

通所リハビリテーション重要事項説明書

令和3年5月1日 現在

1. 通所リハビリテーションサービスを提供する事業者

事業者：あさはら整形外科 院長 浅原 洋資

2. 当事業所の概要

(1)通所リハビリテーション事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名 あさはら整形外科通所リハビリテーションセンター

所在地 〒861-8072 熊本県熊本市北区室園町10番13号

TEL 096-345-8500 FAX 096-345-8502

介護保険指定番号：4317510131

サービスを提供する地域：合志市・熊本市

(2)通所リハビリテーション事業所の職員体制

- | | | |
|--------|----|------------|
| ・管理者 | 医師 | 1名（医師と兼務） |
| ・医師 | 常勤 | 1名（管理者と兼務） |
| ・理学療法士 | 常勤 | 1名以上 |
| ・作業療法士 | 常勤 | 1名以上 |
| ・看護師 | 常勤 | 1名以上 |

(3)事業所窓口の営業日および営業時間

- ・営業日：月曜～土曜日
- ・営業時間：月・火・水・木・金曜日 午前9時00分～午後6：00分
土曜日 午前9時00分～午後1：00分

(4)通所リハビリテーションサービス提供日・サービス提供時間

月・火・水・木・金曜日 午前10：00分～午後4：30分

(5)リハビリテーションの利用定員

1日の利用定員は1単位10人、2単位10人 合計20人とします。

(6)定休日

- ・日曜・祝日・土曜日の午後
- ・ゴールデンウィーク
- ・お盆休み
- ・年末年始

（臨時休業はその都度、案内させていただきます）

3. 通所リハビリテーション事業の主な目的及び運営の方針

(1)目的

要介護状態又は要支援状態となった場合においても、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ことにより、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、生活機能の維持向上を目指すことを目的とする。

(2)運営の方針

- ・サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。また、提供するリハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ・当施設では、居宅サービスが地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。

4. 通所リハビリテーション事業の主な内容と対象

事業内容は通所リハビリテーション計画に従って行います。

(サービス内容)

- ① 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計画の作成
- ② 医学的管理・看護
- ③ 運動療法、物理療法、自主訓練等のリハビリテーション
- ④ 介護に関する相談援助

*当施設は、送迎は行っておりません

(対象)

要支援1、要支援2、要介護1～3（歩行、トイレが自立されている方）の介護保険認定者

5. 利用料等

(1) サービス提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし当該指定通所リハビリテーションが法定代理受領分以外の場合は、介護保険報酬額の相当額を徴収します。

(2) 日常生活上必要となる費用（食事・教養娯楽等）については、諸費用実費として利用回数に応じて徴収します。その他、通所リハビリテーション利用において個人が準備すべきものや個人の希望による日常生活上のサービスについては実費徴収となります。

(3) 具体的な料金に関しては、別紙料金表をご参照ください。

6. 支払い方法

- (1) 毎月 10 日までに前月分の請求を行い、月中旬までのお支払いにて領収書を発行します。
- (2) 毎回の諸費用実費及びその他個人の希望による日常生活上のサービス、物品等の料金についてはサービス利用時にその都度徴収します。

7. 事業所の通所リハビリテーションサービスの特徴

- (1) 利用者の要支援・要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に努めるよう、その目標を設定し、計画的に行います。
- (2) 自ら提供するリハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善に図ります。
- (3) サービス提供にあたっては、医師および従事者が共同して利用者の心身の状況、希望等を踏まえて、リハビリテーションの目標を設定し、当該目標達成するための具体的なサービス内容を記載した通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持・回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行います。
- (4) サービスの提供にあたっては、常に利用者の病状、心身の状況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て適切なサービスを提供します。
- (5) 契約後、当施設での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を半永久的に利用できるとは限りませんのでご注意ください。サービス開始時にリハビリテーション計画書にて設定した目標を達成した場合には当施設での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は終了というかたちをとらせて頂くこともございます。サービスの延長に関しては院長の指示のもとで行わせて頂きます。

8. 虐待の防止について

以下に記載する内容の防止の為、職員に対しての研修開催など措置を講じる

(1) 身体的虐待

高齢者の身体に外傷が生じ又は生じるおそれのある暴力を加えること

(2) 介護・世話の放棄・放任

高齢者を衰弱されるような著しい長時間の放置、その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

(3) 心理的虐待

高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと

(4) 性的虐待

高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること

(5) 経済的虐待

高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること

9. 身体拘束について

原則として利用者に対し身体拘束を廃止する。但し、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、当施設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。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

《主治医》

氏名：

連絡先：

《ご家族》

氏名：

連絡先：

11. 事故発生時の対応

非常災害対策

- (1) 消防法施行規則第3条に規定する消防計画および風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、必要な設備を設け、防災、避難に関する計画を作成する。
- (2) 防火管理責任者、火元責任者は、あさはら整形外科院長とします。
- (3) 従業者は火災危険防止のため、始業時、終業時に自主的に点検を行います。
- (4) 非常火災設備は常に有効に機能するよう保持に努めます。

12. サービス提供等の記録

- (1) 指定通所リハビリテーションを提供した際には、当該指定通所リハビリテーション提供日及び内容、当該指定通所リハビリテーションについて利用者によって支払いを受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事柄を、利用者の居宅サービス計画を記録した書面又はこれらに準ずる書面に記録する。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションを提供した際に、提供した具体的なサービス内容等を記録するとともに、利用者からの申し出があった場合には、文章の交付その他適切な方法により、その情報を提供する。
- (3) 記録の保管は原稿を、原則5年間保管する
※ 保存形態としては、カルテ（紙）または、電子カルテでの保管とする。

13. 秘密保持

利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報について、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

14. 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する設備について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行う。
- (2) 感染症が発生し又はまん延しないように、感染症の予防及びまん延防止のための指針を定め必要な措置を講ずるための体制を整備する。
- (3) 定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行う。

15. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所利用者相談・苦情窓口

当事業所の通所リハビリテーションに関するご相談、苦情を承ります。

連絡先：TEL 096 - 345 - 8500

FAX 096 - 345 - 8502

担当者名：院長 浅原 洋資

受付時間：月～金曜日 午前9：00～午後6：00

土曜日 午前9：00～午後1：00

担当者不在の場合は、クリニック受付でも対応いたします。

(2) その他の利用者相談・苦情窓口

熊本市社会福祉協議会：TEL 096 - 322 - 2331

FAX 096 - 359 - 1800

契約をする場合は以下の確認をすること

令和 年 月 日

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な説明をしました

事業者

所在地 熊本県熊本市北区室園町10番13号

名称 あさはら整形外科

説明者

所属 リハビリテーションセンター

氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

利用者

住所 _____

名前 _____ 印

代理人

住所 _____

名前 _____ 印

情報開示同意書

あさはら整形外科通所リハビリテーションセンターを利用するにあたり、必要がある時は利用者又は代理人もしくは家族等に関する情報を、介護保険サービス利用のため、又は適切な在宅療養のために市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者、医療機関に開示することに同意します。

利用者

住所 _____

名前 _____

印

代理人

住所 _____

名前 _____

印

家族

住所 _____

名前 _____

印

令和2年9月1日 改定
令和3年5月1日 改定
令和3年10月27日 改定