

指定介護予防通所リハビリテーションたちはな重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）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。

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 | 医療法人 橘会 |
| 代表者氏名 | 理事長 森本 義彦 |
| 法人所在地 (連絡先) | 大阪市東住吉区鷹合3丁目2番66号 TEL 06-6606-0010 FAX 06-6606-0055 |

2 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 | 介護老人保健施設たちはな 指定介護予防通所リハビリテーションたちはな |
| 介護保険指定 事業者番号 | 大阪市指定 2750880011 |
| 事業所所在地 | 大阪市東住吉区住道矢田9丁目11番11号 |
| 連絡先 | TEL 06-6769-0600 FAX 06-6769-0610 |
| 管理者名 | 施設長 谷口 和久 |
| 事業所の通常の 事業実施地域 | 大阪市東住吉区全域 〃 平野区の一部 |

(2) 事業の目的および運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 当事業所の実施する介護予防通所リハビリテーションは、利用者が要介護認定で要支援状態等になった場合において、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出来るよう、理学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、利用者の心身の機能の維持回復をはかります。 |
| 運営方針 | 当事業所の実施する介護予防通所リハビリテーションは、利用者が申請した包括支援センターと居宅介護支援事業所で、ケアマネジャーにより作成された介護計画書（ケアプラン）に基づいて実施します。 事業を提供するにあたっては、利用者の市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 また、「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）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。 |

(3) 事業所の営業日及び営業時間

| | |
|------|------------------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| 営業時間 | 午前9時30分～午後4時 (6時間以上8時間未満) |

*年未年始（12月30日～1月3日）は休業

(4) 事業所の利用定員

| | |
|------|--|
| 利用定員 | 50名 |
| | 当該事業と一体的に実施する指定通所リハビリテーションの両事業の利用者数の合計が、当該定員を超えない範囲で実施することとする。ただし、災害その他やむを得ない事情がある場合はこの限りではない。 |

(5) 事業所の職員体制

| 職 種 | 職 務 内 容 | 人員数 | |
|---------------------|--|------|-----|
| | | 基準 | 実配置 |
| 医 師 | 利用者の健康管理及び必要時の医療の適切な処置対応 | 1名 | 1名 |
| 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士 | 利用者に対して機能回復訓練や日常動作訓練を、個別あるいはグループに対し実施する | 1名 | 3名 |
| 看護職員 | 医師の指示のもと、利用者の健康を管理する | 1.2名 | 2名 |
| 介護職員 | サービス提供の全般における介護的援助を行う | 5名 | 10名 |
| 支援相談員 | 利用希望者の面接と相談を行うとともに、随時利用者の相談に応じ、利用のための便宜を計らう。 | 1名 | 1名 |

3 指定通所リハビリテーションの内容について

| 内 容 | 提 供 方 法 |
|--------------|---|
| ①実施時間 | 原則として6時間以上7時間未満で実施 |
| ②送 迎 | 原則として送迎車により送迎を実施します |
| ③入 浴 | 原則として入浴を実施します |
| ④食 事 | 原則として昼食を提供します |
| ⑤介護サービス計画 | 居宅支援事業者の作成する介護サービス計画に基づき、介護予防通所リハビリテーションにおける介護サービス計画を作成し、利用者及び家族の同意を得て実施します |
| ⑥リハビリテーション | リハビリ実施計画書を作成し、利用者及び家族の同意を得て、理学療法士が機能訓練を実施します また、実施後の評価も行い見直しもします |
| ⑦提供するサービスの評価 | 介護予防通所リハビリテーションサービスの利用状況及びその他の利用サービス状況を総合的評価するため、居宅支援事業者が開催するサービス担当者会議に参加し、情報の提供を行います |

4 利用料について

原則として基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合（1割から3割）に応じた額が利用者の負担額になります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。

※要介護認定を受けた方が予防通所リハビリサービスを利用する場合は原則、消費税非課税となります。

また、予防通所リハビリサービス対象外のものは消費税課税取引となります。

ア 基本利用料 1日あたり (円) 1単位は10,88円で計算しています

| 介護度 | 介護保険負担割合 | | | 食費 | 日常生活費 | 教養 娯楽費 |
|------|----------|--------|--------|-----|-------|-----------|
| | 1割 | 2割 | 3割 | | | |
| 要支援1 | 2,468 | 5,369 | 8,054 | 600 | 100 | 150 |
| 要支援2 | 4,600 | 10,100 | 15,015 | | | |

*日常生活費…リンスインシャンプー、ボディシャンプー、保湿用スキンケア

*教養娯楽費…新聞、雑誌、レクリエーション材料

イ 加算 要件を満たす場合に基本利用料に以下の料金が加算されます (円)

| 加算の種類 | 要件 | 1割 | 2割 | 3割 |
|-------------------------------|---|------|------|------|
| 生活行為向上リハビリ テーション実施加算 ／月 | 利用開始月より6月以内、生活 行為の充実を図るためリハビリ 目標を立て計画的に提供 | 611 | 1223 | 1834 |
| 退院時共同指導加算 ／回 | 病院退院にあたり事業所の医 師、療法士等が退院前カンファ レンスに参加し、退院時共同指 導を行った後に通所リハビリを 実施した場合 | 653 | 1306 | 1958 |
| 口腔機能向上加算 ／回 | 専門職が共同して利用者ごと の口腔機能改善管理指導計画 を作成し、口腔機能向上サー ビスを行う | 174 | 348 | 522 |
| 一体的サービス提供加 算 ／月 | 栄養改善サービスおよび口腔 機能向上サービスを月2回以 上実施している | 522 | 1044 | 1567 |
| 科学的介護推進体制加 算 ／月 | 利用者ごとの基本的な情報を 厚生労働省に提出している | 44 | 87 | 131 |
| 長期間利用の減算 要支援1 ／月 | 利用開始日の属する月から1 2ヶ月を超える場合で、3月 に1回以上リハビリ会議の開 催をしていない場合 | -131 | -261 | -392 |
| 長期間利用の減算 要支援2 ／月 | | -261 | -522 | -783 |
| サービス提供体制加算 I 要支援1 ／月 | 介護職員のうち介護福祉士の 占める割合が70%以上 | 96 | 191 | 287 |
| サービス提供体制加算 I 要支援2 ／月 | | 191 | 383 | 574 |
| 介護職員等処遇改善加 算 I | 所定単位数に86/1000を乗じる | | | |

【その他費用】

| | 種 類 | 単 価 |
|--|---------|--------|
| おむつ代 (非課税) | 尿パッド | 30円/枚 |
| | リハビリパンツ | 150円/枚 |
| | テープ式 | 130円/枚 |
| おむつ代：利用者に持参してもらう事を原則とし、不足時等に施設で提供した場合に請求させていただきます。 | | |

5 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

| | |
|-------------|--|
| ①利用料の請求 | ア 利用料は、利用のあった月の合計金額により請求いたします。 イ 請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の 翌月5日までに利用者あてお知らせします。 |
| ②利用料の支払い | ア 請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払ください。 (ア) 現金支払い (イ) 事業者指定口座への振り込み ※ご入金を確認でき次第、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。再発行は、致しかねますのでご了承ください。 |
| ③利用料の変更について | 施設は、利用料について経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、利用者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。 |

※利用料の支払いについて、支払い期日から3ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

6 サービス利用に当たっての留意事項

| | |
|----------------|--|
| 利用に当たってのお願い | 利用にあたっては、下記の事項を遵守し、他利用者との共同生活の秩序を守り、相互の親睦を深めていただくことを希望いたします。 |
| 施設サービス計画の尊重と実現 | 介護支援専門員（ケアマネジャー）及び看護・介護職員とともに立てた施設サービス計画（ケアプラン）を尊重して、介護目標の一日も早い実現に向けて努力していただけることを希望いたします。 |
| 利用中の転倒や受傷について | 当事業所は、利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学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、利用者の生活機能を維持・回復を図ることを目的としており、そのためのケアやリハビリテーションに伴って活動性が高まることで転倒リスクを高める可能性もあります。また、環境の変化等の理由により認知症の症状の出現または進行の可能性や徘徊等の行動による転倒、ベッドからの転落、トイレでの移乗時にバランスを崩しての転倒等の事故も予想されます。職員一同、事故防止には日々最善の努力をしておりますが、これらを完全に回避することは困難であることをご理解いただけますようお願いいたします。 |

| | |
|--------|--|
| 禁止行為事項 | <p>①宗教や習慣の相違などで他人を排撃し、または自己の利益のために他人の自由を侵す行為。</p> <p>②喧嘩もしくは口論などで、大きな声を出して故意に静寂を乱し、他の利用者に迷惑を及ぼす行為。</p> <p>③喫煙行為。(敷地内禁煙)</p> <p>④故意に施設もしくは備品を破損したり、施設備品を施設外に持ち出す行為。</p> <p>⑤銭や物品によって賭事をする行為。</p> <p>⑥施設内の秩序や風紀を乱したり、又は安全衛生を害する行為。</p> |
|--------|--|

7 緊急時の対応について

| | |
|--------|--|
| 緊急時の連絡 | 利用者の病変等の緊急時には、契約書にご記入いただいた連絡先・介護支援事業者へ連絡します。 |
| 処置・対応 | 協力医療機関あるいはかかりつけ医との連携を速やかに行うとともに、受診や処置等の適切な措置を講じます。 |
| 事後の対応 | 家族又は身元引受人が付添不可能な場合には、施設職員が対応し、結果を報告連絡いたします。 |

8 身体拘束について

| | |
|-------------------------|--|
| 身体拘束廃止の原則と緊急やむを得ない場合の対処 | <p>原則として、当施設では身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には家族または扶養者及び身元引受人に説明を行い同意を得ることといたします。</p> <p>また、施設管理者がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。</p> |
|-------------------------|--|

9 高齢者虐待防止について

| | |
|-----------|---|
| 高齢者虐待防止措置 | 当施設では高齢者虐待防止法の目的に則り、虐待防止に努めます。もし虐待行為であると判明(疑いを含む)した場合には速やかに「大阪市役所健康福祉局生活福祉部地域福祉課 (TEL 06-6208-6086)」へ通報し、対処します。 |
|-----------|---|

10 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 | <p>事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p> |
| ②個人情報の保護について | <p>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で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>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> |

11 事故発生時の対応

| | |
|-----------------|--|
| 事故発生時の対応と措置について | 当事業所が利用者に対して行う指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村・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、当事業所が利用者に対して行った指定介護予防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には、損害補償会社と協議のうえ損害賠償を行います。 |
| 損害補償会社 | 損害保険ジャパン株式会社 |

12 非常災害時対策

| | |
|--------|--|
| 非常災害対策 | 事業所に災害対策に対する防火管理者を置き、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、定期的に避難、救出訓練を行うとともに職員へ周知します。 |
|--------|--|

13 指定介護予防通所リハビリテーションに関する相談、苦情について

| | |
|--|---|
| 苦情処理の体制及び手順 | 苦情又は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訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。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、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。 (時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。) |
| 【事業者の窓口】 介護老人保健施設たちばな 管理部長 西野 久司 | 大阪市東住吉区住道矢田9丁目1番11号 電話番号 6769-0600 ファックス番号 6769-0610 受付時間 午前9時から午後5時 |
| 【市町村の窓口】 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 | 大阪市中央区船場中央3-1-7-331 電話 06-6241-6310 受付時間 午前9時00分から午後5時30分 |
| 【公的団体の窓口】 大阪府 国民健康保険団体連合会 | 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号 中央大通FNビル内 電話番号 06-6949-5418 受付時間 午前9時00分から午後5時00分 |
| 東住吉区保健福祉センター 保健福祉課 | 大阪市東住吉区田辺1丁目13番4号 電話番号 06-4399-9859 受付時間 午前9時00分から午後5時30分 |
| 平野区保健福祉センター 保健福祉課 | 大阪市平野区背戸口3丁目8番19号 電話番号 06-4302-9859 受付時間 午前9時00分から午後5時30分 |
| | |

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 | 令和 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。

| | | |
|-------|------------|--|
| 事業者名称 | 所在地 | 大阪市東住吉区住道矢田9丁目11番11号 |
| | 法人名 | 医療法人橘会 |
| | 事業所名及び管理者名 | 介護老人保健施設たちばな 指定介護予防通所リハビリテーションたちばな 施設長 谷口 和久 |
| | 説明者氏名 | |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

また、運動機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算についても同意いたします。

| | | |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | |

| | | |
|------------|----|--|
| 扶養者又は身元引受人 | 住所 | |
| | 氏名 | |