

2024 年 4 月 1 日改訂

介護老人保健施設「きんもくせい」
通所リハビリテーション重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(豊中市指定 第2754080048号)

社会福祉法人 愛 和 会

総合福祉施設 ローズコミュニティ・緑地

介護老人保健施設「きんもくせい」通所リハビリテーション重要事項説明書

利用者(または利用者の家族)が利用しようとしている介護老人保健施設について契約を締結される前に、当施設の概要と提供いたしますサービス内容をご説明いたします。ご不明なこと、お解りにくいことについては、ご遠慮なくご質問ください。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|---------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 愛和会 |
| (2) 法人所在地 | 豊中市寺内1丁目1番10号 |
| (3) 電話番号 | 06-6866-2941 |
| (4) FAX番号 | 06-6866-2950 |
| (5) 代表者氏名 | 理事長 高岡 秀幸 |
| (6) 設立年月日 | 2002年1月29日 |

2. ご利用施設概要

- | | |
|-------------|--|
| (1) 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 地上5階 |
| (2) 建物延べ床面積 | 16,136.50㎡ |
| (3) 施設の周辺環境 | 京阪神から交通至便で、かつ府立公園として最も大きな服部緑地公園の緑と水に恵まれた豊かな自然環境は、ご利用される方やそのご家族の方にも、きっとご満足いただけます。 |

3. 愛和会の理念

- (1) 広く社会のためにより良い保健福祉サービスを提供し、生きがいのある社会生活の増進に貢献する。
- (2) 人間の尊厳と人権を尊重し、公正で平等な法人活動に努める。
- (3) 地域社会との協調を深め、創意工夫をこらして利用者の保健福祉の向上と法人の健全な発展を図る。
- (4) 保健福祉に携わる者としての使命を自覚し、学識、技術の研鑽と人間性の向上に努める。
- (5) 自主性と和の精神を重んじ、利用者と共に法人に働く誇りと喜びを共にする。

モットー

貢献 創意 協調

4. ご利用の施設名称等

- | | |
|-------------|---|
| (1) 施設名 | 介護老人保健施設 きんもくせい |
| (2) 施設の種類 | 指定介護老人保健施設 第2754080048号 |
| (3) 開設年月日 | 2003年4月1日 |
| (4) 所在地 | 豊中市寺内1丁目1番10号
地下鉄御堂筋線(北大阪急行電鉄)「緑地公園」駅下車
西へ400m、徒歩5分 |
| (5) 電話番号 | 06-6866-2941 |
| (6) FAX番号 | 06-6866-2950 |
| (7) 施設長名 | 施設長 木南 佐織 |
| (8) 事業の実施地域 | 豊中市・吹田市 |
| (9) 通所定員 | 50名 |

5. 施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話、自立支援などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるように利用者の自立の可能性を最大限引き出すよう支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいたうえでご利用ください。

6. 運営の方針

- (1) 利用者個々の特性に応じた生活を計画し、リハビリテーション、レクリエーション生活訓練を積極的に行う。
- (2) 利用者が笑顔と生活の張り合いを取り戻せる、家庭的雰囲気作り、きめ細やかなサービスの提供に努める。
- (3) 家庭や地域との連携を大切にし、介護に対する啓蒙、指導に努める。また、福祉の機能を活用し、在宅介護支援を行い地域の要請に応えられるよう努める。
- (4) 職員は施設の方針を理解し、その専門性を発揮するとともに、お互いに協力、連携をとりながらその目的達成に努める。

7. サービス提供時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前9時00分～午後15時30分

ただし、12月31日～1月3日までは休業とする。

8. 事業所窓口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8時30分～午後5時00分

9. 施設の職員体制

職種	基準定員	実配置人員 (常勤換算)
医師 (管理者兼務) (老健入所兼務)	1.0 (老健兼務)	1.0 (老健兼務)
看護職員 介護職員 理学療法士(PT) 作業療法士(OT)	5.0	13.7
事務職員	必要数	1.0 (老健兼務)

10. 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制	
医師 (管理者兼務)	月曜日～金曜日	8:30～17:00
看護職員	月曜日～土曜日	8:30～17:00
介護職員	月曜日～土曜日	8:30～17:00
理学療法士	月曜日～土曜日	8:30～17:00
作業療法士	月曜日～土曜日	8:30～17:00
事務員	月曜日～土曜日	8:30～17:00

11. 主な職種の業務内容

職種	職務内容
医師 (管理者兼務) (老健入所兼務)	利用者の疾病管理、適切な診断、治療を行ない、施設療養全体の責任管理を行なう。
看護職員	利用者の状態を観察し、健康管理、評価診断を行ない、他スタッフへの指導を行なう。
介護職員	日常生活におけるケア、訓練、レクリエーションの指導、家族への介護指導等を行なう。
理学療法士(PT) 作業療法士(OT)	ADL等の評価、リハビリテーションの計画立案を行ない訓練の実施、スタッフへの指導を行なう。
事務職員	施設管理全般を行なう。

12. 施設が提供するサービスの内容と利用料金

施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 利用料金が介護保険から給付される場合 2 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合 |
|--|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

サービスの区分と種類	サービスの内容
通所リハビリテーション計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> 1 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、援助の目的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。 2 通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得、通所リハビリテーション計画書を利用者に交付します。 3 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 4 上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画書の変更を行います。

利用者居宅への送迎		事業者が保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、車いすまた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。
	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、排せつの介助、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、作業療法士等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) 介護保険給付の支給限度額を超えてのサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額(利用者負担額ではありません)が必要となります。

13. 利用料金

別紙料金表をご参照ください。

キャンセル料

基本的に利用予定日の前日午後5時までに申し出がなく、前日午後5時以降もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として食費をお支払いいただくことがあります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

14. 支払い方法

毎月15日前後に前月分の請求書を発行いたします。その月の指定日(毎月27日※土日祝日の場合は翌平日)までに貴指定の引き落とし口座にご準備ください。

15. 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。
- ② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、施設の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を利用者に提示して協議します。

16. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関にご協力いただいています。

医療機関の名称	所在地	電話
井上病院	吹田市江の木町16-17	06-6385-8651
上田病院	豊中市稲津町1-7-1	06-6151-3650
千船病院	大阪市西淀川区福町3-2-39	06-6471-9541
ササモト歯科医院	豊中市庄内西町4-3-5	06-6332-4331

17. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約期間は特に定めていません。以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。仮にこのような事由に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了します。

- ① 利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定により利用者の心身の状況が自立と判断された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合

- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ 利用者から解約の申し出があった場合
(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦ 施設から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1) 利用者からの解約の申し出

利用者から利用契約の解約をすることができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。但し、以下の場合には、即時に解約することができます。

- ① サービスの利用料金の変更に同意ができない場合
- ② 施設の運営規定の変更に同意ができない場合
- ③ 利用者が入院された場合(一部解約はできません)
- ④ 利用者の「居宅サービス計画」が変更された場合(一部解約はできません)
- ⑤ 施設もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑥ 施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦ 施設もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財産信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情がみとめられる場合
- ⑧ 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、施設が適切な対応をとらない場合

(2) 施設からの解約の申し出

以下の事項に該当する場合には、解約をさせていただくことがあります。

- ① 利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ② 利用者による、サービス料金の支払いが3ヵ月以上延滞し、催告にもかかわらず、2週間以上これが支払われない場合。
- ③ 利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用サービス等、財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことによって、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

④ 利用者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがある場合、あるいは、利用者が重大な自傷行為（自殺にいたる恐れがあるような場合）を繰り返すなど、契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。

(3) 解約した場合

解約された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 解約に伴う援助

解約の場合には、施設は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うように努めます。

18. 苦情の受付について

(1) 施設における苦情や相談は以下の窓口で受け付けます。

① 当施設の苦情受付窓口

責任者	施設長 木南 佐織
担当者	支援相談員 岩田 純子
受付時間	月曜日～土曜日 8:30～17:00
電話番号	06-6866-2941
FAX番号	06-6866-2950

② 第三者委員に次の方をお願い致しております。

泉谷 洋三(いずたに ようぞう)氏	連絡先	06-6863-0646
迎 和明(むかい かずあき)氏	連絡先	090-5159-6428

「第三者委員とは、利用者またその家族の方々と施設の間に入って、問題を公平・中立な立場で解決の調整・助言を下さる方です。希望される場合は、第三者委員も交えてお話しもできます。」

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【豊中市の窓口】	【豊中市健康福祉部長寿政策課】 所在地：豊中市中桜塚3-1-1 電話番号：06-6858-2837 F A X：06-6858-3146 受付時間：8:45～17:15（月曜日～金曜日）祝日を除く
	【『話して安心、困りごと相談』】 所在地：豊中市中桜塚3-1-1 電話番号：06-6858-2815 F A X：06-6854-4344 受付時間：9:00～17:15（月曜日～金曜日）祝日を除く
【吹田市の窓口】	【吹田市介護保険課】 所在地：吹田市泉町1-3-40 電話番号：06-6384-1231(代表) F A X：06-6949-5417 受付時間：9:00～17:15（月曜日～金曜日）祝日を除く
【公的団体の窓口】	【大阪府国民健康保険団体連合会】 所在地：大阪府中央区常盤町1-3-8 電話番号：06-6949-5418 F A X：06-6368-7348 受付時間：9:00～17:00（月曜日～金曜日）祝日を除く

19. サービス提供における事業者の義務

(1) 居宅介護支援事業者

- ① 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険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。

(2) 施設は、利用者に対してサービスを提供する上で、次のことを守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② 利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、利用者から聴取、確認します。

- ③ 利用者へのサービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ④ 施設及び職員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者または、ご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません(守秘義務)。また、業務上、個人情報を使用する際には、事前に利用者・ご家族に対し、文書にて同意を得ます。
- ⑤ 利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。
- ⑥ 利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、利用者の同意を得ます。

(3) 高齢者虐待防止について

施設は、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。

- ・ 施設内外の研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。
- ・ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ・ 従業者が支援に当たっての問題を相談できる体制を整え、従業者が利用者等の権利擁護や成年後見人制度に取り組める環境を整備します。

虐待防止に関する責任者 木南 佐織

(4) 身体拘束について

当施設は、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、理由及び様態等についての記録を行います。

また、施設として、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。

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。

(5) 非常災害対策について

- 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) 中川 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。

避難訓練実施回数： 年2回

(6) 衛生管理について

- ① 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 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。

20. サービスの利用に関する留意事項

- (1) 悪天候などの際は、利用者の安全面を考慮した上で、サービスを提供することが困難であると判断した場合、サービスを休止することがあります。

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ・ 共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・ 故意に、又は僅かな注意を払うことにより避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担にて相当の代価を支払っていただくことがあります。
- ・ 施設職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動勧誘等を行うことはできません。
- ・ ペットの持ち込みはできません。

(3) 喫煙

施設内及び敷地内での喫煙はできません。(ご利用中の喫煙はできません)

21. 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 施設は、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・介護関係施設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。</p> <p>② 施設及び施設の使用する者(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 施設は、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>
<p>個人情報の保護について</p>	<p>① 施設は、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 施設は、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>

22. サービス提供の記録

- (1) 指定通所介護の実施ごとに、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年間保存します。
- (2) 利用者は、事業所に対して保存されているサービス提供記録の回覧及び複写物の交付を請求することができます。

23. 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連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者から予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	医療機関名			
	医師名			
	住所			
	電話番号			
家族等連絡先	名前		続柄	
	住所			
	電話番号			

24. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、市町村(保険者)、利用者やその家族に速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

25. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合には、施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

保険契約者	社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会
幹事代理人	島本保険事務所
非幹事代理店	大阪府社会福祉協議会保健事業グループ
引受保険会社	三井住友海上火災保険株式会社

26. 心身の状況の把握

通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業所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。

年 月 日

指定介護老人保健施設での通所リハビリテーションの提供に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設きんもくせい 説明者 職名
通所リハビリテーション 氏名

私達は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名

私は、利用者が施設からの重要事項の説明を受けたことを確認しましたので、私が利用者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名

(利用者との関係)

立会人

住所

氏名

(利用者との関係)

【請求書・明細書及び領収書の送付先】

住所

氏名

(続柄)

交付日 年 月 日