

(介護予防) 通所リハビリテーション 重要事項説明書

様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（指定介護予防通所リハビリテーション）について、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を、御説明いたします。御不明な点があれば、遠慮なく御問い合わせ下さい。

この『重要事項説明書』は、『大阪市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等を定める条例（平成25年大阪市条例第26号）』『大阪市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25年大阪市条例第31号）』の規定に基づき、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）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（指定介護予防通所リハビリテーション）を提供する事業所について

| | |
|--------------|--|
| 事業所名称 | 医療法人 義方会 大津病院 |
| 代表者氏名 | 理事長 大津 聖子 |
| 法人所在地 | 大阪市此花区西島2丁目1番15号 |
| 介護保険指定事業所番号 | 大阪府指定 第2712801816号 |
| 連絡先 相談担当者 | 大阪市此花区西島2丁目1番15号 電話 06-6463-5151 FAX 06-6463-2015 担当者 新福 寛規 |
| 事業所の通常事業実施地域 | 此花区、西淀川区・福島区の一部 |

2 事業の目的及び運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要介護状態又は要支援状態となった利用者が可能な限り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、言語聴覚療法等必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り生活機能の維持又は向上を図ることを目的にします。 |
| 運営の方針 | 事業所が実施する事業は、利用者が要介護又は要支援者状態になった場合に心身の状況、病歴を踏まえて、利用者が可能な限りその有する能力に応じ、居宅において自立した日常生活を営むことができるよう必要なりハビリテーションを行い、心身の機能の維持回復を図るものであり、また利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者に適したサービスの提供に務めます。 事業に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業所、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する機関との連携に務めます。 |

3 サービス提供可能な日と時間帯及び利用定員

| | |
|----------|----------------------------------|
| 営業日 | 月曜日～金曜日 但し、土・日・祝日、12月30日～1月3日を除く |
| 営業時間 | 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 |
| サービス提供時間 | 月曜日～金曜日 午前9時00分～午後16時05分 |
| 利用定員 | 1日 22名 |

4 事業所の職員体制

| | |
|-----|-------|
| 管理者 | 濱田 真一 |
|-----|-------|

| | | |
|--|--|------------------|
| 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「看護職員等」という)若しくは介護職員 | 1. 医師及び理学療法士等その他の従業者は、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(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(介護予防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(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、通所リハビリテーション(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診療記録に記載します。また必要に応じて通所リハビリテーション(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 3名 非常勤 3名 |
| 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 非常勤 名 |
| 歯科衛生士等 | 1. 口腔機能向上サービスの提供を行います。 | 常 勤 名 非常勤 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 名 非常勤 名 |

5 提供するサービスの内容と料金及び利用料について

(1) 提供するサービスの内容

| 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(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(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。 |
| | 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（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師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) 通所リハビリテーション（介護予防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（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。

- ・ 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料金とその利用料について

介護報酬の告示上の金額（大阪市域適用額）を目安と致します。

通所リハビリテーション費

1時間以上2時間未満

| 要介護度 | 単位数 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------|-------|------|--------|--------|
| 要介護1 | 369単位 | 402円 | 803円 | 1,205円 |
| 要介護2 | 398単位 | 433円 | 866円 | 1,299円 |
| 要介護3 | 429単位 | 467円 | 934円 | 1,401円 |
| 要介護4 | 458単位 | 499円 | 997円 | 1,495円 |
| 要介護5 | 491単位 | 535円 | 1,069円 | 1,603円 |

2時間以上3時間未満

| 要介護度 | 単位数 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------|-------|------|--------|--------|
| 要介護1 | 383単位 | 417円 | 834円 | 1,251円 |
| 要介護2 | 439単位 | 478円 | 956円 | 1,433円 |
| 要介護3 | 498単位 | 542円 | 1,084円 | 1,626円 |
| 要介護4 | 555単位 | 604円 | 1,208円 | 1,812円 |
| 要介護5 | 612単位 | 666円 | 1,332円 | 1,998円 |

3時間以上4時間未満

| 要介護度 | 単位数 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------|-------|------|--------|--------|
| 要介護1 | 486単位 | 529円 | 1,058円 | 1,587円 |
| 要介護2 | 565単位 | 615円 | 1,230円 | 1,845円 |

| | | | | |
|------|--------|-------|---------|---------|
| 要介護3 | 643 単位 | 700 円 | 1,399 円 | 2,099 円 |
| 要介護4 | 743 単位 | 809 円 | 1,617 円 | 2,425 円 |
| 要介護5 | 842 単位 | 916 円 | 1,832 円 | 2,748 円 |

介護予防通所リハビリテーション費

| 要介護度 | 単位数 | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
|------|----------|---------|---------|----------|
| 要支援1 | 2,268 単位 | 2,468 円 | 4,935 円 | 7,403 円 |
| 要支援2 | 4,228 単位 | 4,600 円 | 9,200 円 | 13,800 円 |

・加算料金

| 通所リハビリテーション費 | 単位数 | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
|--|----------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| 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 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) | 240 単位/日 | 262 円 | 523 円 | 784 円 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) | 1,920 単位/日 | 2,089 円 | 4,178 円 | 6,267 円 |
| リハビリテーション提供体制加算 (3 時間以上 4 時間未満の場合) | 12 単位/回 | 13 円 | 26 円 | 39 円 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 1,250 単位/月 | 1,360 円 | 2,720 円 | 4,080 円 |
| 栄養アセスメント加算 | 50 単位/月 | 55 円 | 109 円 | 164 円 |
| 栄養改善加算 | 200 単位/回 | 218 円 | 436 円 | 653 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) | 20 単位/回 | 22 円 | 44 円 | 66 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) | 5 単位/回 | 6 円 | 11 円 | 17 円 |
| 口腔機能向上加算 (Ⅰ) | 150 単位/回 | 164 円 | 327 円 | 490 円 |
| 口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ | 155 単位/回 | 169 円 | 338 円 | 506 円 |
| 口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ | 160 単位/回 | 174 円 | 348 円 | 522 円 |
| 移行支援加算 | 12 単位/日 | 13 円 | 26 円 | 39 円 |
| リハビリテーションマネジメント加算 (イ) 同意日の属する月から 6 ヶ月以内 同意日の属する月から 6 ヶ月超 | 560 単位/回 240 単位/回 | 610 円 262 円 | 1,219 円 523 円 | 1,828 円 784 円 |
| リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) 同意日の属する月から 6 ヶ月以内 同意日の属する月から 6 ヶ月超 | 593 単位/回 273 単位/回 | 646 円 297 円 | 1,291 円 594 円 | 1,936 円 891 円 |
| リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) 同意日の属する月から 6 ヶ月以内 同意日の属する月から 6 ヶ月超 | 793 単位/回 473 単位/回 | 863 円 515 円 | 1,726 円 1,030 円 | 2,589 円 1,544 円 |
| リハビリテーションマネジメント加算：事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 | 270 単位/回 | 294 円 | 588 円 | 882 円 |
| 退院時共同指導加算 | 600 単位/回 | 653 円 | 1,306 円 | 1,959 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 単位/月 | 44 円 | 87 円 | 131 円 |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) | 6 単位/回 | 7 円 | 13 円 | 20 円 |
| 送迎減算 (事業所が送迎を行わない場合) | -47 単位/回 | -52 円 | -103 円 | -154 円 |

| 介護予防通所リハビリテーション費 | 単位数 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|--|--------------------|--------|---------|---------|
| 退院時共同指導加算 | 600 単位/回 | 653 円 | 1,306 円 | 1,959 円 |
| 栄養アセスメント加算 | 50 単位/月 | 55 円 | 109 円 | 164 円 |
| 栄養改善加算 | 200 単位/月 | 218 円 | 436 円 | 653 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20 単位/回 | 22 円 | 44 円 | 66 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5 単位/回 | 6 円 | 11 円 | 17 円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150 単位/月 | 164 円 | 327 円 | 490 円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 160 単位/月 | 174 円 | 348 円 | 522 円 |
| 一体的サービス提供加算 | 480 単位/月 | 523 円 | 1,045 円 | 1,567 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 単位/月 | 44 円 | 87 円 | 131 円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 要支援 1 24 単位/月 | 27 円 | 53 円 | 79 円 |
| | 要支援 2 48 単位/月 | 53 円 | 105 円 | 157 円 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 562 単位/月 | 612 円 | 1,223 円 | 1,835 円 |
| 利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合（要件を満たさない場合） | 要支援 1 -120 単位/月 | -131 円 | -261 円 | -392 円 |
| | 要支援 2 -240 単位/月 | -262 円 | -523 円 | -784 円 |

6 その他の費用について

| | | |
|--------------|--|--------------------------------|
| 食 材 料 費 | 昼食提供ある方・・・1食あたり 660 円 おやつや飲み物は無料で提供しています。 | |
| 事務・レクリエーション費 | 実 費 | |
| その他の費用 | 必要に応じて、実費徴収致します。 | |
| キャンセル料 | サービス提供日の前日午前9時30分迄のご連絡 (休日をはさむ場合は2営業日前迄) | キャンセル料は不要です。 |
| | サービス提供日の前日午前9時30分以降のご連絡 (休日をはさむ場合は1営業日以降) | 食材料費として 660 円を請求します。(昼食提供がある方) |

1ヶ月あたりの概算の負担額は() 円となります。

7 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
利用料、その他の費用は1回ごとの利用者負担のあるサービス提供金額を計算し、ご利用のあった月の合計金額により請求致します。請求書は、利用月の翌月10日以降に利用者にお届けします。

(ア) 銀行からの引き落とし（初回、所定の用紙にご記入をお願い致します。）

毎月27日に銀行より引き落としさせていただきます。

(イ) 窓口にて現金支払い（1週間以内にお支払い下さい。）

- ・ お支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、保管して下さい。
- ・ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの催告から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことに

なります。

8 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。
- (2) 利用者が要介護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（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「通所リハビリテーション（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いたします。
- (4) サービス提供は「通所リハビリテーション（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、「通所リハビリテーション（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) 通所リハビリテーション（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、利用者的心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

9 虐待・身体拘束の防止について

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。

虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。

従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。

事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。

やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

虐待防止担当者・責任者：院長 久 伸輔

10 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です。

- (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。

1.1 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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> | <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。） |

1.2 緊急時の対応方法について

緊急時の対応は、利用者に病状の急変が生じた場合、速やかに主治医の指示を仰ぎ、当院に於いて最大限の処置を致します。又、必要であれば主治医の指示のもと、近隣病院の救急治療及び、救急入院などの必要な措置を講じます。

| | | |
|------|-----------------|--|
| 主治医 | 利用者の主治医 | |
| | 所属医療機関名称 | |
| | 所在地 | |
| | 電話 | |
| ご家族等 | 緊急連絡先氏名 (続柄) | |
| | 住所 | |
| | 電話 | |

1.3 心身の状況の把握

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）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。

1.4 居宅介護支援事業者等との連携

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）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。

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（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居宅介護支援事業者に速やかに送付します。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。

1.5 サービス提供等の記録

指定通所リハビリテーション（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、提供の日から5年間保存します。

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及び複写物の交付を請求することができます。

1.6 衛生管理等

事業所において感染症等が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

事業所における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

従業者に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1.7 業務継続に向けた取組の強化

感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

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実施します。

定期的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います。

1.8 非常災害対策

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）職・作業療法士 氏名：（ 濱田 真一 ）

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。

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2回 3月・ 9月）

1 9 健康上の理由による中止

風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて、速やかに医療機関に連絡をとる等、必要な措置を講じます。

2 0 事故発生時の対応

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市区町村、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介護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。

2 1 損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の内容に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

契約者が、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ったことにもつばら起因して損害が発生した場合

契約者が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつばら起因して損害が発生した場合

契約者の急激な体調の変化等、事業者が実施したサービスを原因としない事由にもつばら起因して損害が発生した場合

契約者が、事業者及びサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつばら起因して損害が発生した場合

2 2 ハラスメント対策について

サービス利用契約中に、ご利用者、ご家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合はサービスを中止し、状況の改善や理解が得られない場合は、契約を解除する場合があります。(・叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする・叫ぶあるいは大声を出す)

2 3 サービス提供に関する相談、苦情について

苦情または相談があった場合、相談担当者は利用者の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管理者とともに検討を行い、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、利用者へ対応方法を含めた結果報告を行います。

通所・介護予防通所リハビリテーションサービス提供に関する相談、苦情等は下記の窓口までお申し出下さい。

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| [事業者の窓口] 医療法人義方会大津病院 | 所在地 電 話 F A X 受付時間 | 大阪市此花区西島2丁目1番15号 06-6463-5151 06-6466-2080 月～金 午前9時～午後5時 |
| [事業所の窓口] 医療法人義方会大津病院 通所リハビリテーションセンター 管理者 濱田 真一 | 所在地 電 話 F A X 受付時間 | 大阪市此花区西島2丁目1番15号 06-6463-5151 06-6466-2080 月～金 午前9時～午後5時 |
| [市町村の窓口] 此花区健康福祉サービス課 | 所在地 電 話 受付時間 | 大阪市此花区春日出北1丁目8番4号 06-6466-9859 月～金 午前9時～午後5時30分 |
| [市町村の窓口] 西淀川区保健福祉センター | 所在地 電 話 受付時間 | 大阪市西淀川区御幣島1丁目2番10号 06-6478-9857 月～金 午前9時～午後5時30分 |
| [市町村の窓口] 福島区保健福祉センター | 所在地 電 話 受付時間 | 大阪市福島区吉野3丁目17番23号 06-6464-9857 月～金 午前9時～午後5時30分 |
| [大阪府の窓口] 大阪府健康福祉部 高齢介護室 施設課 | 所在地 電 話 受付時間 | 大阪市中央区大手前2丁目 06-6944-7203 月～金 午前9時～午後6時 |
| [公共団体の窓口] 大阪府国民健康保険団体連合会 | 所在地 電 話 F A X 受付時間 | 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号中央大通F Nビル 06-6949-5418 06-6949-5417 月～金 午前9時～午後5時 |

上記内容について、「大阪府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等を定める条例（平成25年大阪市条例第26号）」「大阪府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等を定める条例（平成25年大阪市条例第31号）」の規定に基づき、利用者説明を行いました。

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 |
|-----------------|-------|

| | | |
|-----|-------|--|
| 事業者 | 所在地 | 大阪市此花区西島2丁目1番15号 |
| | 法人名 | 医療法人 義方会 |
| | 代表者名 | 理事長 大津 聖子 印 |
| | 事業所名 | 医療法人 義方会 大津病院 通所リハビリテーションセンター |
| | 説明者氏名 | 印 |

通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）についての重要事項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 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |