

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

利用者： _____ 様

事業者： 社会医療法人盛和会 本田病院

(2026. 4. 1)

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、「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効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）」第8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提供の契約締結に際して、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 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 相談担当者名	電話 06-6939-6605・ファックス番号 06-6939-8111 通所リハビリテーション：相談員
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介護予防通所リハビリテーション事業所(以下「事業所」という)において実施する介護予防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「介護予防通所リハビリテーション従事者」という)が、要支援状態の利用者に対し、適切な指定介護予防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、利用者が要支援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。 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。 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。 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。
--	-----

(2) 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

(3) 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 2単位目 10：20～15：30 3単位目 9：20～10：30 4単位目 15：20～16：30 5単位目 9：20～11：30 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、介護予防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 指定介護予防通所リハビリテーションの実施状況の把握及び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 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
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。
	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。
	排せつ介助	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	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。
	栄養改善注) 2	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、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員等が共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切な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か月以内まで）
	口腔機能向上注) 3	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、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士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か月以内まで）
	サービス提供体制加算Ⅱ	介護福祉士の資格を有する、職員を基準以上配置している。
	介護職員等処遇改善加算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 実施期間終了後に、介護予防支援事業者によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、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、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) 3 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) 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り、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（介護保険を適用する場合）について

介護区分	介護予防通所リハビリテーション費	1割負担	2割負担	3割負担	介護区分	日割り計算の場合	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2268単位	2,467	4,468	6,701	要支援1	68単位	74	148	222
要支援2	4228単位	4,600	8,702	13,053	要支援2	132単位	144	288	431

(4) 体制加算

項目	単位/月	1割負担	2割負担	3割負担	算定要件
サービス体制強化加算(Ⅱ)(要支援1)	72単位	79円	490円	735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
サービス体制強化加算(Ⅱ)(要支援2)	144単位	157円	314円	470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
利用開始から12ヶ月が経過(支援1)	-120単位	-131円	-262円	-392円	
利用開始から12ヶ月が経過(支援2)	-240単位	-262円	-523円	-784円	

介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	利用月の 単位数合 計× 111/1000	$X \times 10.88 \times 0.1$ (小 数点切 り上げ) ※単位 数をX とする	$X \times 10.88 \times 0.2$ (小 数点切 り上げ) ※単位 数をX とする	$X \times 10.88 \times 0.3$ (小 数点切 り上げ) ※単位 数をX とする	
地域加算 (大阪 市)	2 級地	1 点当 たり 10.88	1 点当 たり 10.88	1 点当 たり 10.88	

※ その他行事ごとに必要な場合は、材料費等を徴収させていただきます

※ 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介護予防サービス費の支給 (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 時間提供時間枠については 50 円とする		
⑤ おむつ代 (1 枚)	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	

	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）
⑥その他自費にて予防通所リハビリテーションを利用する場合（基本料金に送迎代含む）	1～2時間	1,000円	対応不可	1,000円	500円
	5～6時間	3,000円	1,000円	1,000円	500円
	6～7時間	4,000円	1,000円	1,000円	500円
	7～8時間	5,000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なことがあります） ・ 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 ・ お支払いの確認をされましたら、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なことがあります） <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) 利用者が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あって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている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
- (4) 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
- (5) 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	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	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
--------------------	--

保持について	<p>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>
② 個人情報の保護について	<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>

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。

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、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- 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を請求することができます。
- ③ 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 指定通所介護の用に供する施設、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 指定通所介護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 指定介護予防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、あなたの介護予防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	利用者負担額（月額）
		介護保険（1ヶ月）	食事費用	日常生活費	入浴加算	サービス体制強化加算（Ⅱ）	サービス体制強化加算（Ⅱ）		
	～				—	要支援1 79円	要支援2 157円		円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ									介護保険1割、2割、3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。

1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ 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ください。
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為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。

(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1-30 ・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4-19 ・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4-29 ・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。

- 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、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

20 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。

利用者様	住所	
	氏名	印
代理人 (家族代表)	住所	
	氏名	印