介護医療院さくら

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

令和　　年　　月　　日

利用者に対する通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次の通りです。

1　事業者概要

事業者名称	公益財団法人穴澤病院
主たる事業所の所在地	会津若松市宮町１番１号
法人種別	公益財団法人
法人代表者	理事長　佐藤育子
電話番号	０２４２－２２－４０２４

2　ご利用事業所

ご利用事業所の名称	介護医療院さくら通所リハビリテーション
指定番号	０７Ｂ０２０００１３
所在地	会津若松市宮町１番１号
電話番号	０２４２―２２―４０７５

3　事業の目的と運営方針

【事業の目的】

公益財団法人穴澤病院が開設する介護医療院さくら通所リハビリテーションが要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対して適正な通所リハビリテーションを提供し、利用者の心身の機能の維持回復を図ること

【運営方針】

通所リハビリテーション計画に基づき、理学療法、作業療法その他必要なリ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る。

4　当施設の職員体制及び職務内容

職員体制	人　数	職　務　内　容
管理者（医師兼務）	１名	従業者の管理及び施設の管理等
医　師（病院兼務）	１名以上	利用者の医学的管理等
看護職 介護職	４名以上	医師の指示を受け必要な看護・介護を実施
理学療法士（入所兼務） 作業療法士（入所兼務）	１名以上	医師の指示を受け利用者の自立支援を目的とした必要なリハビリテーションを実施
事務員（入所兼務）	２名以上	介護報酬事務等

5　事業所の設備等

定　員	２０名
食堂兼機能訓練室	１室　127.88 ㎡
浴室	一般浴槽
相談室	1
送迎車	３台

6　営業日及び営業時間

営業日

月曜日～金曜日（指定休日を除く）

指定休日　１２月３０日　～　１月３日

営業時間

午前８時３０分　～　午後５時

サービス提供時間

午前１０時　　～　午後４時１０分

7　サービスの内容

当事業所が提供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）サービスは以下の通りです。

①身体の介護に関すること

日常生活動作の程度により必要な支援及びサービスを提供する。

排泄の介助

移動、移乗の介助

その他必要な身体の介護

②入浴に関すること（要介護認定の方のみ）

家庭において入浴することが困難な利用者に対して必要な入浴サービスを提供する

衣類着脱の介助

身体の清拭、洗髪、洗身

その他必要な入浴の介助

③食事に関すること

給食を希望する利用者に対して必要な食事サービスを提供する

準備、後始末の介助

食事摂取の介助

その他必要な食事の介助

④アクテビィティサービスに関すること

利用者が生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるような生活援助・支援や家庭での日常生活に必要な基礎的なサービス・訓練及び機能低下を防ぐため必要な訓練を行う。

また、利用者の身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種サービスを提供する。

レクレーション

グループワーク

行事的活動

体操
機能訓練

⑤送迎に関すること
障害の程度、地理的条件により必要なサービスを提供する。
移動・移乗動作の介助
送迎

⑥相談、助言に関すること
利用者及びその家族の日常生活における身上、介護等に関する相談及び助言を行う。
日常生活動作訓練の相談、助言
日常生活自助具の利用方法の相談、助言
住宅改良に関する相談、助言
その他必要な相談、助言

8　利用料

①利用者からいただく利用料は別に定める料金表の通りです。
②通常の事業の実施範囲を越えて行う交通費については徴収しません。
③介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。
④通常の営業日に営業時間を超えた通所介護の提供について、やむを得ない事情で営業時間を超過して通所介護を利用する場合は実費料金を徴収いたしません。

9　身体拘束の廃止

当施設は高齢者虐待防止法を遵守し、高齢者の人権を尊重して、身体拘束は原則廃止します。但し利用者の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合（「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件を満たし、かつこれらの要件の確認等の手続きを実施）し、同意書を交わした時に実施することがあります。

１０　虐待の防止のための措置に関する事項

当施設は、利用者の尊厳を保持するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
①虐待防止委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
②職員に対して虐待防止のための研修を定期的に実施します。
③虐待または虐待が疑われる事案が発生した場合は、虐待防止指針に沿って速やかに解決に繋げます。
④虐待防止に関する責任者を選定しています。
・虐待防止責任者　　施設管理者　　佐藤　育子
・虐待防止担当者　　相　談　員　　佐藤　香菜子

１１　ハラスメント対策

当施設は、適切な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）サービスの提供を確保する観点からハラスメントを防止するための方針を明確化し必要な措置を講じます。
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身体的・精神的・性的ハラスメント行為は施設として許容しません。
上記は、当施設職員、取引先事業者、利用者及びその家族等が対象となります。

②職員に対してハラスメントに対する研修を実施します。
③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策を検討します。
④ハラスメントと判断された場合は行為者に対し、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　サービス内容に関する苦情

①当施設では支援相談窓口を設置しております。お気軽にご相談ください。
（電話０２４２－２２－４０７５）
②当施設では、利用者からの苦情に適切に対応するため以下の体制で苦情解決に努めております。

・苦情解決責任者	施設管理者	佐藤　育子
・苦情受付担当者	相談窓口	佐藤　香菜子
・対応可能な曜日・時間	月曜日～金曜日　午前９時　～　午後４時	

③施設内に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。
④当施設以外には、保険者である市町村の相談苦情窓口に苦情を伝えることができます。

１３　事故発生時の対応

当施設では、入所者の安心・安全を第一義的に考え運営を行っておりますが、万一事故が発生した場合は、ご家族に連絡を行うとともに、施設内規定に基づき、誠実に対応させていただきます。また市町村など行政機関にも通知します。

１４　非常災害対策

当施設の非常災害対策については、消防法施行規則第３条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第８条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難） （うち１回は夜間を想定した訓練を行う）	年２回以上
利用者を含めた総合避難訓練	年２回以上
非常災害用設備の使用方法の徹底	年２回以上

その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

１５　秘密保持等

①当施設は、個人情報保護法を遵守し、公益財団法人穴澤病院並びに当施設の個人情報の保護に関する基本方針に添って、入所者の個人情報を取り扱います。
②職員とは、業務上知り得た入所者又はそのご家族の秘密を保持するために、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持するべき旨の誓約書を交わしております。
③当施設は、利用者に医療上の必要がある場合には、他の医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
④当施設は、利用者にかかわる他の居宅介護支援事業者等との連携を図る等正当な理由がある場合には、利用者又は利用者家族等の個人情報を用いることができるものとします。
⑤利用者又は利用者家族等の個人情報を用いることに関しては、利用者及び利用者家族等から同意を得ていることを原則とします。

１６　緊急時の対応方法

利用者の容態が増悪した場合、その他必要な場合は、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医の医師又は歯科医師に連絡し、必要な措置を講じます。

１７　賠償責任

①介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、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利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が被害を被った場合、利用者及び扶養者等は連帯して当施設に対してその損害を賠償するものとします。

１８　連帯保証人

①連帯保証人は、利用者及び扶養者等と連携して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。

②連帯保証人の負担は、極度額を２０万円とします。

１９　提供するサービスの第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施しておりません。

２０　重要事項説明書に定めのない事項

この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者等と当施設が誠意をもって協議して定めるものとする。

≪説明をした職員≫

令和　　年　　月　　日、この重要事項説明書を交付し、介護医療院さくらの

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が説明しました。

≪説明を受けた方≫

令和　　年　　月　　日、この重要事項説明を受け

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（利用者とのご関係　　）が同意しました。

≪利用者氏名≫

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上