愛知クリニック(通所リハビリ)　重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上注意していただきたいことを次の通り説明します。

1　事業者の概要

名　　称	医療法人　有心会
代　表　者	新里　徹
所　在　地	豊橋市松村町51番地
連　絡　先	(0532)47-3663

2　事業所の概要

事　業　所　名	愛知クリニック
所　在　地	豊橋市松村町48番地
連　絡　先	(0532)47-3663
事業所番号	2312004142
管　理　者	高井　一郎
営　業　日	月曜日～土曜日(12/31～1/3は除く)
営　業　時　間	８：３０　～　１７：００
実　施　地　域	豊橋市

3　職員体制

当事業所では、ご契約者に対して指定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提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

職種	職務内容	人数	勤務体制
医師	管理者	1　名	兼務
理学療法士	リハビリ	名	常勤勤務　名 非常勤勤務　名
介護職員	介護・リハビリ	名	常勤勤務　名 非常勤勤務　名
看護職員	看護・リハビリ	名	常勤勤務　名 非常勤勤務　名

4　事業の目的と運営方針

＜事業の目的＞

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を必要と認めた者に対し、医師の指示に基づき、その利用者が可能な限り、その居宅において、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・向上を目指し施設内にて必要なリハビリを行うことを目的とします。

＜運営方針＞

1　医学的管理の下、ご契約者の心身の状態に応じた計画を立て、日常生活動作の維持、回復を図り、在宅で過ごすための動作能力を最大限に引き出すことに努めていきます。

2　住み慣れた自宅で安心して生活を送ることができるよう、包括的な観点を持ち、ご契約者の生活の質の確保に努めていきます。

3　事業の実施にあたり、地域の保険、医療、福祉サービスを提供する関連機関との密接な連携を図り、適切なサービスの提供を行うよう努めていきます。

5　事業所が提供するサービス

<table>
<tr><td>1日型</td><td>3～4時間</td><td>1～2時間</td></tr>
<tr><td rowspan="2">9：20～16：30</td><td>9：20～12：30
13：20～16：30</td><td>10：15～11：30
14：15～15：30</td></tr>
<tr><td colspan="3">送迎</td></tr>
<tr><td colspan="3">リハビリ</td></tr>
<tr><td colspan="2">入浴</td><td>-</td></tr>
<tr><td>食事・おやつ</td><td>食事又はおやつ</td><td>-</td></tr>
<tr><td>レクリエーション</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>

6　利用料

別紙参照

7　お支払い方法

料金は一カ月ごとに計算し、翌日請求させて頂きます

1　現金回収

2　口座引き落とし

3　口座振り込み

8　緊急時等の対応方法

サービスの提供中に体調の変化等があった場合は、医師に相談・指示を仰ぎ、速やかに主治医、ご家族等へ連絡を取り、必要な処置を行います。そのため、緊急時の連絡先等が変更になった場合は、その都度ご連絡ください。

9　事故発生時の対応方法

利用者に対するサービス提供に当たり、事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者の家族、当該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、必要な処置を講じます。また、事故の状況及び事故に関して取った措置を記録します。サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償に応じます。

10　利用にあたっての注意事項

＜送迎時間＞

渋滞等の交通事情により送迎時間が多少前後する場合があります。15分以上遅れることがありましたら、ご連絡させて頂きます。

＜自然災害等＞

自然災害等にて移動が困難な場合は、サービスの変更や中止を事業所にて判断することがありますので、ご了承ください。

11　虐待の防止

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその発生を防止するために以下の対策をしています。

1　虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果を従業者に周知徹底を図っています。

2　虐待防止のための指針を整備しています

3　従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

4　サービス提供中に、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。

12　身体拘束

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合などと、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者家族に説明し、同意を得たうえで、次のことに留意し、必要最低限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び様子等についての記録を行います。また、事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
非代替性	身体拘束意外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
一時性	利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

13 ハラスメント

1 事業者は、従業者の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

(1) 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為

(2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

上記は、当該法人従業者、関係事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。

② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

14 衛生管理等

1 提供する施設、運動器具、椅子等について消毒等衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

2 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

3 事業所において感染症が発生、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③ 従業者に停止、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

15 業務継続計画

1 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業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、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

2 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

3 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16 苦情の受付について

(1)当事業所に置ける苦情の受付

（事業所の窓口）

愛知クリニック通所リハビリテーション　苦情相談窓口

担　当　者	杉原　良仁		
所　在　地	愛知県豊橋市松村町48番地		
電　話　番　号	(0532)48-7757	fax番号	(0532)38-5445
受　付　時　間	月曜日～土曜日　8：30～17：00		

(2)行政機関その他苦情受付機関

（市町村の窓口）

東三河広域連合　介護保険課

所　在　地	愛知県豊橋市八町通２丁目16番地		
電　話　番　号	(0532)26-8471	fax番号	(0532)26-8475
受　付　時　間	平日　8：30～17：00		

（公的団体の窓口）

愛知県国民健康保険団体連合会　介護福祉室

所　在　地	愛知県名古屋市東区泉一丁目6番5号		
電　話　番　号	(052)971-4165	fax番号	(052)962-8870
受　付　時　間	平日　9：00～17：00		

17 サービスに対する評価の実施状況

事業所は情報公表制度の報告を、毎年１回行っております。サービスの第三者評価について、外部評価は実施していません。

令和　　年　　月　　日

当事業所のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

愛知クリニック　　説明者　　㊞

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、サービスの提供の開始に同意しました。

利用者

氏名　　㊞

住所

上記代理人

氏名　　㊞（続柄：　　）

住所

※　この重要事項誠つ名所は厚生省令に基づき、利用申込者、又はそのご家族への重要説明のために作成したものです。

※　重要事項説明書は２部作成し、１部は事業所要、１部は利用者用として保管します。

愛知クリニック(通所リハビリ)　重要事項説明書　別紙

6 利用料

基本単位

(1単位10.17円)

	1日型		3～4時間		1～2時間	
要介護1	762	単位/回	486	単位/回	369	単位/回
要介護2	903	単位/回	565	単位/回	398	単位/回
要介護3	1046	単位/回	643	単位/回	429	単位/回
要介護4	1,215	単位/回	743	単位/回	458	単位/回
要介護5	1,379	単位/回	842	単位/回	491	単位/回
要支援1	2,268 単位/月					
要支援2	4,228 単位/月					

加算・減算

(1単位10.17円)

	1日型	3～4時間	1～2時間
リハビリテーション提供体制加算1	- 単位/回	12 単位/回	- 単位/回
入浴介護加算Ⅰ	40 単位/回		
重度療養管理加算	(要介護3～5) 100 単位/月		
送迎減算	-47 単位/回		
処遇改善加算Ⅱイ	合計単位数×10%		

※介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、全額自己負担となります。

自費分

昼食代	500	円/食	
おやつ代	150	円/食	
おむつ代	パッド	50	円/枚
	パンツ	150	円/枚
	おむつ	100	円/枚