 3 月 19 日 （改修に伴う消防計画の変更）</td></tr>
</table>

１１　協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 晴緑会　高知総合リハビリテーション病院
院 長 名	浅野　徹
所 在 地	高知市一宮南町 1 丁目 10 番 15 号
電話番号	088-845-1641
診 療 科	内科・消化器科・循環器科・リハビリテーション科
病 床 数	176 床

１２　協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	医療法人　茂見会　岡林歯科医院
所 在 地	高知市愛宕町二丁目 10 番 23 号
電話番号	088-825-2442

１３　施設利用にあたっての留意事項

来訪・面会	・面会時間 10:00～11:30　13:00～16:00 ※感染症の流行などの影響により、時間を変更する場合や面会が中止になることもありますのでご了承ください ・来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度面会記録簿に記入してください ・時間外に来所される場合には、必ず事前に許可を得てください
外出・外泊	外出・外泊の際は、必ず行き先と帰宅日時を施設職員に申し出てください
他科受診	他診療機関での診療や投薬を受けられる際は、主治医の紹介状等が必要になりますので、必ず事前に施設職員にご連絡下さい
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。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
喫煙・飲酒	当施設敷地内、および隣接する道路等での喫煙・飲酒ならびに煙草、酒類の持ち込みはご遠慮願います
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください
所持品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。もし、紛失盗難等が発生いたしましても責任は負いかねます
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします

１４　虐待防止のための措置

介護医療院は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

（１）介護医療院における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

（２）介護医療院における虐待の防止のための指針を整備します。

（３）介護医療院において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

（４）（１）～（３）に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

（５）介護医療院は虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

１５　ハラスメント対策

（１）　当施設では、現場におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメント（以下「ハラスメント」という。）の防止のために、必要な措置を講じます。ハラスメントは職員間のみならず、職員と関係業者等、職員と入所者等及び家族等の間におけるすべてのハラスメントが対象となります。

（２）　入所者及び家族等はサービス利用にあたって次の行為を禁止します。

①　従業員に対する身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（例：叩く、唾を吐く、コップを投げつけるなど）
②　従業員に対する精神的暴力：個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。（例：怒鳴る、威圧的な態度や言動、理不尽なサービスを要求する、土下座の要求、不退去・居座り・長時間の電話等の拘束的な言動など）
③　従業員に対するセクシャルハラスメント：意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為。（例：必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、卑猥な言動を繰り返すなど）

その危害の発生、再発生を防止することが著しく困難な場合、当該従事者ないし事業所が利用者へサービス提供することが困難となった場合は契約解除を行う事があります。

１６　事故防止及び事故発生時の対応等

事業者は、介護事故防止のために、必要な措置を講じています。
①　介護事故防止及び事故発生時対応のための指針を整備しています
②　事故防止委員会を設置し月１回の委員会を開催します
③　職員に対して入職時研修及び定期的(年２回以上)に研修を実施します
④　サービス提供中に、万が一事故が発生した場合には、速やかに入所者の家族、市町村等関係機関に通報します

事業者は施設サービスの提供中に入所者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに併設病院主治医又は協力機関と連絡を取り、救急治療あるいは救急入院など必要な措置を講じます。

事業者は入所者に対する施設サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、入所者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入所者又は入所者の家族に対して損害を賠償します。但し、入所者又は入所者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることができます。

損害賠償保険

団体名(保険種目)	全国公私病院連盟　(病院賠償責任保険)

１７　個人情報の保護

入所者及びその家族の秘密の保持

（１）　施設は、入所者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」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るものとします。

（２）　施設及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た入所者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。施設及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た入所者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

個人情報の利用及び秘密保持

事業者では、入所者及びご家族の皆様の個人情報を下記の目的で利用させていただくことがあります。これら以外の目的で利用させていいただく必要が生じた場合には、改めて入所者又はご家族の皆様からの同意をいただくことにしておりますのでご安心ください。

同意しがたいものがある場合には、その旨をお申出ください。

申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。

またこれらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等をすることが可能です。

個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組み、秘密保持を遵守いたします。

当事業者における個人情報の利用目的

介護サービスの提供

・当事業者での介護サービスの提供

・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者、行政機関等との連携、及び照会への回答

・ご家族等への介護サービスの説明

・その他、入所者への介護サービスの提供に関する利用

介護サービス費請求のための事務

・当事業者での医療・介護・労災保険、公費負担介護サービスに関する事務およびその委託

・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紹介への回答

・公費負担介護サービスに関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答

・その他、医療・介護・労災保険、および公費負担介護サービスに関する介護サービス費請求のための利用

当事業者の管理運営業務

・会計・経理　・医療事故等の報告　・当該入所者の介護サービスの向上

・その他、当事業者の管理運営業務に関する利用

医療介護賠償責任保険などに係る、専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

当事業者内において行われる実習への協力

介護の質の向上を目的とした事業者内での症例研究

外部監査機関への情報提供

重要事項同意書

高知総合リハビリテーション病院　介護医療院のサービス開始にあたり、ご入所者に対して契約書および本説明書にもとづいて重要な事項を説明しました。

(西暦)　　年　　月　　日

事業者
所在地　　高知市一宮南町一丁目 10 番 15 号
名称　　医療法人社団晴緑会　高知総合リハビリテーション病院　介護医療院
代表者　　理事長　種子田　吉郎　　印
電話番号　088-845-1641
事業所番号　第 39Ｂ0100017 号

説 明 者　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、契約書および本書面により事業者から施設サービスについての重要事項説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の同意を受けました。

入 所 者
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 理 人
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆理由：□身体的な障がいで署名困難
　　□判断能力に障がいがあり署名困難
　　□その他（ ）