（介護予防）訪問リハビリテーション重要事項説明書

１　法人（事業者）の概要

（１）法人名　　医療法人社団　慶晃会

（２）法人所在地　　川崎市多摩区登戸１８０１－１　瑞穂第一ビル２階

（３）電話番号　　０４４－９３２－００９４

（４）代表者名　　大串　一彦

（５）設立年月日　　２００７年３月２３日

２　ご利用事業所の概要

（介護予防）訪問リハビリテーションを実施する事業所の名称及び所在地、連絡先等は次の通りです。

（１）名称　　医療法人社団慶晃会　大串整形外科

（２）事業所番号　１４１５４０２７５５

（３）所在地　　川崎市多摩区登戸１８０１－１　瑞穂第一ビル２階

（４）連絡先　　電話番号　０４４－９３２－００９４

FAX　　０４４－９３３－５５０４

（５）開設年月日　２０１３年４月１日

（６）サービス提供地域　多摩区全域、高津区・宮前区・麻生区の一部地域

３　従業者の職種、員数及び職務内容

（介護予防）訪問リハビリテーションの従事者の職種、員数及び職務内容は、次の通りです。

（１）管理者

医療法人社団慶晃会　理事長　大串　一彦

（２）サービス提供者

理学療法士　　１名以上

責任者　　理学療法士責任者

（３）運営方針

利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて、その有する能力に応じ、できる限り自立した日常生活を営むことができるよう、（介護予防）訪問リハビリテーションサービスを提供致します。

また、（介護予防）訪問リハビリテーションの実施にあたっては、居宅介護支援事業者、及び保健・医療・福祉などのサービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

（４）提供するサービス

当院医師による徹底した医学管理の下、主治医との連携も密にし、計画的なリハビリテーションを提供致します。

４　営業日及び営業時間

（介護予防）訪問リハビリテーションの営業日及び営業時間は、次の通りです。

（１）営業日

月曜日～金曜日

祝日、年末年始休暇、夏季休暇、開院記念日、臨時休診日は除きます。

（２）営業時間

８時３０分～１７時３０分

５　利用料その他の費用の額

（１）利用料は厚生労働省の定める基準により、別紙（介護保険による（介護予防）訪問リハビリテーション利用者負担金一覧表）に示した通りです。

（２）交通費は、利用者の居住地域が、通常事業の実施地域内である場合は当事業所で負担させて頂きます。それを越える地域の場合は適宜請求させて頂きます。

（３）以上の利用者負担金は、月末締めのうえ１カ月毎に計算し、利用された翌月の１０日以降に当事業所より、納入の御案内を郵送させて頂きます。

６　サービスの中止・中断

（１）キャンセル規程

予約いただいたサービスをキャンセルされる場合は早急に下記に連絡してください。

当日キャンセルの場合は、午前８：４０までの間にご連絡お願い致します。

ご連絡がない場合は、１回当たりの利用相当額のキャンセル料を頂きます。

午前９：００から開始予定になっている利用者は、前日までにご連絡お願い致します。

＜キャンセル時の連絡先＞

医療法人社団慶晃会　大串整形外科　訪問リハビリテーションセンター

電話　０４４－９３３－５５０１　／　FAX ０４４－９３３－５５０４

（２）新型コロナウイルス等の感染症について

利用者、家族が新型コロナウイルス、インフルエンザ等の感染症に感染した場合や感染が疑われる場合は、速やかにご連絡ください。一定期間の訪問お休みを検討させていただく場合があります。

（３）諸事情によるサービス提供の時間短縮、中止について

訪問後、利用者の体調不良等の理由により、予定していたサービス提供を利用者、事業者の合意により時間短縮、または中止した場合は、サービス提供票に計画された料金を算定致します。

（４）事業者の交通事情や自然災害を理由とした中止について

豪雨、降雪、自然災害等で、当日のサービス提供が困難な場合は、事業者は利用者にサービス利用の中止をお願い致します。

（５）理学療法士の休暇処置

サービス提供を実施する理学療法士が突然の休暇等にて不在となった場合、他の曜日や他の時間に振替が可能で、利用者と事業者の協議にて合意が得られた場合には振替させていただきます。振替が困難な場合は、サービス提供中止をお願い致します。

7　サービスの継続・終了・中止について

継続・終了・中止は、当院医師の診療や主治医からの情報提供、利用者の希望・状態を評価のうえ決定致します。また、お休みが１ヶ月以上続いた場合や、認知症・拒否等で実施困難であった場合には、中止を相談させて頂きます。

8　緊急時の対応

サービス提供を行っている際に、利用者の病状に急変等が生じた場合、必要に応じて臨時応急の手当てを行い、速やかに医師、救急隊、家族等へ連絡します。

サービス提供後に病状が急変するなどの変化があった場合など、党事業所への連絡は下記までご連絡ください。

医療法人社団慶晃会　大串整形外科　訪問リハビリテーションセンター
電話　０４４－９３３－５５０１　/　FAX ０４４－９３３－５５０４

かかりつけ医　医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

協力医療機関　医療法人社団慶晃会　大串整形外科　　医師名　大串　一彦
電話番号　０４４－９３２－００９４

家族（身元引受人）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続き柄　　）
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9　事故発生時の対応

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

１０　サービス内容に関する苦情と相談

（１）相談又は苦情等に対する当事業所の窓口（連絡先）

窓口　　大串整形外科　訪問リハビリテーション責任者
電話番号　　０４４－９３３－５５０１
受付時間　　月曜から金曜日までの午前９時～午後５時３０分
（祝日、年末年始休暇、夏季休暇、開院記念日、臨時休診日を除く）

（２）その他

当事業所以外に区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

（各区の高齢・障害課：介護認定給付係）

川崎市多摩区　　電話　０４４-９３５-３１８７

川崎市宮前区　　電話　０４４-８５６-３２３８
川崎市麻生区　　電話　０４４-９６５-５１４６
川崎市高津区　　電話　０４４-８６１-３２６９
神奈川県国保連　介護苦情相談課　　電話　０４５-３２９-３４４７

１１　虐待の防止のための措置に関する事項

虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

（１）　虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について,従業者に周知徹底を図ります。

（２）　虐待の防止のための指針を整備します。

（３）　従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

（４）　前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

１２　身体拘束の適正化に関する事項

身体拘束の適正化のため、以下の措置を講じます。

（１）利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととします。

（２）やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録に残します。

１３　業務継続計画の策定

（１）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制での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。

（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うものとします。

１４　衛生管理等

感染症が発生し、又はまん延しないように、以下の措置を講じます。

（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ヶ月に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を図ります。

（２）事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

（３）事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１５　その他の留意事項

（１）訪問は、予定時刻の前後１５分程度の幅をもってお伺い致します。それ以上に前後する場合は電話にてご連絡致します。

（２）従業者は、金銭の貸借などの金銭の取扱いはいたしかねますので、ご了承ください。

（３）従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させて頂きます。

（４）リハビリテーションは、ご本人やご家族、在宅サービススタッフ等の間で相談の上、決定した目標に向けて施行しますが、リスク管理を優先し、内容や時間等は、その都度、変更させて頂きます。

説明日　　年　　月　　日

サービス契約の締結にあたり、上記の通り重要事項の説明を行いました。

事業所名　医療法人社団慶晃会　大串整形外科

管理者名　大串　一彦

サービス説明者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

サービス契約の締結にあたり、上記の通り重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

同意日　　年　　月　　日

利用者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿