

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション用)

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介護予防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、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 号）」第 10 条の規定に基づき、指定介護予防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 指定介護予防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 2 6 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 事業者番号	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 2 9 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 (なお、通所リハビリテーションの利用者数との合計が当該定員数を 超えない範囲。)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的 運営の方針	予防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、また要介護状態を予防できるよう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介護予防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介護予防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 利用者へ介護予防通所リハビリテーション計画を交付します。 3 介護予防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、介護予防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。また必要に応じて介護予防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 0 名) (介護職員 名) 非常勤 名 (理学療法士 0 名) (看護師 1 名) (介護職員 3 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
介護予防通所リハビリテーション計画の作成		利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（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介護予防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11時までとし、以降の申し出の場合は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場を提供します。 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。

(2) 介護予防通所リハビリテーション従業者の禁止行為

介護予防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 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- 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

サービス提供区分		介護予防通所リハビリテーション費(要支援1)		介護予防通所リハビリテーション費(要支援2)	
		単位数	利用者負担額	単位数	利用者負担額
通常の場合	基本	2,286/月	2,468円/月	4,228/月	4,600円/月
日割り計算による場合	基本	75/日	82円/日	139/日	152円/日

※ 日割り計算による場合とは、月途中で要介護から要支援に変更となった場合、要支援から要介護に変更となった場合、同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合などです。

要支援度による区分	加 算	単位数	利用者負担額	算定回数
な し	科学的介護推進体制加算	40	左記の単位数 × 地域区分 (10.88) の1割	1月当たり
要支援1	サービス提供体制加算	88	左記の単位数 × 地域区分 (10.88) の1割	1月当たり
要支援2		176		
	介護職員処遇改善加算	(I)所定単位数の 86/1000	左記の単位数 × 地域区分 (10.88) の1割	1月当たり

※ 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。

※ 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介護予防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。

※ 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。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。

※ 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介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、介護予防通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

4 その他の費用について

① 食事の提供に要する費用	670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	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。 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。
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	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。 （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 イ お支払いの確認をしましたら、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となることがあります。）

現 金	利用時に所定の袋に入れてご持参ください。
	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
指定銀行 口座振込	下記口座へお振込み 銀行名 りそな銀行 天六支店 口座名義 シヤカイイリヨウホウジンキョウワカイ 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。

※ 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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）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) 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防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「介護予防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します。
- (3) サービス提供は「介護予防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、「介護予防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) 介護予防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。

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) 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を実施しています。
- (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、次に掲げることにより留意して、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

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	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。 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。 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。 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。
② 個人情報の保護について	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ぬ。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ぬ。 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。 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。）
③ 利用目的	① 当事業所での利用 ・ 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、速やかに主治の医師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。

連絡先【かかりつけ医又は緊急時搬送先病院】

※ 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 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防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、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防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【家族等】

連絡先【居宅介護支援事業所・担当ケアマネージャー】

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

指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防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 介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たり、介護予防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「介護予防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介護予防支援事業者等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介護予防支援事業者等に送付します。

14 サービス提供等の記録

- ① 指定介護予防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書等の届出日 令和3年9月3日

災害対策に関する担当者（防火管理者）主任 高橋 亮介

- 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 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期： 毎年2回

16 衛生管理等

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションの用に供する施設、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 指定介護予防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

提供した指定介護予防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

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 (水～金)手芸	
		トイレ誘導	
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	食後口腔ケアされる方
	装具・杖・歩行器・車椅子等	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	①
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	①(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