

重要事項説明書

私（利用者及びその家族）は、次の通りに同意します。

記

1 事業所の概要

事業所名	社会医療法人 敬和会 大分豊寿苑
所在地	大分県大分市大字皆春1521番地の1
事業者指定番号	4450180114
代表者名	理事長 岡 敬二
管理者	医師 岸川 正純
サービス提供地域	大分市
サービス概要	○介護老人保健施設 大分豊寿苑 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション 短期入所療養介護（ショートステイ）
関連施設	○大分豊寿苑居宅介護支援事業所 小池原 ○大分豊寿苑居宅介護支援事業所 皆春 ○大分豊寿苑ヘルパーステーション ○小規模多機能 陽だまりの郷 みなはる ○けいわデイサービス いきいきみなはる ○グループホームおおざい憩いの苑 ○グループホームこいけばる憩いの苑 ○地域生活サポートセンター けいわ ○けいわ訪問看護ステーション 大分 ○けいわ訪問看護ステーション 佐伯 ○看護小規模多機能型居宅介護 そら ○大分岡病院 ○大分リハビリテーション病院 ○在宅支援クリニックすばる

2 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類・業務	人 員
管理者	運営管理	医師 1名
療法士	訪問リハビリテーション	理学療法士 1名 作業療法士 1名 言語聴覚士 1名

3 営業時間

区分	月～金曜日
営業時間	8：30～17：30

(注) 日曜、年末年始(12/31～1/2)はお休みさせていただきます

4 サービス利用料及び利用者負担、キャンセル料について

- 1) 訪問リハビリ利用料は1割または2割、もしくは3割の利用者負担となります。
- 2) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が通常のサービス地域を越える地域に訪問・出張する必要がある場合には、その旅費(実費)の支払いが必要となります。自動車を使用した場合の交通費は片道100円となります。
- 3) 連絡がない急なキャンセルの場合はキャンセル料として基本的に以下の料金をいただきます。尚、容態の急変など、緊急でやむを得ない事情がある場合はキャンセル料は不要となります。
サービス利用の前日まで 負担なし
サービス利用の当日 利用料100%

5 人権の擁護と虐待防止の為の体制

- 1) 当事業所は、利用者の人権を擁護し、虐待を防止する為に、責任者を設置し、従事者への研修の実施等の体制整備を行います。
- 2) 虐待を発見したと思われる際には、速やかに事実確認を行い、利用者または家族への必要な措置を講じ、保険者への報告を行います。
- 3) 職員による虐待の事実が確認された場合については、就業規則に従い厳重な処分を行います。

6 相談・苦情の窓口

1) 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。

・訪問リハビリ責任者 作業療法士 岩下 絵美

電話番号 097-521-0110

FAX番号 097-521-1247

対応時間 営業時間内

2) 公的機関においても、苦情申し立てが出来ます。

大分市長寿福祉課	所在地	大分市荷揚町2番31号
	電話番号	(代表) 097-534-6111

7 緊急時等における対応方法

訪問リハビリテーションを実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、利用者の家族、管理者に報告致します。

8 非常災害対策

1) 事業所は風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、非常災害対策を行います。

2) 災害時に備え、法人内の連携や広域的相互応援体制の整備に努めます。

3) その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

4) 安全管理部門として「安全対策委員会・地域貢献防災委員会」をそれに当てます。

5) 感染症や非常災害の発生時において利用者に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施するため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。

6) 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行います。

7) 定期的な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。

9 その他

1) サービス提供時の事故やトラブルを避けるため次の事項にご留意ください。

- (1) スタッフは年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り扱いは致しかねますので、ご了承ください。また、貴重品の管理は、利用者・家族でお願いします。
- (2) スタッフに対する贈り物や飲食等のもてなしはご遠慮させていただきます。
- (3) スタッフは車両での移動のため、交通事情により提供時間に10～15分程度の差異が生じる場合がございます。ご了承ください。
- (4) 当事業所は、学生の実習施設となっております。年間を通じてリハ職・看護職・研修医・介護福祉士等の実習をさせていただいておりますので、ご自宅への訪問についてご協力をお願い致します。(実際に訪問をお願いする際には事前にご相談させていただきます。)
- (5) 飲酒により判断力の低下や安全を確保することが困難と判断した場合は、その日の訪問は安否確認のみで終了させていただきます。
- (6) 利用者・家族による暴言・暴力行為等のハラスメント行為を受けた場合、著しい不信行為と判断し契約を解除させていただきます。
- (7) サービスを円滑に提供できるように、ペットはゲージ内か他の部屋へ移動をお願いします。
- (8) 感染予防対策として手洗いの徹底を実施しています。サービス提供前後に手洗い場の使用について許可をお願い致します。

以上

年 月 日

〈利用者〉 住所 _____

氏名 _____

〈家 族〉 住所 _____

氏名 _____