

重要事項説明書

貴方に対して、西光苑通所リハビリテーション事業所（介護予防通所リハビリテーション事業所を含む。以下「当事業所」という。）が行う、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を含む。以下同じ。）の提供開始にあたり、法令の定めるところにより、当事業所が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

施設名	介護老人保健施設 西光苑
開設年月日	平成4年6月15日
所在地	佐賀県伊万里市山代町峰6545番地11
電話番号	0955-28-1115
FAX番号	0955-28-4888
管理者名	古賀 浩作
介護保険事業所番号	4150580019

(2) 当事業所が行う通所リハビリテーションの目的と運営方針

(目的)

当事業所が行う通所リハビリテーションは、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態。以下同じ。）と認定された利用者（以下「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画（介護予防通所リハビリテーション計画を含む。以下「通所リハ計画」という。）を立て、通所リハ計画に基づき、通所リハビリテーションサービス（介護予防通所リハビリテーションサービスを含む。以下「デイケアサービス」という。）を提供し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的としています。

この目的に沿って、当事業所では以下のような運営方針を定めています。

(運営方針)

当事業所では、通所リハ計画に基づいて理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なりハビリテーションを行い、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その居宅において、自立した日常生活を営むことが出来るよう在宅ケアの支援に努めます。

また、明るく家庭的な雰囲気の中、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことが出来るようデイケアサービスの提供に努め、地域包括ケアを担う事

業所として、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者を含む。以下同じ。）、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村等と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的かつ効率的にサービスの提供を受けることが出来るように努めます。

(3) デイケアサービスについての概要

デイケアサービスについては、利用者が居宅において介護サービスを利用するために立案された居宅サービス計画（介護予防サービス計画を含む。以下同じ。）に基づき、当事業所をご利用いただき、利用者の心身の機能の維持回復を図るため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを提供します。

また、デイケアサービスを提供するにあたっては、医師及び理学療法士、作業療法士その他専らデイケアサービス従業者が共同して、通所リハ計画を作成しますが、その際、利用者、そのご家族及び身元引受者等のご希望を十分に取り入れます。また、通所リハ計画の内容については、書面により同意をいただきます。

(4) 等事業所の職員体制

(主な職員数)

職種	現人員数	指定基準数
管理者（医師）	1	1
理学療法士・作業療法士	1以上	1以上
看護職	4以上	3以上
介護職		
支援相談員	1	
管理栄養士	1	
調理員、事務員等	必要数	

(職員の職務内容は次のとおりとする)

- ① 管理者は、当事業所の適正な管理及び運営を行うため、必要な指揮命令を行う。
- ② 医師は、当事業所の従業者に、通所リハビリテーションの提供に当たらせる。
- ③ 看護職員及び介護職員は、デイケアサービスの業務に従事する。
- ④ 理学療法士、作業療法士等は、利用者の通所リハ計画等に基づくリハビリテーションを行う。
- ⑤ 支援相談員は、利用者及びその家族の相談業務に従事する。
- ⑥ 管理栄養士及び調理員は、利用者の給食業務に従事する。
- ⑦ 事務員等は、必要な事務等に従事する。

(5) 営業日及び営業時間

当事業所の営業日及び営業時間は以下のとおりとする。

- ① 毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とする。
(ただし、12月31日～1月3日を除く。)
- ② 営業日の午前9時から午後4時までを営業時間とする。ただし、利用者の希望で延長することができる。

(6) 利用定員

当事業所が行う通所リハビリテーションの利用定員数は、40人とする。

2. サービスの内容

- ① 通所リハ計画の立案
- ② 食事サービス (昼食時間 12:00～12:30)
- ③ 入浴サービス (一般浴槽のほか、入浴に介助を要する利用者は特殊浴槽で対応いたします。ただし、利用者の身体の状態に応じ、清拭となる場合があります。)
- ④ 体温測定、血圧測定等の健康チェック
- ⑤ 介護サービス (日常生活全般)
- ⑥ 機能訓練 (リハビリテーション、レクリエーション、クラブ活動等)
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑨ その他

※ これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

3. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関等にご協力いただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

○ 協力医療機関

名称 医療法人光仁会 西田病院
住所 佐賀県伊万里市山代町楠久890番地2
電話番号 0955-28-1111

○ 協力眼科医療機関

名称 医療法人 世戸医院
住所 佐賀県伊万里市伊万里町甲412番地
電話番号 0955-23-5235

○ 協力歯科医療機関

名称 小野デンタルオフィス
住所 佐賀県伊万里市東山代町長浜 2 1 2 9 番地 1
電話番号 0 9 5 5 - 2 5 - 9 7 5 8

4. 身体拘束に関して

当事業所では、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。しかしながら、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、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。ただし、この場合には、ご家族又は身元引受者等の同意をいただきます。また、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為の様態及びその時間、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等を記録することとします。

5. 緊急時(急変、事故時等)の対応

緊急(急変時等)の場合には、利用者に対し必要な措置を行うと共に、「契約書」にご記入いただいた連絡先及び居宅介護支援事業者等に連絡します。

また、事故が発生した場合は、利用者に対し必要な措置を行うと共に、速やかに市町村、利用者のご家族及び居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

6. 当事業所利用にあたっての留意事項

(1) 設備・備品の利用

当事業所内の設備・備品は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は弁償していただくことがあります。

(2) 飲酒及び喫煙

飲酒は、行事等で当事業所が許可する以外は原則禁止とします。

喫煙は、お断りいたします。

(3) 所持品の管理

所持品の管理には十分に気をつけていただき、衣類等の所持品には必ずお名前を記入して下さい。

(4) 現金等の管理

現金、貴金属等は紛失・盗難防止の為、当事業所には持ち込まないで下さい。必要がある場合には、利用者の責任のもと十分な管理をお願いします。

(5) ペットの持ち込み

当事業所へのペットの持ち込みは、お断りいたします。

(6) 身元引受者等の変更

身元引受者、連帯保証人、緊急時の連絡先等の変更があった場合には、支援相談員若しくは当事業所職員に速やかに届出をお願いいたします。

② 苦情等受付の報告・確認

苦情等受付担当者が受け付けた苦情等を、苦情等対応責任者及び苦情等解決責任者に報告いたします。

③ 苦情等解決のための話し合い

苦情等対応責任者及び苦情等解決責任者は、苦情等の申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

○ 佐賀県運営適正化委員会等の公的機関への申し出

苦情等の申出人と当事業所による話し合いでは解決が困難な場合等は、下記の公的機関に、苦情等の解決についての相談、助言、斡旋等を申し出ることができます。

- ・ 佐賀県運営適正化委員会「苦情解決小委員会」 (電話番号) 0952-23-2151
- ・ 佐賀県国民健康保険団体連合会「介護保険課」 (電話番号) 0952-26-1477
- ・ 伊万里市長寿社会課 (電話番号) 0955-23-2155

10. 衛生管理等

(1) 事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行います。

(2) 事業者は、当事業所において感染症及び食中毒（以下「感染症等」という。）が発生し、又はまん延しないように、次の措置を講じるものとします。

- ① 感染症等7の予防及びまん延の防止のための委員会を定期的で開催し、その結果を当事業所の職員等に周知します。
- ② 感染症等の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③ 当事業所の職員等に対し、感染症等の予防及びまん延の防止ための研修及び訓練を定期的に行います。

11. 虐待に関する事項

(1) 事業者は、利用者の人権擁護・虐待の防止のため、次の措置を講じます。

- ① 虐待の防止のための委員会を定期的で開催し、その結果を当事業所の職員等に周知します。
- ② 当事業所における虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、当事業所の職員等に対する研修を定期的に行います。
- ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するため、当事業所に虐待防止の担当者を置きます。
- ⑤ その他虐待の防止のために必要な措置を行います。

(2) 事業者は、デイケアサービス提供中に当事業所の職員又は養護者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）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するものとします。この場合、事業者は守秘義務違反の責任を負わないこととします。

1 2. 業務継続計画について

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するデイケア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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

1 3. ハラスメント対策について

事業者は、適切なサービスを提供する観点から、職場内において、又は利用者及びその家族等からの、当事業所の職員に対する性的な言動、暴力、暴言及び不当な要求等により、当事業所職員の就業環境が害されることを防止するため、ハラスメント防止のための指針を整備し、ハラスメントの防止に取り組みます。

1 4. 第三者による評価の実施状況について

当事業所の第三者による評価の実施状況は、下記のとおりです。

第三者による評価	1 あり	実 施 日	
		評価機関の名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし			

(説明した日時)： 令和 年 月 日 時 分～ 時 分

(説明した場所)： _____

通所リハビリテーションサービス又は介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項についての説明を行いました。

(事業所名) 西光苑通所リハビリテーション事業所
(介護老人保健施設 西光苑)

説明者職名 _____

氏名 _____

私たちは本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションサービス又は介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

(契約者) 住所 _____

氏名 _____

(身元引受者・署名代行者) 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

署名代行の理由 _____

(連帯保証人) 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____