

重要事項説明書

(通所リハビリテーション)

事業者：社会医療法人盛和会 本田病院

重要事項説明書 (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、「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（平成11年厚生省令第37号）」第8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 盛和会
代表者氏名	理事長 本田 学
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府大阪市鶴見区鶴見四丁目1番30号 (電話 06-6939-6252・ファックス番号 06-6939-8111)
法人設立年月日	昭和45年5月1日

2 利用者に対する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	社会医療法人盛和会 本田病院
介護保険指定 事業者番号	大阪府指定 2719202877
事業所所在地	大阪府大阪市鶴見区鶴見四丁目1番30号
連絡先	電話 06-6939-6605・ファックス番号 06-6939-8111
事業所の通常の 事業の実施地域	大阪市鶴見区・城東区、守口市、門真市、東大阪市
利用定員	1単位 7名・2単位 16名・3単位 8名 4単位 4名・5単位 8名・6単位 6名 合計49名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	(運営規程記載内容の要約) 社会医療法人盛和会本田病院が設置する指定通所リハビリテーション事業所(以下「事業所」という)において実施する通所リハビリテーション事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、看護師、介護職員(以下「通所リハビリテーション従事者」という)が、要介護等状態の利用者に対し、適切な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営の方針	(運営規程記載内容の要約) 1. この事業所が実施する事業は、利用者が要介護等状態となった場合においても、心身の状況、病歴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとする。

	<p>また、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>2. 事業にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p> <p>3. 前 2 項のほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 37 号)」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。</p>
--	---

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日・祝日 休日：日曜日・12月31日～1月3日
営 業 時 間	9：00～17：00

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～土曜日・祝日 休日：日曜日・12月31日～1月3日
サービス提供時間	1単位目 9：20～16：30 4単位目 15：20～16：30 2単位目 10：20～15：30 5単位目 9：20～11：30 3単位目 9：20～10：30 6単位目 14：20～16：30

(5) 事業所の職員体制

管理者	本田 学	
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。 2 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従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。	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 指定通所リハビリテーションの実施状況の把握及び通所リハビリテーション計画の変更を行います。	常 勤 7名以上
管理栄養士	1 栄養マネジメントサービスを行います。	常 勤 0名
歯科衛生士	1 口腔機能向上サービスを行います。	常 勤 0名
言語聴覚士	1 口腔機能向上サービスを行います。	非常勤 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。	非常勤 1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		原則、事業者が所有する自動車により、利用者の居宅玄関と事業所までの間の送迎を行います。 ただし、送迎を実施しない場合(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎実施しない場合)は減算の対象となる。
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。
	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	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。
その他特別なサービス	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。
	リハビリテーションマネジメント (イ)(ロ)	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行い、利用者個別にリハビリテーション実施計画を策定します。 上記の計画に基づき、理学療法士等が利用者ごとにリハビリテーションを行います。(利用者の状態により、集団的に行われるものがあります。) 必要に応じて、介護支援専門員を通して、他の居宅サービス事業所のサービス担当者に対してリハビリテーションに関する情報伝達(日常生活上の留意点、介護の工夫等)や連携を図ります。 概ね3ヶ月毎、リハビリテーションに関するアセスメントとそれに基づく評価を行い、リハビリテーション実施計画の見直しを行います。 また、利用開始後定期的に関しリハビリテーション会議を実施し、計画を評価していきます。
	短期集中リハビリテーション	病院又は診療所若しくは介護保険施設からの退院又は退所直後の利用者で、短期(概ね3か月程度の間)集中的にリハビリテーションを実施することが、身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に行います。
	移行支援	社会参加がより可能となるように支援します。

生活行為向上 リハビリテー ション	専門スタッフが生活行為向上に焦点を当てた支援を実施します。
栄養マネジ メントサービ ス注) 1	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3か月以内まで)
口腔機能向上 サービス 注) 2	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3か月以内まで)
サービス提供 体制強化加算	利用者に直接提供する介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合により変動します。
重度療養 管理加算	要介護3、4又は5に該当する者で、厚生労働大臣の定める状態であり、計画的な医学的管理を継続的に行い、通所リハビリテーションを行った場合
中重度者ケア 体制加算	職員を基準より多く配置し、中重度利用者を受け入れる体制を整備します。
介護職員処遇 改善加算等 I	介護職員の賃金改善に充当する為の交付金を支給すること等により職員処遇改善を図るもの。 ※厚生労働省算定要件参照

注) 1 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注) 2 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、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、引き続きサービスを受けることができます。

(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。

- 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。)
- 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
- 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- 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)
- その他利用者又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

(2) 提供するサービスの単位、利用者負担額(介護保険が適用する場合) 令和6年6月1日以降

介護区分	1時間以上 2時間未満	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	<u>369単位</u>	402円	803円	1,205円
要介護2	<u>398単位</u>	433円	866円	1,299円
要介護3	<u>429単位</u>	467円	934円	1,401円
要介護4	<u>458単位</u>	499円	997円	1,495円
要介護5	<u>491単位</u>	535円	1,069円	1,603円

介護区分	2時間以上 3時間未満	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	<u>383単位</u>	417円	834円	1,251円
要介護2	<u>439単位</u>	478円	956円	1,433円
要介護3	<u>498単位</u>	542円	1,084円	1,626円
要介護4	<u>555単位</u>	604円	1,208円	1,812円
要介護5	<u>612単位</u>	666円	1,332円	1,998円

介護区分	5時間以上 6時間未満	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	<u>622単位</u>	677円	1,354円	2,031円
要介護2	<u>738単位</u>	803円	1,608円	2,409円
要介護3	<u>852単位</u>	927円	1,854円	2,781円
要介護4	<u>987単位</u>	1,074円	2,148円	3,222円
要介護5	<u>1120単位</u>	1,219円	2,438円	3,656円

介護区分	7時間以上 8時間未満	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	<u>762単位</u>	829円	1,659円	2,488円
要介護2	<u>903単位</u>	983円	1,965円	2,948円
要介護3	<u>1046単位</u>	1,142円	2,276円	3,415円
要介護4	<u>1215単位</u>	1,322円	2,644円	3,966円
要介護5	<u>1379単位</u>	1,501円	3,010円	4,501円

(3) 体制加算

項目	単位	1割負担	2割負担	3割負担	算定要件
理学療法士等体制強化加算	30 単位/日	33 円	66 円	98 円	1-2 時間提供にて理学療法士等が専従にて 2 名以上いる場合
リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	①560 単位/月 (同意日の属する月から 6 か月内) ②240 単位/月 (同意日の属する月から 6 か月超)	①610 円 ②262 円	①1,219 円 ②523 円	①1,828 円 ②784 円	事業所の医師の指示に基づき、リハビリ計画を立案、実施、見直しを行い、他職種との連携を行っている場合。また 3 ヶ月に 1 回以上、リハビリテーション会議を開催し、状態の変化に応じ計画を見直すこと。
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	①593 単位/月 (同意日の属する月から 6 か月内) ②273 単位/月 (同意日の属する月から 6 か月超)	①646 円 ②297 円	①1,291 円 ②594 円	①1,936 円 ②891 円	上記内容に加え厚労省に「LIFE」を用いてデータで報告し、現場にフィードバックする事。
通所リハマネジメント加算 4 (6 ヶ月)	1 月につき +270 単位	294 円	588 円	882 円	リハビリテーションマネジメント加算 A (イ) の要件に加え、医師が利用者又はその家族に対して説明し同意を得た場合。
退院時共同指導加算	600 単位/回 (退院につき 1 回まで)	653 円	1,306 円	1,959 円	理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共. 同指導を行った場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位/日	120 円	240 円	359 円	退院日又は認定日から起算して 3 ヶ月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行なった場合
中重度者ケア体制加算	20 単位/日	22 円	44 円	66 円	職員を基準より多く配置し、要介護 3 以上の占める割合が全体の 30%を超えている場合
リハビリテーション提供体制加算	5 時間以上 6 時間未満の場合 +20 単位 7 時間以上の場合 +28 単位	22 円 31 円	44 円 61 円	66 円 92 円	リハビリテーションマネジメント加算を算定し、常時当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。
入浴介助加算 (Ⅱ)	60 単位/回	66 円	131 円	196 円	理学療法士等が自宅を訪問し、入浴状況の把握をし個別の入浴計画に基づき、入浴サービスを実施した場合

入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/回	44 円	87 円	131 円	入浴計画等がなく、入浴介助を行った場合
重度療養管理加算	100 単位	109 円	218 円	327 円	要介護3、4、5に該当する者で、厚生労働大臣の定める状態であり、計画的な医学的管理を継続的に行い、通所リハビリテーションを行った場合
延長加算	8 時間以上 9 時間未満の場合 50 単位 9 時間以上 10 時間未満の場合 100 単位	8～9 時間 55 円 9～10 時間 109 円	8～9 時間 109 円 9～10 時間 218 円	8～9 時間 164 円 9～10 時間 327 円	所定時間を延長して利用した場合
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位	20 円	39 円	59 円	介護職員のうち、介護福祉士の者が占める割合が 50%以上
送迎減算	片道-47 単位	-52 円	-103 円	-357 円	送迎サービスを実施しなかった場合
利用定員が一定以上減少した場合	+3/100				感染症又は災害の発生を理由で一定以上の利用者減となった場合
送迎時に居宅内で着替え等の介助を実施	実施時間に応じて				送迎時にデイケア職員にて更衣、排泄等の介助を実施した場合、30 分以内で算定。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	利用月の単位数合計×111/1,000	X×10,88×0.1 (小数点切り上げ) ※総単位数を X とする	X×10,88×0.2 (小数点切り上げ) ※総単位数を X とする	X×10,88×0.3 (小数点切り上げ) ※総単位数を X とする	厚生労働省が定める基準に適合している介護職員等の賃金改善を図るものとして、保険者に届け出を行っている ※厚生労働省算定要件参照
地域加算(大阪市)	2 級地	1 点当たり 10.88 円	1 点当たり 10.88 円	1 点当たり 10.88 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す。

※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとなります。

※ 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の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。

※（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4 その他の費用について

①送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。				
②キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。				
	前日キャンセル	キャンセル料は不要です			
	当日キャンセル	食事代の負担分を徴収させていただきます			
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。					
③食事の提供に要する費用	食事代	560円	合計 620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		
	おやつ代	60円			
④日常生活費	180円 ※ただし1-2時間提供時間については50円とする				
⑤おむつ代	種類		金額（1枚）		
	紙おむつM		160円		
	紙おむつL		180円		
	リハビリパンツM		130円		
	リハビリパンツL		150円		
	尿取りパット		40円		
	フラットタイプ		50円		
⑥自費にて通所リハビリテーションを利用する場合 (要介護1,2)	提供時間	基本料金（1回）	入浴費（1回）	リハビリ費（1回）	送迎（片道）
	1~2時間	2,500円	対応不可	1,000円	500円
	5~6時間	4,000円	1,000円	1,000円	500円
	6~7時間	5,500円	1,000円	1,000円	500円
	7~8時間	7,000円	1,000円	1,000円	500円
自費にて通所リハビリテーションを利用する場合 (要介護3,4,5)	提供時間	基本料金（1回）	入浴費（1回）	リハビリ費（1回）	送迎（片道）
	1~2時間	3,500円	対応不可	1,000円	500円

	5～6 時間	7,500 円	1,000 円	1,000 円	500 円
	6～7 時間	9,000 円	1,000 円	1,000 円	500 円
	7～8 時間	10,000 円	1,000 円	1,000 円	500 円

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、その他の費用の請求方法等	<ul style="list-style-type: none"> 利用料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。 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日以降に利用者にお渡しします。
② 利用料、その他の費用の支払い方法等	郵便自動払込または銀行振替でのお支払いの場合
	<ul style="list-style-type: none"> サービス翌月 10 日以降に請求書を発行します サービス翌月 20 日（ゆうちょ銀行）28 日（その他の銀行）が払込日になります 払込の確認後、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となる場合があります） 払込が確認できない場合は、翌月の料金と合算させて、翌々月に引落を致します。
	職員集金の場合
	<ul style="list-style-type: none"> サービス翌月の 10 日以降に請求書を発行します 請求書とサービス利用票の利用者控えとの内容を照合の上、請求月の末日までにお支払い下さい お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします（医療費控除の還付請求の際に必要となる場合があります） <p>※専門職員が集金となりますと、本来の業務に支障があることも予想されます。できる限り、郵便自動払込にご協力ください。</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 ヶ月以上遅延し、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

- 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。
- 利用者が要介護等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あって、必要と認められるときは、要介護等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等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、「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。
- (4) 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。
- (5) 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	坂元 容子
-------------	-------

- (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) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

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、理由及び態様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します。
- (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します。
- (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	<ul style="list-style-type: none">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、その秘密を保持するべき旨を、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	<ul style="list-style-type: none">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。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。

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者には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。

11 事故発生時の対応方法について

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、市町村、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す。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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	： 株式会社 損害保険ジャパン （代理店：大阪府医師会）
保険名	： ウォームハート
保障の概要	： 1、居宅介護支援 2、居宅サービス

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、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- ②
- ③ 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を請求することができます提供した指定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。

15 業務継続計画の策定等

- ① 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- ② 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- ③ 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

16 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。
災害対策に関する担当者（防火管理者）総務課・氏名：（ 宮井 仁 ）
- 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。
避難訓練実施時期：（毎年1回 9 月）

17 衛生管理等

- ① 指定通所リハビリテーション用に供する施設、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。

18 指定通所リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の指定訪問介護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	提供時間帯	サービス内容							介護保険適用の有無	介護保険負担額のみ1日当り	介護保険負担額と食事代込1日当り	
		送迎	中重度ケア体制加算	重度療養管理加算	食事費用 日常生活費	入浴	サービス体制強化加算Ⅰ	サービス体制強化加算Ⅱ				サービス体制強化加算Ⅲ
	～				800円 保険適用外		-		-		円	円
		リハビリテーションマネジメント加算（ ）									円	
		短期集中個別リハビリテーション実施加算									円	
		理学療法士体制強化加算									円	
		リハビリテーション体制強化加算									円	
		1ヶ月当たりの利用料 見積もり合計額									円	
		介護職員等処遇改善加算Ⅰ									介護保険1割又は2割の合計×86/1000÷10	

(2) その他の費用

送迎の有無	重要事項説明書4-①記載のとおりです。
キャンセル料	重要事項説明書4-②記載のとおりです。
食事の提供に要する費用	重要事項説明書4-③記載のとおりです。
日常生活費	重要事項説明書4-④記載のとおりです。
おむつ代	重要事項説明書4-⑤記載のとおりです。

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

19 本田病院、通所リハビリテーション持ち込み禁止事項

- (1) たばこ 本田病院（通所リハビリテーション含む）は全面禁煙となっております。
- (2) 金品 当事業所では、お支払以外の紛失等の責任はおいかねます。
- (3) 飲食物 食中毒、感染症等の衛生管理と窒息等の事故防止のために、飲食物の持ち込みは禁止させて頂いております。
- (4) 携帯電話 ご利用者様の中には心臓ペースメーカーをご使用している方がおられ、最悪の場合は命に係わる事故となります。携帯電話のお持ち込みはご遠慮下さい
緊急連絡は当事業所の電話を利用して頂いても結構です。都合上で、携帯電話を持ち込みする場合は、職員にお伝えの上、原則として電源を切って頂くようお願いいたします。

20 ハラスメント対策

職場において利用者や従業者から行われる言動または優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者の環境が害される事を防止するための方針の明確化等の措置を講じます。

21 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

- ア 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)
- イ 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。
- 1 指定通所リハビリテーションの提供に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講ずるものとする。
- 2 本事業所は、提供した指定通所リハビリテーションの提供に関し、法第 23 条の規定により市町村が行う質問もしくは照会に応じ、および市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導または助言を受けた場合は、当該指導または助言に従って必要な改善を行うものとする。
- 3 本事業所は、提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会の指導または助言を受けた場合は、当該指導または助言に従って必要な改善を行うものとする。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	社会医療法人盛和会本田病院在宅介護支援事業部 ・担当者 主任 ・所在地 大阪市鶴見区鶴見 4 丁目 1 - 3 0 ・電話番号 06-6939-6252 ・受付時間 9 時～17 時
【市町村（保険者）の窓口】 (利用者の居宅がある市町村（広域連合）の介護保険担当部署の名称)	大阪市鶴見区役所 介護保険担当 ・所在地 大阪市鶴見区横堤 5 丁目 4 - 1 9 ・電話番号 06-6915-9859 ・受付時間 9 時～17 時
【市町村（保険者）の窓口】 (利用者の居宅がある市町村（広域連合）の介護保険担当部署の名称)	大阪市城東区役所 介護保険担当 ・所在地 大阪市城東区中央 3 丁目 4 - 2 9 ・電話番号 06-6930-9859 ・受付時間 9 時～17 時
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	大阪府国民健康保険団体連合会 ・所在地 大阪市中央区常磐町 1 丁目 3 - 8 ・電話番号 06-6949-5418 ・受付時間 9 時～17 時

ご利用に際して同意頂きたいこと

本田病院在宅介護支援事業部ではご利用者の皆様が快適で安心ができて安全にサービスをご利用頂けますような環境作りに努めております。

しかし、ご利用者の身体状況や疾病に伴う様々な症状が原因となりサービス利用中においても下記のような危険性があることを十分にご理解頂いた上で、サービスのご利用をお願い申し上げます。

記

- 常時おひとりの方を介護している訳ではありません、歩行時の転倒やベッド・車いすからの転落による外傷（骨折・脱臼・捻挫・打撲・挫傷・脳内・外出血等）により重篤な状態へと至る事がございます
- サービス利用に際して身体拘束は原則行いません。それに伴い移動時の転倒転落の可能性がります
- ご高齢の方の骨はもろく、わずかな外力や動作時、くしゃみ等でも骨折する事がございます
- ご高齢者の皮膚は薄く、わずかな摩擦で剥離する事がございます
- ご高齢者は食べ物や水分を飲み込む力が弱くなっており、誤嚥・誤飲・窒息に至る事がございます
- ご高齢者は症状の急変や前触れもなく急死する事がございます
- 危険性が認められる方につきましては可能な限り同行介助を努めさせて頂きます、しかし同行を拒否される方（排泄時等）につきましては自尊心を尊重し一時的に見守りが行き届かない事がございます
- 症状が急変した場合、救急搬送を行う事がございます、その際はご家族の付添が必要となります。可能な限り利用中は連絡が行える様に、また付添のご協力をお願い致します

22 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「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（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府大阪市鶴見区鶴見四丁目 1 番 3 0 号
	法人名	社会医療法人 盛和会
	代表者名	理事長 本田 学 印
	事業所名	社会医療法人 盛和会 本田病院
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
代理人 (家族代表)	住所	
	氏名	印