

介護老人保健施設こもれびの里・高浜 重要事項説明書【(介護予防) 通所リハビリテーション】

サービスの提供の開始に際し、(介護予防) 通所リハビリテーションの人員、施設及び設備ならびに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)第5条及び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(平成11年厚生省令第37号)第119条において準用する第8条の規定に基づいて、あらかじめ、当事業所があなたに説明する事項は、次のとおりです。

1 事業主

法人名	医療法人 碧会 (みどりかい)
所在地	愛知県高浜市論地町三丁目6番地16
電話番号	0566-53-7777
FAX番号	0566-53-7776
代表者	理事長 額田 協

2 事業所の名称及び所在地等

事業所名	老人保健施設 こもれびの里・高浜
事業所番号	2354680007
所在地	愛知県高浜市論地町三丁目6番地16
管理者	施設長 成田 洋 (医師)
電話番号	0566-53-7777
サービスの種類	(介護予防) 通所リハビリテーション
開設年月日	平成10年4月24日
その他サービス	介護老人保健施設、(介護予防) 短期入所療養介護

3 事業の目的と運営方針

(目的)

要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正かつ高次の(介護予防) 通所リハビリテーションサービスを提供し、利用者の心身機能の回復を図ることを目的とします。

(運営方針)

- ① (介護予防) 通所リハビリテーションの提供にあたっては、要支援・要介護者等の心身の特性を踏まえて、サービス計画に基づき、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、利用者が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にし、在宅生活が継続することを目指します。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。
- ③ 事業の提供にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4 職員の種類、員数、業務内容

事業所には次の職員を配置します。

職 種	員 数	業 務 内 容
管理者	1 人	職員の及び業務の統括、管理・監督・指導
医師	1 人以上	診察、病状の把握、診断と処置
看護師	2 人以上（常勤換算）	看護及び健康管理
介護職員	7 人以上（常勤換算）	日常生活全般の介護
支援相談員	1 人以上	相談受付、地域関係機関との連携
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	3 人以上	機能訓練、日常生活訓練、言語訓練 リハビリテーション実施計画書の作成
管理栄養士	1 人以上	栄養指導、栄養管理
事務職員	1 人	施設内の総務・庶務
その他	若干人	施設内の環境、備品の管理等

5 営業日、時間

営 業 日	月曜日から土曜日
営 業 時 間	8 時 3 0 分から 1 7 時
休 業 日	日曜日、年末年始（1 2 月 3 1 日から 1 月 3 日）

6 定員と利用時間の種類、内容

利 用 定 員	1 2 0 名
利 用 時 間	2 ～ 3 時間、3 ～ 4 時間、4 ～ 5 時間、6 ～ 7 時間
内 容	食事の提供、入浴、機能訓練、健康管理、送迎

7 利用料金

(1) 基本料金

通所リハビリテーションサービス費は、要支援・要介護度区分や介護保険負担割合で異なります。
詳細は別紙「利用料金表」をご確認ください。

(2) 各種加算

体制加算の場合は一律で料金が発生しますので、ご了承ください。利用の要件やサービスの内容によって異なります。詳細は別紙「利用料金表」をご確認ください。

(3) 食費

6 0 0 円（1 食あたり）

(4) その他費用

オムツ・リハビリパンツ 1 1 0 円（1 枚あたり）

尿取りパット 3 3 円（1 枚あたり）

8 通常の送迎実施地域

通常の送迎実施地域は次のとおりです。実施地域外の送迎につきましては、実施地域を越えた地点から自宅まで1キロメートルあたり100円の料金がかかります。

(通常の送迎実施地域)

高浜市全域、刈谷市小垣江町、安城市高棚町（芦池・茨池・井池）、碧南市東山町までの範囲

9 支払方法

前項の費用は、事前に別紙「利用料金表」で説明をしたうえ、毎月中旬までに前月分の請求書と口座振替の場合は前々月分の領収書を発行いたします。支払方法はご指定の銀行等の口座振替を基本とし、それ以外の支払方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法によります。

10 利用の手続

(1) 利用手続

利用と同時に契約を結び、サービス提供を開始します。

(2) 退所手続

①利用者のご都合で退所される場合

利用期間の変更やキャンセルを希望する前日までにお申し出ください。

②自動終了 以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

利用者が医療機関または介護保険施設・介護福祉施設等へ入院・入所した場合

利用者が死亡された場合

11 緊急時の対応

利用者の容態に変化等があった場合は、当施設医師により必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかにご連絡します。必要に応じて近隣の協力病院等に搬送する場合があります。

12 事故発生時の対応

サービス提供中に事故等が発生した場合は、利用者及びご家族の安全と権利を守るよう努力するとともに、可能な限り事前に利用者及びご家族の納得、了解が得られるようにいたします。

サービス提供中に事故等が発生し、医療機関等での診療や治療が必要な場合は、速やかに高浜市を始めとした関係する市町村に報告します。

13 非常災害対策

非常災害に関する具体的な計画を立て、以下について必要な措置を講じます。

①防災教育及び基本訓練（消火・通報・避難） 年2回以上

（うち1回は夜間を想定した訓練を実施）

②非常災害設備の使用方法的徹底 随時

14 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害時において早期の業務再開を図るため、以下について必要な措置を講じます。

①業務継続計画の策定と職員への周知

②定期的な研修及び訓練の実施（年各2回）

③定期的な業務継続計画の見直しと必要に応じた変更

1 5 感染症対策

施設の設備や飲用水等の衛生管理に努めるとともに、必要に応じて保健所等へ相談・指導を求め連携に努めます。また、発生が予想される感染症に対し、以下について必要な措置を講じます。

- ①感染症対策に関する指針の整備
- ②感染症または食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会の開催
- ③定期的な職員研修

1 6 虐待防止

利用者等の人権擁護・虐待の発生を防止するため担当者を設置し、以下について必要な措置を講じます。また、サービス提供中に当施設職員または養護者（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入所者と発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

- ①虐待防止のための指針の整備
- ②虐待防止のための委員会の定期開催と結果について職員への周知
- ③定期的な職員研修（ハラスメント等ストレス対策を含む）

1 7 身体拘束の適正化

施設では原則として身体拘束は行いません。ただし、自傷他害のおそれがある等緊急やむを得ない場合は、「身体拘束適正化に向けた手順書」に則り、施設長である医師が身体拘束の必要があると判断したうえ、身体拘束適正化委員会の承認を受けた事例に限り、身体拘束その他入所者の行動を制限することがあります。この場合、医師をはじめとする施設職員はその様態及び時間、心身の状況、緊急やむを得なかった理由等を診療録に記録します。その他、以下について必要な措置を講じます。

- ①身体拘束の適正化に関する指針の整備
- ②身体拘束適正化のための委員会の定期的な開催
- ③定期的な職員研修

1 8 サービス内容に関する相談・苦情

ご要望あるいは苦情等がありました、以下のいずれかにお申し出ください。

(1) 受付窓口 事務長 加藤元久 Tel 0566-53-7777 Fax 0566-53-7776

受付時間 月曜日から金曜日 午前8時45分から午後5時まで

※不在の場合は、支援相談員にお申し出ください。

(2) その他

高浜市役所（いきいき広場） 介護・障がいグループ Tel 0566-52-9871

碧南市役所 高齢介護課 介護係 Tel 0566-41-3311

安城市役所 介護保険課 介護審査係 Tel 0566-71-2257

刈谷市役所 長寿課 Tel 0566-71-2257

※他の市町村の場合は以下の連絡先（説明者が記載します）

【 】 【 】 【Tel - - 】

愛知県 国民健康保険団体連合会 Tel 052-971-4165

19 その他運営に関する重要事項

(1) 介護ハラスメント

利用者や家族が、施設の職員や他利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為【「介護現場におけるハラスメント対応マニュアル」に定義する身体的暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を出す、怒鳴る）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕、体に触る、卑猥な言動を繰り返す）のハラスメント行為を含む】を行い、その状態が改善されない場合は契約を解除します。

(2) 個人情報の取り扱い

利用者の個人情報につきましては、別紙「個人情報開示同意書」に則り、細心の注意を払って取り扱います。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

当事業者は、上記に基づき、（介護予防）通所リハビリテーションの重要事項について説明致しました。

（事業者） 事業者名 医療法人碧会 老人保健施設 こもればの里・高浜

説明者 _____ 印

私は、事業者から上記に基づき、重要事項について説明を受けました。

（利用者） 住所

氏名 _____ 印

（代理人または立会人） 住所

氏名 _____ 印（続柄）