

社会医療法人愛仁会 介護老人保健施設ひまわり

指定（介護予防）通所リハビリテーション
重要事項説明書

様

社会医療法人愛仁会 介護老人保健施設ひまわり

指定（介護予防）通所リハビリテーション 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）様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させていただきます。ご不明な点がございましたら、遠慮なく、ご質問してください。

なお、文中ではあなた様を「利用者」、ご家族様を「家族」と表示していますので、ご了承ください。

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、「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 年大阪府条例第 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 愛仁会
代表者氏名	理事長 高岡 秀幸
法人所在地	大阪府大阪市西淀川区福町三丁目 2 番 39 号
法人設立年月日	1958 年 11 月 1 日

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	介護老人保健施設 ひまわり
介護保険指定事業者番号	大阪府指定（第 2754280077 号）
事業所所在地	茨木市南春日丘 7 丁目 9 番 18 号
連絡先	電話 072-621-2691 F A X 072-621-2734

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	当事業所は、要介護（要支援）状態と認定された利用者に対し、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるように、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を計ることを目的とします。
運営の方針	利用者の意思及び人格を尊重し、利用者様の立場に立って、それぞれの状態に応じた医療・看護・介護サービス・相談・援助を実施し、家庭や地域との結びつきを重視した運営を行います。

(3) 事業所の営業日及び休業日・営業時間・利用定員・実施地域

営業日	月・火・水・木・金・土曜日
休業日	日曜日・年末年始
営業時間	午前8時30分から午後5時00分
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時00分
利用定員	35名
実施地域	茨木市、吹田市、豊中市、箕面市の一部の区域

(4) 事業所の職員体制

管理者	施設長 医師 磯島 さおり
-----	---------------

職種	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記録します。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 4名 以上
管理栄養士	1 栄養改善サービスの提供を行います。	常勤 1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 4名

3. 協力医療機関

当事業所は、緊急時利用者様に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関の診察を依頼することがあります。

医療機関	病院名	社会医療法人愛仁会 井上病院
	所在地	吹田市江の木町 16-17
	電話番号	06 (6385) 8651
	診療科名	内科・外科・整形外科・レントゲン科・泌尿器科・眼科
	入院設備	有

4. 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

※指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション共通

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		利用者に係る居宅介護（予防）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。栄養状態や口腔衛生の管理を行います。
	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、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。
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着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、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	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。
リハビリテーション	リハビリテーションマネジメント	医師、理学療法士等が共同して利用者様ごとのリハビリテーション実施計画を作成、実施し、必要に応じて計画の見直しを行っていきます。1ヶ月に4回以上通所リハビリテーションご利用時に算定します。
	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、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	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又は看護師若しくは准看護師（以下「理学療法士等」という。）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	創作活動など	利用者の選択に基づき趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

(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。）
- 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う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

5. 利用料金（利用料金表は別紙参照）

(1) 介護保険給付サービスについて

- ①介護保険制度では要介護（要支援）認定及び利用時間によって利用料金が異なります。
- ②介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用料金は、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談下さい。
- ③要介護（要支援）認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。その場合、利用料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交付します。認定後に自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。
- ④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（介護予防）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（介護予防）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（介護予防）通所リハビリテーション計画の見直しを行いません。

(2) 要介護度に係わらず、加算される自己負担分

- ①（介護予防）通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに関わる費用であって、利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。
- ②上記に定める利用料については、経済状況の著しい変化やその他のやむを得ない事由がある場合、利用者様に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。
- ③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30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。（極度額30万円）

(3) お支払い方法

ご指定の金融機関からのお引き落としとなります。

毎月15日頃に、前月のご利用料の請求書を発行いたします。引き落とし日は、請求書お渡し月（ご利用の翌月）の27日です。（曜日により27日以降に変更することがあります。）お支払いを確認後、領収書を発行し、次月の請求書とともに送りいたします。

6. 事業所利用に当たっての留意事項

事 項	内 容
食事	当事業所の食事を提供いたします。食べ物の持ち込みは、健康管理及び感染防止上、原則禁止とさせていただきます。
飲酒	栄養管理上、原則禁止とさせていただきます。
喫煙	健康管理上、原則禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	防火管理上、原則禁止とさせていただきます。
設備・備品の利用	本来の使用法に従ってご利用ください。これに反した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。
所持品・備品等の持ち込み	収納スペースに限りがあるため。記名の上、必要最小限でお願いいたします。使い慣れた車椅子や歩行補助器等は医師にご相談下さい。
金銭・貴重品管理	原則自己管理をしていただきます。多額な金銭及び貴重品は所持されないようにして下さい。
営利行為 宗教・政治活動	他の利用者様に迷惑が及ぶ行為・活動は一切禁止とさせていただきます。

7. 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と介護保険負担割合証に記載された内容（被保険者資格、要介護（要支援）認定の有無及び有効期間と負担の割合）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利用者が要介護（要支援）認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合で、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護（要支援）認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- ③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、「(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。
- ⑤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、利用者等の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更することができます。
- ⑥(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の具体的な指示や命令は当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者等の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

8. 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ①虐待防止のための指針を整備し、虐待防止に関する担当者（西村 眞理）を選定しています。
- ②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を従業者に周知します。
- ③成年後見制度の利用を支援します。

④苦情解決体制を整備しています。

⑤従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を年2回以上実施しています。

⑥介護者（家族）に対して、虐待防止を啓発・普及するための相談窓口を設置しています。

又、各地域包括支援センター及び茨木市福祉部福祉総合相談課（072-655-2758）でも相談窓口を設置しています。

9. ハラスメント発生時の対応について

事業所としてハラスメントの発生を把握した際、ハラスメントの事実確認を行う、職員と具体的な対応について話し合う場を設定する、職員に今後の対応について明確に示す、利用者・家族等と速やかに話し合いを行い、再発防止策を検討します。

10. 身体拘束について

事業所は、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、自傷他害等の恐れがある場合等、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、理由及び態様等についての記録を行います。又、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。

・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します。

・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します。

・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。

事業所では、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

①身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従事者に周知します。

②身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

③介護職員その他の従事者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

11. 守秘義務の徹底

事業所の職員及び委託業務職員は、業務上知り得た利用者様又はご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様と致します。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は利用者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

①サービスのための市町村、介護予防支援事業者、その他の保険事業者等への情報提供、あるいは適切な在宅療養のための医療機関等への情報提供をする場合。

②サービスの質の向上のための学会及び研究会等での事例研究発表等の場合。この場合、仮名等を使用し利用者様個人を特定できないような対策を講じます。前項に掲げる事項は、契約終了後も同様の取り扱いとします。

1 2. 個人情報の提供

次のような状況の場合に、当事業所はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

- ①介護保険法令に従い、利用者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において利用する場合。
- ②利用者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。
- ③契約終了によって、利用者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合。
- ④利用者様に対する外部の方からの所在確認及び面会等の問い合わせについては、応じさせていただきます。

1 3. 事故発生の防止及び発生時（緊急時等）の対応について

- ①事業所は、利用者に対する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速かに市町村、利用者様の家族、居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ②事業所は、その事故の状況及び事故に際してとった措置を記録します。
- ③事業所は、利用者様に対する通所リハビリテーション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います。
- ④事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故発生防止のための指針を整備し、事故発生の防止のためのマニュアルを定め、介護・医療事故を防止するための委員会及び従事者に対する研修を定期的に行う。又、適切な措置を実施するための担当者（中村 真和）を選定しています。

【保険会社名】東京海上日動火災保険株式会社

【保険名】介護老人保険施設総合補償制度 補償内容：賠償事故補償制度

主治医（かかりつけ医）	
医療機関名	
主治医名	
住 所	
電話番号	— —

緊急連絡先	
氏 名	
住 所	
電話番号	— —
続 柄	

1 4. 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。

1 5. 居宅介護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、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「（介護予防）通所リハビリテーション計画書」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。

1 6. 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、サービス提供の日から5年間保存します。
- ②利用者様ご自身に関する指定（介護予防）通所リハビリテーション実施記録を当法人規定にて閲覧できます。謄写を希望される場合、謄写にかかる実費をいただきます。
- ③提供した指定（介護予防）通所リハビリテーションに関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

1 7. 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：事務長）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- 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定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。※火災以外の自然災害も想定避難訓練等の総合訓練を年2回実施します。

1 8. 業務継続計画の策定等

- ①事業所は、感染症や非常災害の発生時において入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- ②事業所は、介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年2回以上）に実施するものとする。
- ③事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1 9. 感染症及び食中毒発生の防止及び発生時の対応

- ①事業所は、感染症及び食中毒が発生し又は蔓延しないように、施設における感染症及び食中

毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備し、感染対策マニュアル及び食中毒予防対策マニュアルを定め、介護職員その他の従事者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための委員会及び研修を定期的実施します。その結果を従業者に周知します。

②施設は、入所者の使用する施設、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、並びに衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。

③栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月1回、検便を行います。

④定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行います。

20. 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

- ①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【苦情相談窓口】のとおり)
- ②相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- イ 苦情・相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため、必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
 - ロ 特に事業者に関する苦情である場合は、利用者の立場を考慮し、事業者側の責任において事実関係の特定を慎重に行う。
 - ハ 相談担当者は把握した状況をスタッフとともに検討を行い、対応を決定する。
 - ニ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容も、翌日までに連絡する。)

20. サービス内容に関する苦情相談窓口

(1) 当事業所の苦情・相談窓口

責任者	施設長：磯島 さおり
担当者	支援相談員：滝下 智之・森川 信子・内海 舞子
ご利用時間	月～金曜日 午前9時から午後5時 ※土、日、祝日は除く
ご利用電話番号	072-621-2691
面談場所	相談室
ホットメール	1階エレベーター前、2階エレベーター横

(2) 行政等関係機関の苦情受付

茨木市健康医療部 長寿介護課	茨木市駅前3-8-13 072-620-1639 受付時間 午前8時45分から午後5時15分
茨木保健所 地域保健課	茨木市大住町8-11 072-624-4668 受付時間 午前9時から午後5時45分
大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課	大阪市中央区常磐町1-3-8 06-6949-5418 受付時間 午前9時から午後5時
大阪府福祉部 高齢介護室介護事業者課	大阪市中央区大手前3-2-12 06-6944-7106 受付時間 午前9時から午後6時

※全て土、日、祝日は除く

当事業者は、この重要事項説明書の内容について、次の者が説明を行いました。

年 月 日

<事業者>

事業者名 社会医療法人 愛仁会
介護老人保健施設 ひまわり
説明者職名 支 援 相 談 員

氏 名 _____

私は、重要事項説明書の内容を上記事業者から説明を受け、その内容に同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

年 月 日

<利用者>

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

フリガナ
氏名 _____

<代理人>

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

フリガナ
氏名 _____ 続柄 (_____)

利用料金支払い同意書

重要事項説明書（料金表）に基づく介護保険対象サービス及び加算自己負担分
日常生活費，教養娯楽費等の介護保険給付対象外サービスの請求に対しての
支払いに同意します。

年 月 日

<利用者>

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

フリガナ

氏名 _____

<代理人>

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

フリガナ

氏名 _____ 続柄 (_____)