

指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所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	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11年4月21日
所 在 地	〒049-2311 茅部郡森町字上台町326番地117
施 設 面 積	2,985.00㎡
施 設 建 物	3,722.75㎡
電 話 番 号	01374-3-2111
開 設 者	理事長 中村 哲也
管 理 者	施設長 村上 正道(医師)
事 業 所 番 号	0151580081

(2) 事業の目的

通所リハビリテーション事業所及び介護予防通所リハビリテーション事業所、道南森ロイヤルケアセンターは、事業所の従業者が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所リハビリテーションおよび介護予防通所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。要介護者等の心身の特性を踏まえて、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう理学療法、その他の必要なリハビリテーションを行なうことにより、利用者の心身の機能回復維持を図るものとする。

事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター、居宅サービス事業者並びに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) 施設の職員体制

	常 勤	非常勤	業 務 内 容
医師	1	1	医学管理一般
看護職員	2	1	通所リハビリ計画及び介護予防通所リハビリ計画に基づく看護業務
介護職員	10	1	通所リハビリ計画及び介護予防通所リハビリ計画に基づく介護業務
歯科衛生士	1		通所者に対する口腔ケア業務
理学療法士	9	6	通所者に対する機能訓練業務
作業療法士	2	3	通所者に対する機能訓練業務
言語聴覚士		3	通所者に対する機能訓練業務
支援相談員	3	2	通所者及び家族への相談業務
管理栄養士	1		食事管理一般、栄養指導
事務職員	8	7	請求業務及び管理一般
技能員	2	1	運転業務

(5) 定員 50名(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)

(6) 利用日・利用時間

利 用 日 月曜日～土曜日(12月31日～1月3日を除く)

営業時間 8:30～17:30

(7) 食事の提供方法と時間

食 事 提 供 管理栄養士によって管理され保温・保冷配膳車による食事の提供を行ないます。

食 事 の 時 間 昼食 12:00～13:00

2. サービスの内容

(1) 通所リハビリテーションサービスの内容

- ①通所リハビリテーション計画の立案
- ②機能訓練(理学療法、運動療法等)
- ③介助・介護(排泄介助、おむつ交換、食事介助、入浴介助等)
- ④行事(月1回程度実施)

(2) 介護予防通所リハビリテーションサービスの内容

- ①運動器機能向上訓練(運動器機能向上計画に基づいた訓練)
- ②口腔機能向上訓練(口腔機能改善管理指導計画に基づいた訓練)
- ③栄養改善・栄養状態の管理(栄養ケア計画に基づいた改善指導、管理)

(3) 共通するサービスの内容

- ①食事(管理栄養士による栄養指導も行なっています。)
- ②入浴(一般浴槽の他、介助を要する通所者は、特別浴槽で対応します。バイタルチェックにより入浴が困難な場合は、中止する場合がございます。月～土実施)
- ③送迎サービス(居宅と事業所間の送迎)
- ④医学的管理、看護(健康チェック、投薬等)
- ⑤理美容サービス(希望者は、事前に支援相談員または介護職員まで申し込んで下さい。※実費)
- ⑥相談援助サービス
- ⑦その他

※これらのサービスの中には、別途料金を頂くものがありますので支援相談員までご相談下さい。

3. 保険一部負担金と利用料

- (1) 通所リハビリテーション ……別紙1 参照のこと
- (2) 介護予防通所リハビリテーション ……別紙2 参照のこと

4. サービス利用にあたっての留意事項

(1) 通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーションを利用される方

には、利用初日にクリアファイルをお渡ししますので次回より忘れずにお持ち下さい。

(2) 通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーション利用期間中に、医療機関等に 通院されていて、定時にお薬を服用されている方は、当日服用分(内服薬・外用薬)のみを袋に 入れ通所リハビリ担当兼介護予防通所リハビリテーション職員 までお渡し下さい。

(3) 連絡帳に在宅での利用者の心身の状況の変化、もしくは特にお気づきの事柄について記入して いただく欄がございますのでご活用下さい。

(4) 通所リハビリテーションおよび介護予防通所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をされる場合は前日8:30～17:30までにご連絡をお願いします。 またやむを得ず当日お休みされた場合には、昼食のキャンセルが出来ませんのでご了承ください。

(5) 通所リハビリテーションおよび介護予防通所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日頃までに請求書をお渡しいたします。口座振替を原則としておりますが 窓口による現金でのお支払いも選択できますので支払方法についてご希望がある場合は、 支援相談員に申し出て下さい。

(6) 通所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・要支援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通所リハビリテーションに位置付けられた場合、契約は 自動更新するものとします。

(7) 介護予防通所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通所リハビリテーション位置づけられた場合、契約は自動更新 するものとします。

(8) 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、契約は自動終結するものとします。

5.非常災害対策

施設では、通所者の安全確保という観点から非常災害に備えて、消防計画を作成し、年2回【通報訓練・消火訓練・非難訓練】を実施しております。

- ◆防災設備……………スプリンクラー、消火器等
- ◆防火訓練……………年2回実施

6.苦情等の申し出について

(1)通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーションについてご不明な点、疑問、苦情等ございましたら、支援相談員までお気軽にご相談下さい。

相談担当者 看護部課長 川端 伸吾 支援相談員係長 葛西 亮介

電話 : 01374-3-2111 FAX : 01374-3-2112

(2) 公的機関においても次の機関に置いて苦情申し出ができます。

森町役場保健福祉子育て課 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
---	---	---

(3) 第三者機関による福祉サービスに関する苦情解決制度があります。

事業者ではないところに福祉サービスの苦情を訴えたい時には、運営適正化委員会にご相談ください。
運営適正化委員会は、事業所の協力を得ながら苦情解決にあたります

北海道運営適正化委員会 (無料) 電話 : 011-204-6310 FAX : 011-204-6311 tekisei@vesta.ocn.ne.jp
--

(4) カスタマーハラスメントについて□

当施設では、職員が安心して業務に従事できる環境を確保するため、利用者及びその家族等からの言動についても適切に対応いたします。社会通念上相当な範囲を超える言動は、カスタマーハラスメントとして取り扱う場合があります(例: 暴言・威圧的言動、人格否定、過度な要求、身体的接触や性的言動 等)。□
また、該当する場合には、面談や文書による説明・お願いを行うほか、必要に応じて対応方法や□
契約内容の見直しを行うことがあります。
当施設は、信頼関係を大切にしつつ、職員の安全及び就業環境の確保に努めてまいります。

7.緊急時の対応

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の提供を行っているときに
利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者および利用者の家族へ連絡するとともに、協力医療機関、又は主治の医師・歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

8.事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族へ連絡するとともに、関係市町村及び協力医療機関、又は主治の医師・に連絡をとる等必要な措置を講じます。

9. 身体拘束について

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。但し、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、施設管理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、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。

10. 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止する為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) 虐待防止の為に委員会を定期的に開催し、結果について従業員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止の為に指針の整備をしています。

(4) 従業員に対し、虐待を防止する為の研修を定期的に実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所又は擁護者(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。

11. 業務継続計画の策定について

(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老人保険サービスの提供を継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(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。

12. 感染症対策について

施設では感染が蔓延することがな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、施設職員の指示に従われるようご協力下さい。

13. 食事の提供について

施設では減塩食を希望される利用者に対し、お味噌汁の提供を行っておりません。減塩食を希望されない利用者にはお味噌汁の提供をさせていただきます。

14. 貴重品の取り扱いについて

金銭: 使用する機会は行事等のイベントに限られるため多額の金銭は持ち込まないようお願いします。

補助具(眼鏡(コンタクトレンズ含)・義歯・補聴器):

1. 破損・紛失の可能性があるため、ポケットへの一時保管には十分にご注意下さい。
2. ティッシュやハンカチに包まず、必ず専用の容器で保管して下さい。
3. 病状により施設の職員が補助具の装着・脱着・洗浄・収納をお手伝いいたしますが、故意または過失による破損以外の賠償責任を、負いかねます。

※通所利用時の金銭・補助具は自己管理となりますので当施設において一切の責任を負いません。

15. 私物の取扱いについて

利用者が使用する私物(上靴・シャンプー・ボディソープ・ティッシュ・座布団・コップ、工作物等)は最後に利用した日より6ヵ月を経過した場合破棄させていただきます。

15.通所リハビリテーション利用時のリスク説明書について

当施設では利用者が快適に通所リハビリテーション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下さい。

《高齢者の特徴に関して》(ご理解いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落の可能性がります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応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、皮下出血が出来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。
- ☐ 認知症の症状により、他利用者とのトラブルや自傷行為等が起こる可能性があることをご理解下さい。
- ☐ 高齢者であり、脳や心臓の疾患により状態が急変する場合があります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

以上のことは、自宅でも起こりうることでありますので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明にて不明な点があれば、遠慮なくお尋ねください。

【請求書・明細書及び領収書の送付先】

※請求書・明細書及び領収書の送付先が連帯保証人と異なる場合にご記入ください。

氏 名 _____ (続柄 _____)
住 所 〒 _____
電 話 _____

【事故発生時の連絡先】

※連絡先が連帯保証人と異なる場合にご記入ください。

氏 名 _____ (続柄 _____)
住 所 〒 _____
電 話 _____

重 要 事 項 説 明 同 意 書

道南森ロイヤルケアセンター通所リハビリテーションサービス及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり、ご利用者及び連帯保証人に対して契約書及び重要事項説明書にもとづいて重要な事項を説明致しました。

北海道茅部郡森町字上台町326番地117
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
施設長 村上 正道 ⑩

説明者氏名

重要事項説明書において説明を受けた下記の料金に同意します。

(1)実費にかかる料金について

入浴レンタル品 (使用する ・ 使用しない) * 私物は料金がかかりません。
(バスタオル・フェイスタオル)

おやつ (有 ・ 無)

(2)減塩食の提供について

減塩食の提供 (希望する ・ 希望しない)

(3)お支払いの方法について

口座振替による支払い (希望する ・ 希望しない)

道南森ロイヤルケアセンター通所リハビリテーションサービス及び指定介護予防通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり、支援相談員より重要事項の説明を受けましたので下記の通り同意致します。

重要事項説明に同意した日 令和 年 月 日

【ご利用者氏名】 ⑩

【連帯保証人氏名】 ⑩ 続柄