

通所リハビリテーション重要事項説明書

<令和5年4月1日 現在>

殿

1. 当院が提供するサービスについての相談窓口

営業日 月曜日から土曜日(但し祝祭日、8月13日～15日、12月31日から1月3日を除く)

営業時間 午前8時00分から5時00分まで

電話	097-545-1151	担当	種子田 秀仁
----	--------------	----	--------

2. ご利用の事業所の概要

(1) 名称等

事業所の名称	たねだ内科
所在地	大分市豊饒二丁目3番23号
管理者の氏名	種子田 秀樹
電話・FAX 番号	TEL 545-1151 FAX 543-1138
事業者指定番号	4410114831 号
通常サービス提供地域	大分市 大野川西岸部

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	有床診療所たねだ内科が行う指定通所リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所リハビリテーションを提供すること目的とする
運営の方針	事業所の従業者は、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できるよう医師の指示のもと理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション指導、管理をおこなうことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることに努めるものとする。

(3) 職員体制

施設に勤務する職員の職種、職務内容及び最低の員数

管理者(医師 常勤・兼務)	1名	理学療法士等	2名
看護師	1名	介護職員	3名
介護支援専門員(兼務)	1名	相談員(兼務)	1名
事務職員(兼務)	1名		

(4) 設備の概要

定員 2単位 40名、機能訓練室 1室 124m²、浴室(機械浴等浴槽5台)、
静養室 1室、送迎車 4台

3. サービス内容 営業時間:午前8時～午後5時(日・盆正月を除く)

【介護保険適用】

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。
入浴	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います
機能訓練	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。

【介護保険適用外】

食事	栄養士による病態に応じた食事の提供
----	-------------------

4. 利用料等

(1) 利用料金

お支払いいただく各サービス利用料の単価は、別紙「サービス料金表」とおおりです。

《介護保険料の滞納等の場合》

一旦当事業所にて介護保険適用外の場合の料金をいただき、サービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書を後日大分市の窓口へ提出されますと、差額の払戻しを受けることができます。

(2) 介護保険適用外の費用 下記の費用はご利用者の全額負担となります。

- ・食事提供料…食材料費を含み実費
- ・時間外利用料…通常利用料の5割増し
- ・おむつ代…実費
- ・理美容代…実費
- ・日用品の範囲のもの…実費
- ・特別な送迎…通常実施地域外に居住の利用者の送迎費用は実費

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

ご利用日の前営業日17時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日8時までにご連絡いただいた場合	当該基本料金の5%
ご利用日の当日10時までにご連絡いただいた場合	当該基本料金の10%

(4) 支払方法

毎月末にご利用実績に基づき精算し、翌月始めのご利用日に当該月分の請求を集金袋にて請求いたしますので、7日以内に現金にてお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行致します。

5. 解約等

正当な理由なく利用料を2月以上滞納した場合はすみやかに全額の支払いを受けるものとする。支払いがないときは、当院より契約を解約することができる。利用者は当院に対して、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には7日以上予告期間をもって通知することとし予告期間満了日に契約は解約されます。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、医師、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡し、必要な処置を講じます。

医師	氏名	種子田秀樹	ご家族	氏名(続柄)	
	連絡先	545-1122		連絡先	

7. 非常・災害対策

非常時の対応	当該職員により対応
防災計画	自衛消防隊による
防災設備	火災報知機、けむり感知器、非常はしご
防災訓練	当該職員による
防火責任者	当該職員による

8. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情担当

担当:種子田 秀仁	電話: 097-545-1151
-----------	------------------

(2) その他

当院以外に、お住まいの大分市及び大分県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

大分市 介護保険課 相談係	電話 534-6111
大分県国民健康保険団体連合会	電話 534-8470

9. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合には、市、家族、緊急連絡先、担当の居宅介護支援事業所、管理者に連絡をし、必要な措置を講じます。

- (1) 事故報告書にて職員周知を行い、事故の原因を解明し、事故防止マニュアルの整備や研修を開催するなど事故防止に努めます。
- (2) 事故の状況及び採った措置について記録し、必要に応じて保険者、県等の指導助言を仰ぎます。

10. 虐待の対応方法

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。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。虐待防止に関する責任者は管理者です。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 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。

11. ハラスメント防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、即座に対応し再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

12. その他

- ・ 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。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。
- ・ サービス提供時間内および送迎途上、皆様の健康・安全確保・衛生保持のため、ご利用時間内は当事業所の職員の指示に従ってください。
- ・ 業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報介護上の必要目的以外で第三者に漏洩もしくは使用をいたしません。従事者でなくなった後においても個人情報を保持致します。
- ・ 事故発生時にはすみやかに適切な対応し、関係諸機関に連絡をします。
- ・ 暴言・暴力・ハラスメント行為等によりサービスの中断や契約を解除する場合があります。利用者と事業者は信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- ・ 利用者と事業者は信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- ・ 定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し双方が誠意を持って協議の上定めます。
- ・ 万が一、紛失や盗難等があった場合、当施設に何らかの過失がない限り一切の責任を負いかねます
- ・ 同意書により契約し、サービス提供をするものとする。

令和 年 月 日

大分市大字豊饒二丁目3番23号

たねだ内科 院長 種子田 秀樹 ㊞

説明確認・個人情報使用同意書

令和 年 月 日

通所リハビリテーション利用開始に当たり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項の説明をし、サービス提供に必要な情報の開示等の説明をしました。

たねだ内科 通所リハビリテーション

所在地 大分市豊饒二丁目3番23号

名称 たねだ内科

管理者 種子田 秀樹 印

説明者 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

私(利用者及び家族)の個人情報については、居宅サービス計画に沿って円滑にサービス提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連携・調整において必要な場合、契約締結日から契約満了日において必要最小限の範囲にて使用することに同意します。

また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 印

ご家族 住所

氏名 印

署名代行者(又は法定代理人)

住所

氏名 印

本人との続柄