# 重要事項説明書

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

医療法人社団　恕和会

介護老人保健施設　　カトレア六甲

１．施設経営法人

（１）法人名　　医療法人社団　恕和会

（２）所在地　　神戸市北区松が枝町3丁目1番74号

（３）電話番号　　078-583-7888　　ＦＡＸ番号　　078-583-7571

（４）代表者氏名　　松田　旭功

（５）設立年月日　　平成11年4月1日

２．ご利用施設

（１）施設名　　介護老人保健施設カトレア六甲
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

（２）開設年月日　　令和２年８月1日

（３）所在地　　兵庫県神戸市北区唐櫃台４丁目３９－１

（４）電話番号　　078-987-0036　　ＦＡＸ番号　　078-987-0301

（５）管理者　　施設長　齊藤　直興

３．ご利用施設で、あわせて実施する事業

| 事業の種類 | | 兵庫県知事の事業指定 | | 利用定数 |
|---|---|---|---|---|
| | | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 施設 | 介護老人保健施設 | 令和２年８月1日 | 2855080129 | １００名 |
| 居宅 | 通所リハビリテーション<br>介護予防通所リハビリテーション | 令和２年８月1日<br>令和２年８月1日 | | ４５名 |
| | 短期入所療養介護<br>介護予防短期入所療養介護 | 令和２年８月1日<br>令和２年８月1日 | | 空床利用 |
| | 訪問リハビリテーション<br>介護予防訪問リハビリテーション | 令和２年８月1日 | | |

４．事業の目的

当施設では、要介護及び要支援状態と認定された利用者に対し、その人らしく生活できるように全人間的復権を理念とし、通所リハビリテーション計画を立てて実施し、心身機能の潜在する能力を発揮させ、日常生活活動を高め、家庭や社会への参加を可能となるようその自立を促すことを目的とします。

《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運営方針》

１）　利用者個々の特性に応じたケアプランを作成し、可能な限り居宅において自立した自分らしい生活を営むことができるよう支援に努めます。

２）　一人一人の利用者の“思い”を大切にし、家庭的雰囲気を作ることにより、ご家族との良きコミュニケーションの確立を図り、きめ細やかなサービスの提供に努めます。

３）　利用者が地域において包括的サービス提供を受けることができるように、ご家族にと

っても、地域の皆様にも開かれた施設を目指します。

5．施設の概要

| | |
|---|---|
| 敷地 | 5，491㎡ |
| 建物 | 構造：鉄筋コンクリート造地下1階地上2階階建（耐火建築） |
| | 延べ床面積　4，919．27㎡ |

6．施設の職員体制

（1）　管理者　1人
（2）　医師　1人以上
（3）　看護職員、介護職員　5人以上（常勤換算）
（4）　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士　1人以上（常勤換算）
（5）　事務員　1人以上

従業者の職務内容

（1）　管理者は、当事業所に携わる従業者の総括管理、指導を行う。
（2）　医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
（3）　看護職員は、医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の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）計画に基づく看護を行う。
（4）　介護職員は、利用者の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）計画に基づく介護を行う。
（5）　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施、又は指導を行う。
（6）事務員は施設、設備の維持管理、送迎、人事・経理等の事務全般を行う。

7．非常災害対策　防災設備：スプリンクラー、消化器、消火栓
防災訓練：年2回程度

8．通所リハビリテーション（介護予防）内容

①　通所リハビリテーション計画は医師の指示の下、リハビリテーションスタッフによって作成される通所リハビリテーション計画（介護予防）や多職種協同による支援計画に基づいて心身機能回復訓練や、活動、参加への働きかけを行い、生活機能維持改善に努めます。
②　介護予防リハビリテーションは目的指向型のサービス提供を推進する観点から、選択的サービス（運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上）の個別の計画に基づき定期的に評価と見直しを行い、より自立を目指した日常生活機能の維持・改善を図ります。
③　食事の提供とその介助
④　入浴（一般浴槽のほか、入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します）
⑤　医学的管理・看護

⑥　その他排泄等の利用者に必要な介護
⑦　機能訓練（リハビリテーション・レクリエーション）
⑧　相談援助サービス
⑨　利用者が選定する特別な食事の提供
⑩　健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）

９．サービス料金（一日あたり）
①　介護保険法改正に伴い、別表による費用徴収を致します。
②　基本料金とは別にその他の利用料金を頂くサービスがあります。
日用品費・教養娯楽費は実費による徴収を致します。別表による申込みが必要ですので具体的にご相談下さい。

※　要介護認定申請中にご利用の方で、認定が非該当（自立）であった場合、当施設規定の料金にて請求致します。

《利用料金のお支払い方法》
月末閉めで前月合計額の請求書を毎月１０日までに送付しますので、その月末までにお支払いください。お支払いいただきますと領収印を捺印いたします。

※　利用の中止、変更
利用の予定日の前に、ご契約者の都合により、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。この場合、速やかに当施設に申し出てください。利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の変更・中止の申し出をされた場合、別表による費用徴収を致します。
サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、当施設および介護員の稼働状況により契約者の希望する日にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日又は日時を契約者に提案します。

１０．相談・苦情について
（１）当施設における苦情の受付
・苦情受付窓口（担当者）　支援相談員　金子　三佐子
苦情解決責任者　施設長　齊藤　直興
電　話　078-987-0036
受付時間　平日　10:00～16:00
・　「ご意見箱」の設置により、投函して申し出ることができます。

（２）行政機関その他苦情受付機関
・神戸市福祉局監査指導部
電　話　078-322-6326

受付時間　平日 8:45～12:00
13:00～17:30

・神戸市消費生活センター　電　　話　078-371-1221
受付時間　9:00～17:00(平日)

・兵庫県国民健康保険団体連合会　電　　話　078-332-5617
受付時間　8:45～17:15(平日)

・養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話
（監査指導部内）　電　　話　078-322-6774
受付時間　8:45～12：00(平日)
13：00～17：30

１１．個人情報の保護等

当施設のサービス従事者は、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。

ただし、サービスを提供する上で利用者の個人情報を、用いる必要がある場合は家族の、同意を得てから用いることとし、同意の場合は、同意書の提出をお願いしております。

１２．記録の保管

（１）　当施設は、利用者の介護保険施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後５年間は保管します。

（２）　当施設は、利用者及びその家族が前項記録の閲覧・謄写を求めた場合は、原則としてこれに応じます。

ただし、契約者・その他の者（利用者の代理人を含みます）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

１３．賠償責任

（１）　介護保険施設サービスの提供に伴って、当施設の責任によって利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。

（２）　利用者の責任によって当施設が損害を被った場合、利用者および代理人は当施設に対してその損害を賠償するものとします。

（３）　万一の事故の発生に備え、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|---|---|
| 保険会社名 | あいおいニッセイ同和損害保険会社株式会社 |
| 保険名 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| 補償の概要 | 事業者が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として |

１４．緊急時の対応

（１）　施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関での医療を依頼

することがあります。

（２）　当施設での対応が困難な状態又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合他の医療機関を紹介します。

（３）　通所リハビリ中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び契約者に記入していただいた連絡先に連絡します。

１５．協力医療機関

当施設では、下記の医療機関に協力いただいています。

協力医療機関

名　　称　　医療法人社団　恕和会　松田病院
住　　所　　神戸市北区松が枝町３丁目１番７４号
名　　称　　医療法人社団　顕修会　顕修会すずらん病院
住　　所　　神戸市北区鈴蘭台西町２丁目２１番５号

１６．他機関との連携

利用者の置かれている環境などを勘案し、利用者が継続的かつ包括的に必要なサービスを利用できるよう他事業所との円滑な連携に努めます。

１７．利用の終了

（１）　利用者および契約者は、当施設に対し、10日以上の事前の予告をもって、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サービス終了の意思表明をする事により、本契約によるサービスの提供を終了することができます。

（２）利用者が長期に入院する必要が生じ、入院した場合

（３）利用者が要介護認定により非該当（自立）と認定された場合。

（４）　利用者および契約者が契約締結時に、利用者の心身の状態や既往歴などの重要事項に関し、故意にこれを告げなかったために、本契約を継続しがたい状況が生じた場合。

（５）　利用者および契約者が、本契約に定める利用料金を１か月以上滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず支払われない場合。

（６）　利用者が当施設、当施設の職員もしくは他の利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為もしくは反社会的行為を行った場合、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為を行った場合、または重大な自傷行為を繰り返すなど利用者自身の生命もしくは健康に重大な影響を及ぼすおそれがある行為を行った場合。

（７）　天災、災害（感染症の拡大を含む。）、施設・設備の故障その他やむえない理由により、当施設を利用していただくことができなくなった場合。

１８．利用の留意点

当施設のご利用にあたって、利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

（１）飲酒・喫煙

施設内での飲酒喫煙を行ってはならない。

（２）火気の取り扱い

施設内での火気の取り扱いを行ってはならない。

（３）設備備品等の利用

施設の設備備品は利用者相互で公平平等に使用されなければならない。

（４）所持品備品等の持ち込み

個人の必要な最小限のものとする。

（５）金銭貴重品の管理

必要最小限の金銭貴重品とし自己の責任で管理するものとする。

（６）宗教活動

施設内での政治活動、布教活動を行ってはいけない。

（７）ペットの持ち込み

施設内のペットの持ち込みを行ってはいけない。

（８）秩序・風紀

施設内の秩序、風紀を乱し又は安全衛生を害することを行ってはいけない。

令和　　年　　月　　日

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サービスの提供に際し、本書面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　カトレア六甲
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
説明者　　職　名　　支援相談員
氏　名　　印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け，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サービスの提供に同意しました。

利用者　　住　所

氏　名　　印

代理人　　住　所

氏　名　　印

# 個人情報の使用に係る同意書

私は、私およびその家族の個人情報について、介護老人保健施設カトレア六甲が介護老人保健施設通所リハビリテーションを実施するにあたり、以下に記載するところにより、必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

1．使用する目的

（1）貴事業所外部に対して行う情報提供
- 介護保険における私の要介護（要支援）認定の申請および更新、変更に必要な最小限の情報提供
- 私の居宅サービス計画および施設計画を作成し、介護老人保健施設通所リハビリテーションのサービスを円滑に提供するために行うサービス担当者会議等において必要な最小限の情報提供
- 上記のほか、医療機関、福祉事業者、居宅介護支援事業所の介護支援専門員、介護サービス事業者との連絡調整に必要な最小限の情報提供

（2）貴事業所内部において、私に対し、介護老人保健施設通所リハビリテーションのサービスを円滑に提供するために必要となる最小限の範囲の使用

（3）その他、貴事業所内外において、私に対する介護サービスが円滑に提供されるために必要となる最小限の範囲の使用
居室前への氏名の掲示　生活上や行事等での活動記録・様子・写真を掲示・広告誌・お便り・ホームページ（ブログ）への最小限の使用

2．使用にあたっての条件
- 個人情報の使用は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、使用に際しては関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 貴事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録し、私の請求があれば開示すること。

3．使用する個人情報の内容
- 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、貴事業所が私に対し介護老人保健施設通所リハビリテーションのサービスを円滑に提供するために最小限必要な、私や家族に関する個人情報

4．使用する期間
契約期間に準ずる。

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設カトレア六甲　管理者様

利用者（または代理人）　住所

氏名　　印

電話

署名代筆者　住所

氏名　　印

電話

（利用者との関係　　）

利用者家族代表　住所

氏名　　印

電話