

重要事項説明書（介護予防通所リハビリテーション）

1. 事業者概要

事業者名	川根内科外科血管外科クリニック
所在地	うるま市みどり町4丁目2番29号
電話番号	098-974-3025
指定番号	4710310295

2. 事業の目的

要支援状態にある利用者に対し、その有する能力に応じてできる限り自立した在宅生活が継続出来るための、機能訓練を行い心身機能の改善、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る目的でサービスを提供します。

3. 運営の方針

- 1) サービスの提供に当たっては、通所リハビリ計画に基づき利用者の心身の機能維持回復を図り、自立支援を目標に機能訓練、指導を行います。
- 2) サービス提供に当たっては、利用者又は、家族に分かりやすくサービス内容を説明し同意を得ます。
- 3) リハビリ計画は、関連スタッフが協働して作成し、継続的なサービスを提供します。
- 4) 利用者の心身の状態を的確に把握し、その特性に対応できる体制を整え、サービスを提供します。
- 5) 事業の実施に当たっては関係市町村、地域の保険医療、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. 職員の配置、勤務体制

職種	員数	勤務体制
管理者	1名（常勤兼務）	8：00～17：00
管理代行者	1名（常勤兼務）	8：00～17：00
理学療法士	1名（常勤専従）	8：00～17：00
看護師	2名（常勤専従） 1名（常勤兼務）	8：00～17：00
介護職	9名（常勤専従）	8：00～17：00

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（但し、土、日、祝祭日は休み）
営業時間	午前8時～午後5時

旧盆（旧暦7月15日）年末年始12月30日～1月3日

6. 事業所の利用定員：事業所の利用定員は40名とする。 3階40名

7. サービスの内容

*運動器機能向上訓練

*作業療法

*栄養機能改善、指導

*口腔機能改善、指導

*呼吸器リハビリ

*送迎（運転手、介助者2名でいたします）※状況に応じて変更あり

*相談、援助

8. サービス利用料（1月につき）

1) 介護予防通所リハビリテーション費	①要支援1	2268円
	②要支援2	4228円
2) サービス提供体制強化加算(I)	①要支援1	88円
3)	②要支援2	176円
4) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		6.6%
5) 食費自己負担額		450円/1食

9. 運営の事業の実施地域：通常の実施地域はうるま市、沖縄市の区域とする。

10. サービス利用に当たっての留意事項

- 1) 事業所内の設備や器具についての使用方法是、職員の指示に従って利用するものとする。
- 2) 決められた場所以外での喫煙は行わない。
- 3) 許可なく無断で外出、帰宅をしてはいけない。
- 4) 事業所内での飲酒は行わない。
- 5) 所持金、貴重品は自己の責任において管理する。
- 6) 事業所内に危険と思われる物品を所持しないこと
- 7) 転倒等を防止するため、環境整備に努めなければならない。

11. 非常災害対策

- 1) 事業者は、非常災害に備えて十分な防災対策を整備し、職員に年2回の火災訓練消火器の使用方法等の実施訓練を行う。
- 2) サービス提供時、災害が発生した場合従業員は、利用者の安全を第一に措置を講ず

るものとする。

3) 非常口付近の環境整備とドアの開閉が正常に機能しているか日頃から点検する。

4) フロア内の消火器の設置場所及び使用期間の確認。

1 2. 虐待の防止の為の措置に関する事項

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

1. 事業所において、介護職員その他の従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること

2. 当該事業所従業者又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

3. 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等活用して行うことができるものとする）を定期的に開催し、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

4. 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。役職：介護福祉士 氏名：久田一佳

5. 事業所における虐待防止のための指針を整備すること

1 3. 事故、緊急時の対応

事故及び緊急発生の際は、速やかに主治医と連携し処置を講ずるとともに利用者の家族、関係市町村、関係居宅支援事業所にも連絡を行います。

1 4. 苦情の申し立て窓口

苦情申し立て、相談窓口	外間 弥 山城徹
電話番号098-979-1466	FAX番号979-1466

1 5. その他の運営に関する重要事項

1) 事業者及び従業者は、知り得た利用者又は、その家族の秘密を保持し、退職後においても、これを保持します。

2) サービス担当者会議や緊急な医療機関等への利用者の個人情報の提供についても、事前に利用者から文書で同意を得てから情報を提供します。

3) 事業者は、サービス提供において使用する備品等において衛生管理に十分留意するものとする。

4) サービスの提供において感染症対策として利用者さんにうがい、手洗いを徹底し指導する。インフルエンザに対し予防接種を促す。

5) 事業所の従業員は、質の向上を図るため必要に応じ研修の機会を設ける。

6) 事業者は、サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には速やかに必要な損害賠償を行うものとする。ただし、利用者には重大な過失がある場合には損害賠償を減額できるものとする。

7) 当事業所は、利用者に対して身体拘束を行いません。

同意書

令和 年 月 日

当施設は、介護予防通所リハビリテーションのサービス提供にあたり、利用者及び家族サービス内容説明及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

事業所の所在地：うるま市みどり町4丁目-2番-29号 3階
事業所名：川根内科外科血管外科クリニック通所リハビリテーション
説明者名： _____ 印

私は、サービス内容説明及び重要事項書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明受け、同意します。

- 1、介護予防通所リハビリテーション費
 - 要支援1 2268円
 - 要支援2 4228円
- 2、サービス提供体制強化加算（I）
 - 要支援1 88円/月
 - 要支援2 176円/月
- 3、介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 6.6%
- 4、食費 450円/1食

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族 住所 _____

続柄()

氏名 _____ 印

電話番号 _____