

利用者： \_\_\_\_\_ 様

# 通所リハビリテーションサービス 介護予防通所リハビリテーションサービス

## 重要事項説明書

◆◇目次◇◆

1. 経営法人	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業所の目的と運営方針	1
4. 事業所の職員体制	2
5. 営業日及び営業時間、利用定員	2
6. サービス内容	2
7. サービスの利用終了	3
8. 家族等の代理人	4
9. サービス利用料金	4
10. お支払方法	8
11. 協力医療機関	9
12. 緊急時・事故発生時の対応	9
13. 身体拘束について	9
14. 利用時のリスクについて	9
15. 要望・苦情対応	10
16. 事業所利用に当たっての留意事項	10

社会福祉法人 栄和会

介護老人保健施設あつべつ

## 1. 経営法人

- |           |                        |
|-----------|------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 栄和会             |
| (2) 法人所在地 | 札幌市厚別区厚別町山本 750 番地 6 号 |
| (3) 電話番号  | 011-896-5010           |
| (4) 代表者   | 理事長 藤井 和子              |
| (5) 設立年月日 | 平成 5 年 8 月 5 日         |

## 2. 事業所の概要

- |              |   |
|--------------|---|
| (1) 名称       | 介護老人保健施設あつべつ通所リハビリテーション                                     |
| (2) 介護保険指定番号 | 介護老人保健施設 第 0150380087 号                                     |
| (3) 施設所在地    | 札幌市厚別区厚別町山本 750 番地 6 号                                      |
| (4) 電話番号     | 011-896-5020  |
| (5) ファックス番号  | 011-896-5055  |
| (6) 管理者      | 山本 馨（施設長・医師）  |
| (7) 開設年月日    | 平成 8 年 5 月 2 日  |
| (8) 併設事業     | 入所療養介護サービス<br>(介護予防) 短期入所療養介護サービス<br>(介護予防) 訪問リハビリテーションサービス |

## 3. 事業所の目的と運営方針

### (1) 目的

- 通所リハビリテーションサービス（介護予防通所リハビリテーションサービス）（以下、「通所リハビリテーションサービス等」という。）は、要支援状態又は要介護状態と認定された利用者（以下、「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援するとともに、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、利用者の心身機能の維持、回復を図ることを目的としています。

### (2) 運営方針

- 当事業所では、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（以下、「通所リハビリテーション計画等」という。）に基づいて、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い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、在宅ケアの支援に努めます。
- 当事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束は行いません。
- 当事業所では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- 当事業所では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当事業所が得た利用者の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその家族等の了解を得ることとします。

#### 4. 事業所の職員体制

##### (1) 配置基準

職 種	配置基準
管 理 者	1 人
医 師	1 人
看 護 職 員	1 人
介 護 職 員	3 人
支 援 相 談 員	1 人
理学療法士又は作業療法士	1 人
事 務 員	1 人
用 務 員	1 人

##### (2) 職務内容

- ・ 医 師  
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います。
- ・ 看 護 職 員  
医師の指示に基づき検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の通所リハビリテーション計画等に基づく看護を行います。
- ・ 介 護 職 員  
利用者の通所リハビリテーション計画等に基づく介護全般を行います。
- ・ 支 援 相 談 員  
利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション、行事等の計画、指導を行い、市町村との連携をはかるほか、ボランティアの指導を行います。
- ・ 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士  
医師や看護師等と共同して作成した通所リハビリテーション計画等に基づいて、リハビリテーションの実施に際し指導を行います。
- ・ 管 理 栄 養 士  
栄養ケア・マネジメント等により利用者の栄養状態の管理を行います。
- ・ 事務員、用務員  
利用に関わる請求書の作成、その他の庶務、経理、設備関係全般の管理及び営繕、敷地内の環境管理、送迎業務を行います。

#### 5. 営業日及び営業時間、利用定員

- (1) 営業日：月曜日～土曜日（祝日は営業し、日曜日と年末年始は休業とします）
- (2) 営業時間：午前 8 時 45 分から午後 5 時 15 分
- (3) サービス提供時間：下記の①②③から利用時間を選択  
①午前 9 時 30 分～午前 11 時 00 分（1 時間以上 2 時間未満）  
②午前 10 時～午後 14 時 30 分（4 時間以上 5 時間未満）  
③午前 10 時～午後 16 時 30 分（6 時間以上 7 時間未満）
- (4) 利用定員数：25 人

#### 6. サービス内容

当事業所のサービスは、居宅における生活の継続を目指し、利用者に関わる多職種の協議によって作成される通所リハビリテーション計画等に基づいて提供されます。その際、利用者及びその家族の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意を頂いております。

(1) 医療

- ・ 医師・看護職員が常勤していますので、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。
- ・ 利用者の健康状態を把握し、健康指導や主治医との連絡調整、家族に対する介護指導などを行います。

(2) リハビリテーション

- ・ 理学療法士、作業療法士等が、利用者の心身の機能の維持回復を図り、可能な限りその居宅において、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ます。
- ・ 原則として機能訓練室にて行いますが、事業所内でのすべての活動がリハビリテーション効果を期待したものとなっています。

(3) 介護

- ・ 利用者の心身状況に合わせた食事や排泄、入浴の介助、送迎時の運転や付き添い、各種活動の援助などの介護サービスを多職種の連携により計画的に提供します。

(4) 食事・栄養管理

- ・ サービス利用中の食事は、特段の事情がない限り事業者の提供する食事をお召し上がりいただきます。
- ・ 利用者の状態や病状に合わせた食事形態や治療食の提供を行います。

(5) 相談援助

- ・ 利用者及びその家族との面接、生活相談、利用の調整を行います。

(6) 送迎

- ・ 通所リハビリテーション計画等に基づいて、利用者の居宅と当事業所間の送迎を行います。送迎中の買い物や医療機関等への立ち寄り、途中下車はできません。
- ・ 通常の送迎の実施地域は、札幌市厚別区全域、白石区（北郷・川北・その他周辺地域）、江別市（文京台周辺地域まで）とします。
- ・ 当事業所の送迎サービス以外の交通手段で来所・帰宅をされる場合、来所や帰宅途中の事故につきましては、責任を負いかねます。

(7) 記録

- ・ 当事業所は、利用者の通所リハビリテーションサービス等の提供に関する記録を作成し、その記録を介護保険法及び所官庁の条例で定める期間は適切に保存し、利用者からの照会等の求めに対して、社会福祉法人栄和会「個人情報管理規定」に基づき対応します。

## 7. サービスの利用終了

当事業所では、下記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。

- (1) 利用者又は家族等の代理人から利用契約解除・終了の申し出があった場合。
- (2) 利用者が要介護認定において自立と認定された場合。
- (3) 利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合。
- (4) 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所での適切な通所リハビリテーションサービス等の提供を超えると判断された場合。
- (5) 利用者及びその家族が、利用料金を3ヶ月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合。
- (6) 利用者が、事業所・事業所の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。
- (7) 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当事業所を利用させることができない場合。

## 8. 家族等の代理人

- (1) 利用者は原則として家族等の代理人（以下、「代理人」という。）を定め、サービス利用契約を締結させるものとします。ただし、代理人を立てることが困難とする相当の理由がある場合は、この限りではありません。
- (2) 代理人はサービス利用契約・重要事項・利用料金等の利用者に関する一切の件に関し、連帯保証の責を負うこととします。
- (3) 代理人に変更があった場合は、利用者もしくは代理人が、速やかに事業所へ連絡するとともに、代理人変更手続きを行うこととします。代理人変更手続きとは本契約書の取り直しを行うこととします。

## 9. サービス利用料金

利用料金は単位に地域加算 10.17 円をかけた額で、介護保険負担割合証に記載された割合（1割又は2割又は3割）が自己負担額となります。

\*料金欄の上段が1割負担の方、中段が2割負担の方、下段が3割負担の方の料金です。

\*介護保険料の滞納により、負担割合が3割となる場合があります。

(1) 通所リハビリテーション費（要介護1～要介護5の認定を受けた方）※1回あたり

介護度	1時間—2時間型		4時間—5時間型		6時間—7時間型	
	単位	料金	単位	料金	単位	料金
要介護1	369 単位	376 円	553 単位	563 円	715 単位	728 円
		751 円		1,125 円		1,455 円
		1,126 円		1,688 円		2,182 円
要介護2	398 単位	405 円	642 単位	653 円	850 単位	865 円
		810 円		1,306 円		1,729 円
		1,215 円		1,959 円		2,594 円
要介護3	429 単位	437 円	730 単位	743 円	981 単位	998 円
		873 円		1,485 円		1,996 円
		1,309 円		2,228 円		2,993 円
要介護4	458 単位	466 円	844 単位	859 円	1137 単位	1,157 円
		932 円		1,717 円		2,313 円
		1,398 円		2,575 円		3,469 円
要介護5	491 単位	500 円	957 単位	974 円	1290 単位	1,312 円
		999 円		1,947 円		2,624 円
		1,498 円		2,920 円		3,936 円

- ・個別加算（1日当たり・1月当たり・1回当たり）  
共通の加算と該当される方のみ加算があります。

加算名	単位	円	備考
リハビリ提供体制加算（4-5時間型）	16	17 33 49	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者25名に対して1名以上配置され、リハビリマネジメント加算を算定している場合
リハビリ提供体制加算（6-7時間型）	24	25 49 74	
サービス提供体制強化加算（I）	22	23 45 67	介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上または、勤続10年以上の介護福祉士25%以上の場合

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	19 37 55	介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上の場合
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	7 13 19	介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が40%以上または、勤続7年以上の介護福祉士30%以上の場合
入浴介助加算（Ⅰ）	40	41 82 122	入浴介助加算（Ⅱ）以外の場合
入浴介助加算（Ⅱ）	60	61 122 183	個別入浴計画に沿った入浴を実施した場合
リハビリマネジメント加算イ	560	570 1,139 1,709	開始月から6月以内 (1月に1回)
	240	244 488 732	開始月から6ヶ月超 (1月に1回)
リハビリマネジメント加算ロ	593	603 1,206 1,809	開始月から6月以内 (1月に1回)
	273	278 556 833	開始月から6ヶ月超 (1月に1回)
リハビリマネジメント加算ハ	793	807 1,613 2,420	開始月から6月以内 (1月に1回)
	473	519 1,038 1,556	開始月から6ヶ月超 (1月に1回)
※医師が利用者またはその家族に説明した場合、上記に加算	270	275 549 824	リハビリテーション計画について、事業所の医師が、利用者またはその家族に説明し、同意を得ること
短期集中個別リハビリ実施加算	110	112 224 336	退院（所）日又は認定開始日から3ヶ月以内、集中的にリハビリを行った場合、1日に1回加算
認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）	240	244 488 732	認知症の診断を受け必要と認められた利用者を対象に、退院（所）日又は通所開始日から3ヶ月以内、集中的にリハビリを行った場合、1月に1回加算（リハビリは1週間に2回が限度）

認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）	1,920	1,953 3,906 5,858	認知症の診断を受け必要と認められた利用者を対象に、退院（所）日又は通所開始日の属する月から3ヶ月以内、集中的にリハビリを行った場合、1月に1回加算（1月にリハビリを4回以上実施）
生活行為向上リハビリ実施加算	1,250	1,272 2,543 3,814	開始から6ヶ月以内、生活行為の内容の充実を図るリハビリを計画的に行った場合（1月に1回）
栄養改善加算	200	204 407 611	管理栄養士を配置し、低栄養状態の方、又はそのおそれがある方に対し、栄養改善のための管理を計画的に行った場合（月2回を限度）
栄養アセスメント加算	50	51 102 153	利用者の栄養状態を確認し、栄養状態に関する情報を多職種が連携し栄養アセスメントをした場合（月1回）
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	153 305 458	言語聴覚士、歯科衛生士、又は看護職員を配置し、口腔機能が低下している方、又はそのおそれのある方に対し、口腔機能向上のサービスを行った場合（月2回を限度）
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155	158 316 473	口腔機能向上（Ⅰ）の要件に加え、評価結果等の情報を厚生労働省に提出した場合（月2回を限度）かつ、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160	163 326 489	口腔機能向上（Ⅰ）の要件に加え、評価結果等の情報を厚生労働省に提出した場合（月2回を限度）かつ、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していない場合
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	21 41 61	6ヶ月ごとに口腔スクリーニングと栄養スクリーニングを実施し、結果をその都度、介護支援専門員に提供していること。また、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない場合

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	5 10 15	6ヶ月ごとに口腔スクリーニングと栄養スクリーニングを実施し、結果をその都度、介護支援専門員に提供していること。また、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合
若年性認知症利用者受入加算	60	61 122 183	若年性認知症の方が対象
中重度者ケア体制加算	20	21 41 61	中重度の要介護者を受け入れる体制（サービス提供時間内に看護職員を1名以上配置等）を構築し、サービス提供を行った場合
重度療養管理加算	100	102 204 306	要介護3～5の方に対し、計画的な医学的管理のもと、サービス提供を行った場合
科学的介護推進体制加算	40	41 82 122	心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合
退院時共同指導加算	600	611 1,221 1,831	医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合
移行支援加算	12	13 25 37	リハビリテーションによって日常生活動作（ADL）や手段的日常生活動作（IADL）が向上して、他のサービスに移行できた場合や、家庭での家事や社会参加につながった場合
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×86/1000		

・個別減算（1日当たり・1月当たり・1回当たり）

法令で定められている要件を満たさなかった場合に適用されます。

減算名	単位	円	備考
送迎減算	-47	-48 -96 -144	事業所が送迎を行わない場合
業務継続計画未実施減算	所定単位数×1/100		感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数×1/100		虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合



(2) 介護予防通所リハビリテーション費（要支援1、要支援2の認定を受けた方）※1月あたり

介護度	単位	料金
要支援1	2,268 単位	2,307 円
		4,613 円
		6,920 円
要支援2	4,228 単位	4,300 円
		8,600 円
		12,900 円

・個別加算（1月当たり）

共通の加算と該当される方のみ加算があります。

加算名	単位	円	備考	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1	88	90 179 269	介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上または、勤続10年以上の介護福祉士25%以上の場合
	要支援2	176	179 358 537	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援1	72	74 147 220	介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上の場合
	要支援2	144	147 293 440	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	要支援1	24	25 49 74	介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が40%以上または、勤続7年以上の介護福祉士30%以上の場合
	要支援2	48	49 98 147	
生活行為向上リハビリ加算	562	572 1,143 1,715	開始から6ヶ月以内、生活行為の内容の充実を図るリハビリを計画的に行った場合	
若年性認知症認知症利用者受入加算	240	244 488 732	若年性認知症の方が対象	
栄養アセスメント加算	50	51 102 153	利用者の栄養状態を確認し、栄養状態に関する情報を多職種が連携し栄養アセスメントをした場合（月1回）	
栄養改善加算	200	204 407 611	管理栄養士を配置し、低栄養状態の方、又はそのおそれがある方に対し、栄養改善のための管理を計画的に行った場合	

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	21 41 61	6ヶ月ごとに口腔スクリーニングと栄養スクリーニングを実施し、結果をその都度、介護支援専門員に提供していること。また、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない場合
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	5 10 15	6ヶ月ごとに口腔スクリーニングと栄養スクリーニングを実施し結果をその都度、介護支援専門員に提供していること。また栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	153 305 458	言語聴覚士、歯科衛生士、又は看護職員を配置し、口腔機能が低下している方、又はそのおそれのある方に対し、口腔機能向上のサービスを行った場合
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	163 326 489	言語聴覚士、歯科衛生士、又は看護職員を配置し、口腔機能が低下している方、又はそのおそれのある方に対し、口腔機能向上のサービスを行い、評価結果等の情報を厚生労働省に提出した場合
一体的サービス提供加算	480	489 977 1,465	栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けている場合
科学的介護推進体制加算	40	41 82 122	心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合
退院時共同指導加算	600	611 1,221 1,831	医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合
介護職員等処遇改善加算	所定単位数×86/1000		

- ・個別減算（1日当たり・1月当たり・1回当たり）  
法令で定められている要件を満たさなかった場合に適用されます。

減算名		単位	円	備考
予防通所リハ12月超減算	要支援1	-120	-122	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合
			-244	
	要支援2	-240	-366	
			-244	
		-488		
			-732	
業務継続計画未実施減算	要支援1	-23	-24	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合
			-47	
	要支援2	-42	-70	
			-43	
		-86		
			-239	
高齢者虐待防止措置未実施減算	要支援1	-23	-24	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合
			-47	
	要支援2	-42	-70	
			-43	
		-86		
			-239	

### (3) 介護保険給付対象外のサービス利用料（事業所設定費用）

項目	金額	備考
食事代	650円	1回につき
教養娯楽費	実費	クラブ活動・趣味活動の材料費など
キャンセル料	650円	朝9時までに休止の連絡がない場合

\*介護保険給付対象外のサービス利用料（事業所設定費用）には、別途消費税がかかるものがあります。

## 10. お支払方法

毎月15日までに前月分の請求書を発行しますので、その月末日までに以下の方法でお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

- (1) 窓口での現金支払い
- (2) 銀行振込

【振込先】北洋銀行 すすきの支店 普通 0752394

【口座名】社会福祉法人栄和会 老人保健施設あつべつ 理事長 藤井和子  
( シャカイフクシホクジンエイワカイ ロウジンホケンシヤツツベツ リジチョウ フジイロコ )

- (3) 金融機関口座自動引き落とし

## 11. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 医療法人 札幌平岡病院  
(住所) 札幌市清田区平岡2条1丁目15番20号  
(電話) 011-881-3711

- ・ 医療法人社団 札幌歯科口腔外科クリニック  
 (住所) 札幌市厚別区厚別中央1条6丁目3番1号ホクノー新札幌ビル3F  
 (電話) 011-801-1400

## 12. 緊急時・事故発生時の対応

### (1) 緊急時の対応

- ・ 当事業所の医師の医学的判断により受診が必要と認める場合、かかりつけ医療機関での診療を依頼することがあります。ただし、発症状況などにより指定する病院がない場合は、協力医療機関もしくは症状に応じた医療機関での診療を依頼することがあります。
- ・ 利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者及び代理人が指定する者に対し緊急に連絡します。

### (2) 事故発生時の対応

- ・ サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は利用者に対し必要な措置を講じます。
- ・ 当事業所の医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、かかりつけ医療機関もしくは症状に応じた医療機関での診療を依頼します。
- ・ 事故発生時は代理人又は代理人が指定する者等及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

## 13. 身体拘束について

- (1) 当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (2) 自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設長が判断し身体拘束、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、当事業所の医師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。

## 14. 利用時のリスクについて

当事業所では利用者が快適に通所リハビリテーションサービス等を利用できるように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

- 歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落等による骨折・外傷などの恐れがあります。
- 当事業所はリハビリ施設であることや原則として身体拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。
- 高齢者の骨はもろく、通常の場合でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血がしやすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- 利用者本人の全身状態が急に悪化した場合、当事業所の医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

## 15. 要望・苦情対応

### (1) 事業所での対応

- ・利用者及び代理人等は、当事業所の提供する通所リハビリテーションサービス等に対しての要望又は苦情等については、下記の担当者に申し出ることができます。
- ・要望又は苦情の対応手順については以下の通りとなります。
  - ① 電話・面接・書面等にて、担当者が内容をお聞きします。
  - ② 担当者は書面で苦情解決責任者に報告し、事実関係の確認と協議の準備を行います。
  - ③ 事実関係の確認後、苦情解決責任者は申し出をされた方と誠意を持って話し合いを行い解決に努めます。
- ・要望又は苦情の対応職員は、以下の通りとなります。

苦情解決責任者	山本 馨	(施設長・医師)
苦情受け担当者	田村 誠也	(支援相談係長)
第三者委員	林 恭裕	(社会福祉法人栄和会 監事)

(住所) 北広島市西の里東 4 丁目 3-14  
(電話) 090-3890-1365

奥田 龍人(NPO 法人シーズネット 理事長)  
(住所) 札幌市手稲区前田 2 条 11 丁目 10-1  
(電話) 090-7053-5234

### (2) 事業所以外での対応

苦情申し出は以下の公的機関でも行えます。

- ・札幌市厚別区役所保健福祉課  
(住所) 札幌市厚別区厚別中央 1 条 5 丁目  
(電話) 011-895-2400
- ・北海道福祉サービス運営適正化委員会  
(住所) 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目かでの 2・7  
(電話) 011-204-6310
- ・国民健康保険団体連合会  
(住所) 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目  
(電話) 011-231-5161
- ・その他各市区町村役所介護保険関係部署

## 16. 事業所利用に当たっての留意事項

- (1) 衛生管理や病状管理の観点から、特別な事情が認められる方以外の飲食物の持ち込みは禁止させていただきます。(敷地内、送迎車内も含みます)
- (2) 体温・血圧・脈拍測定の結果、身体状況がいつもと異なる異常所見が見られた場合には、当日のリハビリテーション、入浴提供の中止や利用自体を中止することがあります。
- (3) 所持品は必要最小限のものとし、紛失を避けるため名前のご記入をお願いします。通所リハビリテーションサービス等の利用に関わるもの以外の物品(少額の現金・嗜好品等)に関しては自己管理となります。
- (4) 多額の現金、貴重品、通帳等の所持はご遠慮下さい。
- (5) 事業所内は禁煙となっております。
- (6) 利用中の飲酒は禁止となっております。
- (7) ペットの持ち込みはご遠慮願います。
- (8) 事業所内及び共用設備等の使用は、本来の用途に従ってご利用下さい。備品、設備を故意に破損させたり、汚したりした場合は相応の代価をお支払いいただく場合がございます。
- (9) 当事業所では多くの方に安心して通所リハビリテーションサービス等を利用していただくために、利用者やその家族等の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

付 則

- この重要事項説明書は、平成27年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成27年 8月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成27年11月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成28年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成28年 6月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成28年12月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成29年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成29年 5月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成30年 8月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成30年12月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成31年 1月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成31年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 元年 5月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 元年10月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 2年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 4年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 4年10月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 5年11月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 6年 2月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 6年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 6年 6月 1日より施行する。

<記入欄>

【請求書・領収書の送付先】

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯)

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【かかりつけ医療機関】

病 院 名 \_\_\_\_\_ (主治医)

電話番号 \_\_\_\_\_

【緊急連絡先】

① ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯)

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯)

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本重要事項説明書を2通作成し、利用者・事業者が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

介護老人保健施設あつべつ通所リハビリテーションサービス等の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人栄和会 介護老人保健施設あつべつ

説明者職名 支援相談員 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者 \_\_\_\_\_ は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設あつべつ通所リハビリテーションサービス等の提供開始に同意しました。

【利用者】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【家族等の代理人】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*心身状況により、利用者本人による記入が困難なため、重要事項については家族等の代理人が同意し記入する。 印

(事業者控え)