

重要事項説明書

(通所リハビリテーション)

あなた(又はあなたの家族)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、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年大阪府条例第115号)」第10条の規定に基づき、指定通所リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定通所リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者名称	社会医療法人 協和会
代表者氏名	理事長 加納 繁照
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府大阪市北区天神橋7丁目5番26号 TEL 06-6351-5381 FAX 06-6351-2667

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	社会医療法人協和会 淀川介護老人保健施設ハートフル
介護保険指定 事業所番号	第 2759180017 号
事業所所在地	大阪府大阪市淀川区十三東5丁目3番29号
連絡先	TEL 06-6302-8686 (代) FAX 06-6302-8711
事業所の通常の 事業の実施地域	大阪市淀川区、東淀川区(東中島1丁目・2丁目・3丁目) 大阪市西淀川区(歌島1丁目・4丁目、花川1丁目・2丁目、 柏里1丁目)の区域
利用定員	1日につき50名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的 運営の方針	要介護状態と認定された利用者に対し、利用者が可能な限り自宅で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるようにサービスを提供する事を目的とします。 利用者の自主性を尊重し、明るく家庭的な雰囲気の中で、日常生活の自立を支援します。 看護・介護・機能訓練その他のサービスは、利用者個々に合わせた通所リハビリテーション計画に基づきサービスの提供を行います。 保健・医療及び福祉サービスを提供するものとの連携を保ち、地域や家庭との結びつきを重視します。 心身機能・活動・参加などの生活機能の維持・向上を図るリハビリテーションの提供を行います。
----------------	--

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとする。(土曜・日曜日を除く) ただし、年末年始(12/31~1/3)は休業とする。
営業時間	午前9時から午後5時までとする。 (受付は午前9時から午後5時30分まで)

(4) サービス提供時間

サービス提供日	営業日と同じ
サービス提供時間	営業時間と同じ

(5) 事業所の職員体制

管理者	施設長(医師) 加納 和
-----	--------------

職	職務内容	人員数
管理者(又は管理者代行)	1 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います。	常勤 1名
専任医師	1 利用者に対する医学的な管理指導等を行います。	常勤 1名
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)又は看護師若しくは准看護師(以下「看護職員」という。)若しくは介護職員	1 医師及び理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 2 利用者へ通所リハビリテーション計画を交付します。 3 通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話をを行います。 4 それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に沿ったサービスの実施状況の把握及びその評価を診療記録に記載します。また必要に応じて通所リハビリテーション計画の変更を行います。	常勤 名 (理学療法士 名) (看護師 名) (介護職員 名) 非常勤 名 (理学療法士 名) (看護師 名) (介護職員 名)
管理栄養士	1 栄養改善サービスの提供を行います。	常勤 2名 非常勤 0名
歯科衛生士等	1 口腔機能向上サービスの提供を行います。	常勤 0名 非常勤 0名
事務職員	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常勤 名 非常勤 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

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（ケアプラン）に基づき、利用者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。
利用者居宅への送迎		事業者が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。経管栄養の方は、係る備品・補助栄養食を持参頂き、看護師が指示、手順に沿って注入します。 経管栄養の方や利用時間が短い、その他何らかの理由により当事業者からの食事（おやつを含む）提供しない方は、食費のご負担はありません。但し、食事予定の中止を希望する場合は午前11時までとし、以降の申出の場合は600円のキャンセル代が発生します。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、個人としての尊厳に配慮し、居宅サービス計画書に基づく入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。入浴前に血圧測定等を行い、かかりつけ医師や当事業所基準に基づく範囲内であれば入浴ができます。 身体機能に応じ、介助方法（リフト浴、ストレッチャー浴）を変更します。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、個人としての尊厳に配慮し、居宅サービス計画書に基づく排泄の介助、おむつ交換を行います。 トイレには、車いす用トイレがあり、手すり、ウォシュレット（一部）を設置しています。 利用時間中に使用する、紙オムツ、紙パンツ、尿取りパットは、ご持参頂きます。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、個人としての尊厳に配慮し、上着、下着等の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、個人としての尊厳に配慮し、居宅サービス計画書に基づく室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助等	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 かかりつけ医の指示による食前の血糖値測定、インスリン注射を看護師による行う事ができます。 保湿剤、外用薬、ガーゼ等処置に必要な物をご持参頂ければ入浴後等に簡単な処置は行います。

リハビリテーション	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練や言語、嚥下訓練を専門職員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)が行います。 定期的に身体状況や能力を評価し、リハビリテーション実施計画書を作成します。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、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。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)又は看護師若しくは准看護師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。
	その他	ご要望や必要に応じ、理学療法士等専門職員がご自宅を訪問し、指導や助言を行います。 装具や杖、歩行器、車いすのレンタルや購入に際し、調整や助言を行います。
その他	クラブ活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じたクラブ活動等の提供します。 月曜日：ペン習字、火曜日：園芸、水曜日：書道 木曜日：木工、水曜日から金曜日：手芸 囲碁や将棋、麻雀も曜日により行っています。
	禁止事項	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙 施設敷地内は禁煙です。 ・迷惑行為 騒音又は他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。 ・宗教・政治活動 施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮下さい。 ・飲酒・営利行為 施設内での飲酒又は飲酒をされてのご利用、営利活動はご遠慮ください。
	サービス提供又は一部サービス提供の中止	<p>以下の場合、サービス提供又は一部サービス提供を中止させていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・台風の接近 午前8時の時点で大阪市内に暴風雨警報が出た場合。 ・感染症等 利用者又は利用者と同居の家族の感染症等が認められた場合。 ・当施設内での感染症等が認められた場合
	所持金・所持品の管理	<p>所持金品は、自己責任のもと管理して下さい。高額金品の持参はご遠慮下さい。利用者・家族等よりお申し出が無い金品の紛失については、責任を負いかねます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所持品は、利用者の持ち物とわかるよう記名をお願いします。 ・飲食物の持ち込みはご遠慮ください。事故等が発生した場合、責任を負いかねます。 <p>止むを得ない事由がある場合は、支援相談員にご相談下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用時に必要な物品等(薬・杖等)をお忘れの場合、取りに戻る事はできません。お忘れが無いように準備をお願いします。
	設備備品の使用	施設内の設備・備品の使用又は取扱いは、職員の指示に従ってご利用下さい。

その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用申込書に記載の住所・連絡先・かかりつけ医等に変更がある場合は、連絡をお願いします。 ・ 利用時に必要と思われる利用者の医療情報をかかりつけ医または医療機関に依頼させて頂く場合があります。 <p>また、医療保険証の提示をお願いする事があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同意書・預かり書等介護保険サービス以外のサービスを行う場合（自宅カギ・福祉用具等の預かり時）、同意書・預かり書等の記載を依頼することがあります。
-----	---

※リハビリテーションマネジメント加算とは医師、理学療法士、その他の職種が共同して、利用者ごとの通所リハビリテーション実施計画を作成します。当該計画に従い、理学療法士等がリハビリテーションを行い定期的に記録します。理学療法士等は当該計画の進捗状況进行评估し、必要に応じて計画を見直します。

また理学療法士等が、新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、通所開始日から起算して1月以内に利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行います。

※短期集中リハビリテーション加算とは集中的に指定通所リハビリテーションを行うことが、機能回復に効果的であると認められる場合に行います。

退院（退所）日から起算して1月以内の期間に行うときは、1週間につき概ね2回以上、1回あたり40分以上、退院（退所）日から起算して1月を超え3月以内の期間の場合は1週間につき概ね2回以上、1回あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。

※個別リハビリテーションとは、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が個別リハビリテーションを行います。

※認知症短期集中リハビリテーションとは、認知症であると医師が判断した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院（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。

※若年性認知症利用者受入加算とは、若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

※栄養改善加算とは低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、医師、管理栄養士、他職種の従業者が共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく栄養改善サービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から3月以内まで。ただし継続することで栄養改善の効果が認められる場合は継続可能。）

※口腔機能向上加算とは、口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士等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。（原則として利用開始から3月以内まで。ただし継続することで口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、継続可能。）

(2) 通所リハビリテーション従業者の禁止行為

通所リハビリテーション従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く。）

診察、お薬の処方、インフルエンザ等予防接種

- ② 利用者又は家族の預貯金通帳、証書、書類、印鑑などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額：1割負担（介護保険を適用する場合）について

サービス提供時間数		1時間以上 2時間未満		2時間以上 3時間未満		3時間以上 4時間未満		4時間以上 5時間未満		5時間以上 6時間未満	
		単位数	利用者 負担額(1 日当り)								
基本単位											
通常 規 模 型	要介護1	366	399円	380	414円	483	526円	549	598円	618	673円
	要介護2	395	430円	436	475円	561	611円	637	693円	733	798円
	要介護3	426	464円	494	538円	638	695円	725	789円	846	921円
	要介護4	455	495円	551	600円	738	803円	838	912円	980	1,067円
	要介護5	487	530円	608	662円	836	910円	950	1,034円	1,112	1,210円

サービス提供時間数		6時間以上 7時間未満		7時間以上 8時間未満	
		単位数	利用者 負担額(1 日当り)	単位数	利用者 負担額(1 日当り)
基本単位					
通常 規 模 型	要介護1	710	773円	757	824円
	要介護2	844	919円	897	976円
	要介護3	974	1,060円	1,039	1,131円
	要介護4	1,129	1,229円	1,206	1,313円
	要介護5	1,281	1,394円	1,369	1,490円

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所リハビリテーション計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所リハビリテーション計画の見直しを行いません。

※ 8時間以上のサービス提供を行う場合で、その提供の前後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合は、延長加算として通算時間が8時間以上9時間までは50単位（利用者負担55円）、9時間以上10時間までは100単位（利用者負担109円）以降、1時間延長毎に

50単位（利用者負担55円）最長14時間まで300単位（負担327円）まで1時間単位で加算されます。

- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所リハビリテーション従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月（又は翌翌月）の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。

	加 算	単位数	利用者負担額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	理学療法士等体制強化加算	30	33円	所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおいて理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上加配して実施した日数
	通所リハ提供体制加算1	12	13円	利用時間が3時間以上4時間未満の場合 1回につき
	通所リハ提供体制加算2	16	18円	利用時間が4時間以上5時間未満の場合 1回につき
	通所リハ提供体制加算3	20	22円	利用時間が5時間以上6時間未満の場合 1回につき
	通所リハ提供体制加算4	24	27円	利用時間が6時間以上7時間未満の場合 1回につき
	通所リハ提供体制加算5	28	31円	利用時間が7時間以上の場合 1回につき
	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	560	610円	利同の属する月から6月以内 1月につき
		240	262円	利同の属する月から6月超 1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	593	646円	利同の属する月から6月以内 1月につき
		273	297円	利同の属する月から6月超 1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	830	903円	利同の属する月から6月以内 1月につき
		510	555円	利同の属する月から6月超 1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	863	939円	利同の属する月から6月以内 1月につき
		543	591円	利同の属する月から6月超 1月につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	120円	1日につき * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算・生活行為向上リハビリ実施加算算定の場合不可。	
要介護度による区分なし	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(1)	退院（退所日）又は開始日から起算して3月以内 240	262円	1日につき 1週間に2日を限度
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(2)	退院（退所日）又は開始日の属する月から起算して3月以内 1,920	2,089円	1月に4回以上リハビリテーションを実施 1月につき1回
	若年性認知症利用者受入加算	60	66円	1日につき

	生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始日の属する 月から3月以内 2,000	2,176円	短期集中個別リハビリテーション 実施加算・認知症短期集中リハビリ テーション実施加算を算定してい ない場合、 1月につき1回
		利用開始日の属する 月から3月超 6月以内 1,000	1,088円	
		利用開始日の属する 月6月以内 1,250	1,360円	
	栄養アセスメント加算	50	55円	1月につき
	栄養改善加算	200	218円	2回を限度
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	22円	6月に1回を限度 1回につき
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	6円	
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	164円	1月につき2回を限度
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	174円	
	重度療養管理加算	100	109円	1日につき
	中重度者ケア体制加算	20	22円	1日につき
	科学的介護推進体制加算	40	44円	1月につき
	入浴介助加算(Ⅰ)	40	44円	1日につき
	入浴介助加算(Ⅱ)	60	66円	
	通所リハ同一建物減算	-94	-103円	事業所と同一建物に居住する者 又は同一建物から利用する者に 通所リハビリテーションを行う 場合 1日につき
	送迎減算	-47	-52円	事業者が送迎を行わない場合
	移行支援加算	12	13円	1日につき
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	24円	1回につき
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	20円	
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	7円	
要介護度による区分 なし	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)所定単位数の 47/1000 (Ⅱ)所定単位数 の34/1000 (Ⅲ)所定単位数 の19/1000 (Ⅳ)(Ⅲ)で算定し た単位数の90% (Ⅴ)(Ⅲ)で算定し た単位数の80%	左記の 1割	基本サービス費に各種加算減算を 加えた総単位数(所定単位数)

	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)所定単位数の 20/1000 (Ⅱ)所定単位数の 17/1000	左記の 1割	基本サービス費に各種加算減算を 加えた総単位数(所定単位数)
	新型コロナウイルス感染症への対応	所定単位数の 1/1000	左記の 1割	基本サービス費に各種加算減算を 加えた総単位数(所定単位数) ※令和3年9月30日までの上乘せ分

※ 地域区分別の単価、1単位を10.88円として計算しています。

※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

※ 重度療養管理加算はサービス提供時間が1時間以上2時間未満の利用者以外で要介護4又は5であって厚生労働大臣が定める状態にある利用者(詳細は次のとおり)に対し、通所リハビリテーションを行った場合に加算します。

- 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工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場合
- 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 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥創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

※ 介護職員処遇改善加算は介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するため経過的な扱いとして算定するものです。内容としては、介護職員の賃金改善、職員の資質向上の支援等により介護職員の雇用の安定を目的として加算します。

※ 介護職員等特定処遇改善加算は特定(経験・技能がある)の介護職員のさらなる定着率の向上、離職防止を目指すことを目的として加算します。

4 その他の費用(非課税)について

① 食事の提供に要する費用	600円(1食当り食材料費及び調理コスト) 運営規程の定めに基づくもの おやつを含む
② 日常生活費	100円(石鹸、シャンプー、ボックスペーパー、ウェットティッシュ・爪楊枝・トイレットペーパー等主に消耗品) 運営規程の定めに基づくもの
③ 教養娯楽費	100円(新聞・テレビ・色紙、レクレーションやクラブ活動等の教材料費) 運営規程の定めに基づくもの

④ おむつ代	紙オムツ・紙パンツ 180円(1枚当り) 尿取りパット 50円(1枚当たり) 運営規程の定めに基づくもの
--------	--

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日に利用者あてにご指定の住所にお届け（郵送）、または、15日以降の利用日に手渡しします。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア 内容をご確認のうえ、下記の方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）利用者指定口座からの自動振替 （イ）現金支払い 又は事業者指定口座への振り込み</p> <p>イ お支払いの確認をされましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をご指定のご収書に郵送しますので、必ず保管されますようお願いいたします。再発行はできません。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p>

現 金	<p>利用時に所定の袋に入れてご持参ください。</p> <p>1階事務所窓口にてお支払（日曜日・祝祭日はできません。） お取り扱い時間 平日 午前10時～午後4時 土曜日 午前10時～正午</p>
指定銀行 口座振込	<p>下記口座へお振込み</p> <p>銀行名 リソナ銀行 天六支店 口座名義 シヤカイイリヨウホウジンキヨウワカイ ヨドガワカイゴロウジンホケンシセツハートフル 口座番号 普通預金 1570513 ※振込手数料をご負担願います。</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「通所リハビリテーション計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- (3) サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。なお、「通所リハ

「ビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

- (4) 通所リハビリテーション従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。
- (5) 業務継続に向けた計画（BCPガイドライン）をもとに、感染症や自然災害が発生した場合でも安定的、継続的に提供できる体制を設けています。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者は虐待防止委員会の委員長とし責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長 加納 和
-------------	----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者の人権意識の向上や知識、技術向上に努め、虐待防止を啓発・普及するための研修及び委員会を定期的に実施しています。
- (5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (6) 従業者又は扶養者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、速やかにこれを市町村へ通報するものとします。
- (7) 施設内における高齢者虐待に関する通報・届け出窓口

名 称	連 絡 先
大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課指定・指導グループ	06-6241-6310 (平日 午前9時～午後5時30分)

8 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者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。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用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。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>
<p>③ 利用目的</p>	<p>① 当事業所での利用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者に提供する介護サービス ・ 介護保険事務 ・ 利用開始・終了の管理 ・ 会計・経理 ・ 介護事故等の報告 ・ 当該利用者への介護サービスの向上 ・ 事業所内介護実習への協力 ・ 介護の質の向上を目的とした当事業所内事例研究 ・ その他、利用者に係る管理運営業務

③ 利用目的	②介護支援専門員、他事業所等への情報提供としての利用 ・他居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等との連携、照会への回答 ・利用者のかかりつけ医等への意見・助言を求める場合 ・家族等への状況説明 ・保険業務の委託 ・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照会への回答 ・事故等の行政機関への報告 ・損害賠償責任保険等に係る、損害保険会社等への相談又は届出 ・その他、利用者への介護保険事務に関する利用
	③その他の利用 ・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料 ・外部審査機関への情報提供 ※上記のうち、他の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所等への情報提供について同意し難い事項がある場合にはその旨を担当窓口までお申し出下さい。 ※これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等することができます。

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

※緊急時、搬送先としてご指定の病院へ連絡をさせていただきますが、受け入れが困難との返答があった場合や返答に時間を要する場合は、協力病院へ搬送させていただきます。

11 事故発生の防止及び発生時の対応について

事故発生の防止のための指針を定め、介護、医療事故を防止するための体制を整備します。事故防止に関する委員会及び研修を定期的で開催し、その結果を職員に周知します。事故防止及び対策の担当者はリスクマネージャーとします。

利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じません。

また、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした賠償すべき事故が発生した場合は、その損害を賠償します。

ただし、事業者の故意、過失がない場合はこの限りではありません。

連絡先【淀川区】

名 称	電話番号
淀川区保健福祉センター 介護保険担当	06-6308-9859

連絡先【保険者】

名 称	電話番号
大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課指定・指導グループ	06-6241-6310 (平日 午前9時～午後5時30分)

【協力医療機関】

名 称	診療科目	住 所	電話番号
社会医療法人 協和会 北大阪病院	内科・循環器科・外科・整形外科 脳神経外科・泌尿器科 皮膚科・リハビリテーション 科・放射線科・麻酔科・救急 センター	大阪市淀川区西宮原 2丁目7番17号	06-6395-1601
社会医療法人 協和会 加納総合病院	内科・神経内科・循環器科 外科・整形外科・形成外科 脳神経外科・脳神経血管内治 療科小児科・眼科・婦人科 耳鼻咽喉科・泌尿器科・皮膚 科・リハビリテーション科 放射線科・麻酔科・救急セ ンター	大阪市北区天神橋 7丁目5番15号	06-6351-5381

【協力歯科医療機関】

名 称	住 所	電話番号
医療法人 孝陽会 戸谷歯科クリニック	大阪市北区中津2丁目3番10 号 中津第一ビル	06-4802-4300
医療法人 松歯会 松本歯科医院	大阪市北区天神橋7丁目2番7 号	06-6351-0801

12 心身の状況の把握

指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

13 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定通所リハビリテーションの提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

14 サービス提供等の記録

- ① 指定通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、提供の日から5年間は保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。但し、扶養者その他（利用者の代理人を含みます。）に対しては利用者の承諾を得たうえで、又はその他必要と認められた場合に限り、これに応じます。

15 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
淀川消防署への消防計画等の届出日： 令和3年9月3日
災害対策に関する担当者（防火管理者）事務長 西川 直樹
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 当施設では、次の防災設備をしています。
スプリンクラー・消火器・連結送水管・自動火災報知機・自家発電・非常放送・補助散水栓・非常照明・泡消火設備
- ④ 所轄消防署と連携を取り、定期的に避難、救出その他必要な訓練を年2回以上行います。
- ⑤ 訓練及び災害発生時は地元自治会と連携し、協力体制を整備しています。
- ⑥ 地震防災対策マニュアル及び水害対策マニュアルを策定し、災害防止のための体制を整備しています。

16 衛生管理等

- ① 指定通所リハビリテーション事業所の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定通所リハビリテーション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように感染防止マニュアルを作成し、定期的に感染対策委員会及び研修や訓練を開き、その防止の為に必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）
ご要望や苦情等は、担当支援相談にご連絡を頂ければ、速やかに対応致します。
その他、1階出入りに備え付けられた「ご意見箱」をご利用ください。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 淀川介護老人保健施設 ハートフル 苦情受付責任者 加納 和	大阪府大阪市淀川区十三東5丁目3番29号 電話番号 06-6302-8686 ファックス番号 06-6302-8711 受付時間 平日午前9時～午後5時30分
【淀川区の窓口】 淀川区役所保健福祉課 介護保険	大阪府大阪市淀川区十三東2丁目3番3号 電話番号 06-6308-9859 受付時間 平日午前9時～午後5時30分
【大阪市の窓口】 大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課 指定・指導グループ	大阪府大阪市中央区船場中央3丁目1番-331号 電話番号 06-6241-6318 ファックス番号 06-6241-6608 受付時間 平日午前9時～午後5時30分
【国保連の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	大阪府大阪市中央区常磐町3番8号 電話番号 06-6949-5418 受付時間 平日午前9時～午後5時30分 土日祝は休み

直ちに利用を中止し、当施設医師の判断により主介護者に連絡し、受診して頂く事があります。受診時の送迎については、ご家族、介護タクシー等の利用をお願いすることがあります。

- 利用者の病状の急変が生じた場合は、予め届けられた緊急連絡先に速やかに連絡を入れる他、状態が緊急を要する場合、または生命に関わると事業者が判断した場合、救急車を要請して必要な病院に搬送する場合があります。
- 大地震が起こった際、居宅に帰宅することはせず、施設で預かる場合もございます。もし居宅に帰る場合は、ご家族にお迎えをお願いいたします。

《利用中の注意点》

- 食べ物、飲み物の持ち込みは窒息防止、糖尿病等の管理等もありますので、原則禁止です。
- 通所リハビリテーションでは在宅から来所されますので、感染予防に努めますが、万が一、感染症が蔓延した場合は利用を中止して頂く場合があります。
- リハビリテーションは個別対応だけでなく、小集団での活動等でのリハビリを実施する場合があります。
- 利用者、職員等に対する暴言、暴力、迷惑行為等があった場合介護支援専門員等へ連絡の後、契約を解除させていただきます。
- 金銭、貴重品の持ち込みは原則として禁止致します。盗難、紛失、破損等あった場合、責任は負いかねます。
- 利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動等は禁止しております。
- サービス利用中に介護職員を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影・録音などインターネット、SNSに掲載することを禁止しております。

私は、上記項目について、利用者の貴事業所利用時の注意事項の説明を受け十分に理解しました。

令和 年 月 日

ご家族 (続柄)

一日の流れ・持ち物

9:00		配茶 検温・血圧・脈拍 体調確認	作業レクリエーション
	お迎え	入浴 男性：9：30～ 女性：10：30～ リハビリ	
10:30	開始のあいさつ ラジオ体操	トイレ誘導	個別練習
11:45	口体操		
12:00	昼食	服薬	
	食休み	入浴 トイレ誘導	
13:15	レクリエーション クラブ活動	(月)ペン習字 (火)園芸 (水)書道 (木)木工 トイレ誘導	(水～金)手芸
15:00	おやつ 帰宅準備		個別練習
15:45	終了のあいさつ		
16:00			
17:00	送迎		グループリハビリ
19:00	延長サービス		

持ち物	入浴準備	フェイスタオル 3枚 バスタオル 1枚 着替え(必用な方のみ) リハビリパンツ・パット等(必用な方のみ) ビニール袋(濡れたタオル等を入れる)
	持参薬	昼食前後薬 食間薬 頓服薬 外用薬(数種類ある時は部位がわかる様に) 頓服薬(食前後薬とはわけて) ガーゼ・テープ等処置に必要なもの
	連絡袋・連絡帳	
	歯ブラシ・口拭きタオル 装具・杖・歩行器・車椅子等	食後口腔ケアされる方 必用な方のみ

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)利用同意書

淀川介護老人保健施設ハートフル通所リハビリテーション（以下サービスという）を利用するにあたり、事業者からの重要事項説明書、契約書及び以下の特記事項を受領し、担当者による説明を受け、サービスの利用開始に同意します。

- 高齢者の身体と疾病の特徴 サービス内容説明書

令和 年 月 日

1	契約者 (利用者)	住所	〒
		氏名	Ⓜ
2	連帯保証人 (家族・代理人・ 身元引受人) (限度額 30 万円)	住所	〒
		氏名	Ⓜ(続柄)
		電話	

【契約書第7条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

- (1 ・ 2) に送付して下さい。
 下記へ送付して下さい。

3	住所	〒
	氏名	(続柄)
	電話番号	

【重要事項説明書の「11」事故発生時の連絡先】

- (2 ・ 3) に連絡して下さい。
 下記へお願いします。

4	住所	〒
	氏名	(続柄)
	電話番号	

【居宅介護支援事業所・担当ケアマネージャーの連絡先】

居宅介護支援事業所 担当ケアマネージャー	所在地	電話番号

【重要事項説明書の「10」利用者が指定する医療機関先】

		病院名	受診科(担当医)	電話番号
かかりつけ 又は 搬送希望先 病院	①			
	②			
協力病院以外の 緊急時搬送先				

社会医療法人協和会 淀川介護老人保健施設ハートフル ※本人が自著の場合、押印は不要です
 管理者 施設長 加納 和 殿 ※原本→施設保管、複写→利用者控え