

重要事項説明書（訪問リハビリテーション）

1 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設 リハビリゾートわかたけ 訪問リハビリテーション
所在地	神奈川県菅田町1826
事業者指定番号	1450280008
管理者・連絡先	竹田 雄馬 電話 045-476-1234
サービス提供地域	神奈川県全域 保土ヶ谷区：上菅田町・新井町・西谷町・東川島町・上星町・川島町・坂本町 仏向町・釜台町・常盤台・峰沢町 緑区：東本郷・本郷町・鴨居町・鴨居・白山・竹山・上山・中山町 寺山町・青砥町 都筑区：川向町・佐江戸町・加賀原・川和台・川和町・二の丸・東方町 折本町・大熊町・桜並木・仲町台・新栄町・勝田南・茅ヶ崎南 長坂・平台・高山・大丸 港北区：小机町・鳥山町・新横浜・新羽町・北新横浜
併設サービス	介護老人保健施設、(介護予防)短期入所療養介護、通所リハビリテーション

2 事業所の職員体制

管理者	管理者は、業務の管理を一元的に行います。	常勤兼務 1名
理学療法士 作業療法士	理学療法士・作業療法士は、利用者の居宅においてリハビリテーションを行います。	常勤兼務 1名以上

3 営業日及び営業時間

月曜日～土曜日	午前8時30分～午後17時30分
定休日	日曜・年末年始（12月30日～1月3日）

4 訪問日及び訪問時間

月曜日～土曜日	午前9時～午後17時
定休日	日曜・年末年始（12月30日～1月3日）

5 当事業所における運営方針

- (1) 利用者が自立した日常生活を営むこと及び利用者の家族の負担を軽減することを目標に、利用者の心身の特性を踏まえその有する能力に応じ、訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- (2) 訪問リハビリテーションサービスの計画の作成にあたっては、利用者の意思を尊重し、心身の状況、その置かれている環境に応じて、利用者が自立した日常生活を営むことができることを目標とします。
- (3) 事業の実施にあたっては、関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービス・ボランティア団体等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態になることの予防に資するように十分配慮します。
- (4) 事業所は、従業員の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備します。
 - ア 採用研修 採用後3ヶ月以内
 - イ 定期研修 年2回

6 サービス内容

作業療法士や理学療法士等が、ご利用者の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者がより自立した日常生活を営むことができるように、下記のサービスを提供します。

- (1) 心身機能に関すること：
関節の変形・拘縮の維持・改善、筋力の維持・改善、不安感・疼痛緩和のための介入など。
- (2) 日常生活活動に関すること：
寝返り、起き上がりや座位保持の訓練、立ち上がり訓練、歩行訓練、摂食・嚥下訓練など、日常生活活動の維持改善のための介入など。
- (3) 日常生活関連活動に関すること：
炊事・掃除・買い物などの家事や交通機関の利用に関する介入など。
- (4) 趣味・余暇活動に関すること
- (5) 住宅改修・福祉用具に関すること
- (6) 家族の支援に関すること：
家族への介助や介護の指導・相談など。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をします。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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。

8 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、対応及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

9 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーション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（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) 従業員に対し、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。

10 契約の解除について

契約の有効期限は、契約締結の日からご利用者様の要介護認定の有効期間満了日までとなりますが契約満了の14日前までに契約終了の申し出がない場合は、同じ契約で更新され、以後も同様となります。

(1) ご契約の解除を希望される場合

- ①理由の如何を問わず、3日前までにご連絡をいただくことにより、いつでも契約は解除できます。
- ②当方がこの契約に違反した場合、お約束したサービスを提供しなかった場合は、即時に契約を解除できます。

(2) ご契約が自動的に解除される場合

- ①介護施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型病床）に入居された場合
- ②要介護認定の結果が非該当〔自立〕となった場合
- ③ご利用者が亡くなられた場合

※長期での欠席が続く場合は、一旦契約の解除について、当方よりご相談させていただく場合があります。

(3) 利用者、家族、関係者等においてカスタマーハラスメントに該当するような次にあげるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

- ①従業員に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為

②パワーハラスメント、セクシャルハラスメント等の行為

③サービス利用中に従業員の写真や動画撮影、録音などを無断で SNS などに掲載する

1.1 秘密保持

事業所及びその従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

1.2 相談窓口、苦情対応について

当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

電話番号	045-476-1234		
FAX番号	045-473-8034		
担当者	鈴木 裕一	管理者	竹田 雄馬
その他	相談・苦情については、担当者あるいは管理者が対応します。不在の場合でも、対応した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者および管理者に引き継ぎます。		
区の窓口	神奈川区高齢・障害支援課 電話番号：045-411-7019	保土ヶ谷区高齢・障害支援課 電話番号：045-334-6394	緑区高齢・障害支援課 電話番号：045-930-2311
区の窓口	都筑区高齢・障害支援課 電話番号：045-948-2313	港北区高齢・障害支援課 電話番号：045-540-2325	
市の窓口	横浜市 はまふくコール（横浜市苦情相談コールセンター） 電話番号：TEL 045-263-8084		
公的窓口	神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険相談課 電話番号：045-329-3447		

1.3 緊急時の対応方

- サービス提供時における利用者の容態急変時には、速やかに家族または緊急連絡先者に相談し、利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
- 利用者が独居等で訪問担当者がその容態に緊急を要すると判断した場合は、予め届け出ていただいた家族または緊急連絡先に相談せずに、利用者の主治医、事業者の協力機関に連絡をとり医師の指示を仰ぎます。

利用者の主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	担当診療科目	
	入院設備の有無	有 ・ 無
	所在地	
	電話番号	
利用者の主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	担当診療科目	
	入院設備の有無	有 ・ 無
	所在地	
	電話番号	()

緊急連絡先 (優先順位 1)	氏名	
	利用者との続柄	
	住所	
	昼間の連絡先	自宅・勤め先・携帯・他 () ()
	夜間の連絡先	自宅・勤め先・携帯・他 () ()
緊急連絡先 (優先順位 2)	氏名	
	利用者との続柄	
	住所	
	昼間の連絡先	自宅・勤め先・携帯・他 () ()
	夜間の連絡先	自宅・勤め先・携帯・他 () ()
緊急連絡先 (優先順位 3)	氏名	
	利用者との続柄	
	住所	
	昼間の連絡先	自宅・勤め先・携帯・他 () ()
	夜間の連絡先	自宅・勤め先・携帯・他 () ()

【説明確認欄】 サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

介護老人保健施設 リハビリートわかたけ
説明者氏名_____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、老人保健施設サービスの提供開始に同意し、
交付を受けました。

利用者住所_____

氏名_____

代筆者住所_____

氏名_____

※代筆の場合、代筆理由を記載下さい

代筆理由 (_____)

身元引受人住所_____

氏名_____ (続柄 _____)