

医療法人財団 明理会 道南森ロイヤルケアセンター

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション

重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名	医療法人財団 明理会 介護老人保健施設 道南森ロイヤルケアセンター
開設年月日	平成 31 年 4 月 1 日
所在地	〒049-2311 北海道茅部郡森町字上台町 326 番地 117
電話番号	01374-3-2111
開設者	理事長 中村 哲也
管理者	施設長 小沼 士郎
事業所番号	0151580081

(2) 事業の目的

訪問リハビリテーション事業所及び介護予防訪問リハビリテーション事業所は、事業所のスタッフが、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションを提供する事を目的とする。

(3) 運営の方針

事業所は利用者である要介護者等の意志及び人格を尊重し、常に利用者本位のサービスに努める。要介護者等が、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事ができるよう、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事により、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となる事の予防に資するようその目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。

また、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(4) 事業所の職員体制

管理者（医師） 1名以上
理学療法士・作業療法士 1名以上 ※介護老人保健施設と兼務

(5) 事業所の営業日及び営業時間

○営業日 月曜日から土曜日 ※但し、12月30日から1月3日までを除く。
○営業時間 8：30から17：30

(6) サービス提供可能な日と時間帯

○サービス提供日 月曜日から金曜日 ※但し、12月30日から1月3日までを除く。
○サービス提供時間 9：00から17：00

2. 職務内容

- (1) サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業所と連携を図ります。
- (2) 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が多職種協働により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って「(介護予防)訪問リハビリテーション計画」を作成します。作成に当たっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画書は、利用者に交付します。
- (3) 「(介護予防)訪問リハビリテーション計画」に基づき、訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- (4) 常に利用者の病状、心身状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。
- (5) それぞれの利用者について、サービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

3. (介護予防)訪問リハビリテーションの内容及び費用について

(1) (介護予防)訪問リハビリテーションの内容について

要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、利用者の居宅において、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う事により、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

1. 利用者又は家族からの金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
2. 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の享受
3. 利用者の居宅での飲酒、飲食、喫煙

4. 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護する為のやむを得ない場合を除く）
5. その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、そのほかの迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料

別紙を参照してください。

4. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) (介護予防) 訪問リハビリテーションを利用される方で体調不良、もしくは何らかの事情によりキャンセルされる場合は、なるべくお早め（できれば前日もしくは、当日の8:30まで）にご連絡ください。
- (2) (介護予防) 訪問リハビリテーションを利用される方には、毎月末締めで請求書を作成し、翌月10日頃までに請求します。現金払い、口座引き落とし、お振り込みのいずれかにてお支払いください。
- (3) 訪問リハビリテーションご利用者が介護認定区分において要支援1・2に該当されかつ、介護予防支援サービス計画書において当介護予防訪問リハビリテーションに位置づけられた場合、契約は自動更新するものとします。
- (4) 介護予防訪問リハビリテーションご利用者が介護認定区分において要介護状態に該当されかつ、居宅介護支援サービス計画書において当訪問リハビリテーションに位置づけられた場合、契約は自動更新するものとします。
- (5) (介護予防) 訪問リハビリテーションご利用者が介護認定区分において自立に該当された場合は、契約は自動終了するものとします。

5. 苦情等の申し出について

- (1) (介護予防) 訪問リハビリテーションに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速かつ適切に対応します。

- 相談担当者 : 支援相談員 岸本 美穂
リハビリテーション科 近野 久実
- 電話 : 01374-3-2111
- ファックス : 01374-3-2112
- 相談時間 : 月曜日から土曜日 8:30 から 17:30

- (2) 公的機関においても、次の機関に苦情申し出ができます。

森町役場介護保険係 電話 : 01374-2-2181 FAX : 01374-2-7123	森町地域包括支援センター 電話 : 01374-3-2322 FAX : 01374-3-2310	北海道国民健康保険団体連合会 電話 : 011-231-5161 FAX : 011-231-2178
--	---	---

6. 緊急時の対応

利用者に対する（介護予防）訪問リハビリテーションの提供を行っている時に利用者の病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに利用者の家族、協力医療機関又は主治医等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. 事故発生時の対応

利用に対する（介護予防）訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村及び協力医療機関又は主治医、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8. 身体拘束

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。ただし、利用者の生命又は身体を保護するため等緊急やむを得ない場合は、事業所責任者又は施設長が判断し、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、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。

9. 虐待防止

事業所は、利用者等の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために下記の措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止担当者：虐待防止委員会 委員長

(2) 虐待防止のための委員会を定期的開催し、結果について従業員に周知徹底を図ります。

(3) 虐待防止のための指針を整備します。

(4) 従業員に対し、虐待を防止するための研修を定期的実施します。

(5) サービス提供中に、当該事業所事業者または擁護者（家族・親族等）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、速やかに自治体へ通知します。

10. 業務継続計画の策定

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務計画に従い、必要な措置を講じます。

(2) 従業員に対し、業務継続計画に関して周知するとともに、研修・訓練を定期的に行います。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、変更を行います。

1 1. 個人情報の取り扱い・提供について

当事業所は、利用者からご提供いただいた、ご本人及び家族に関する個人情報を、下記の目的以外に利用しないこととお知らせいたします。

(1) 利用者への（介護予防）訪問リハビリテーション提供（サービス担当者会議・計画・報告・連絡・相談等）・介護保険業務（ケアプラン作成等）・利用者の為に行う管理運営業務（会計、報告事務、看護・医療サービスの向上）・当事業の為に行う管理運営業務（業務の維持・改善の為の基礎資料の作成、学生などの実習への協力、職員の教育の為に行う事例研究等）

(2) 当事業所は利用者から、ご本人と識別される保有個人情報の開示を求められたときは、利用者に対し、遅延なく、当該保有個人情報を開示いたします。なお、開示の方法は書面の交付または求めを行った方が同意をされた方法といたします。

1 2. その他

(1) 当事業所では感染が蔓延する事が無いように感染予防に努めておりますが、不測の事態により感染者が発生した場合は、関係機関に連絡をとり、感染予防マニュアルに基づき適切な措置を講じます。発生時には事業所スタッフの指示に従われるよう、ご協力ください。

(2) 当事業所は実習指定施設（リハビリ実習生等）となっておりますので、同行訪問する事があります。

重要事項説明同意書

令和 年 月 日

【事業所】

当事業所は、訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの利用開始にあたり、ご利用者及び連帯保証人に対して重要事項説明書に基づき、サービス内容及び重要事項を説明しました。

〈事業所名称〉 医療法人財団 明理会
介護老人保健施設 道南森ロイヤルケアセンター

〈事業所住所〉 北海道茅部郡森町字上台町 326 番地 117

〈代表者〉 施設長 小沼 士郎

〈説明者〉 氏名 _____

【ご利用者】

私は、訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの利用開始にあたり、事業所からサービス内容及び重要事項について文書に基づいて説明を受けましたので、下記の通り同意します。

〈ご利用者氏名〉

_____ (印)

〈連帯保証人氏名〉

_____ (印) (続柄 _____)