

大井リハビリテーションクリニック 通所リハビリテーション 運営規定

(運営規定の趣旨)

第1条 大井リハビリテーションクリニック(以下、「事業所」という)において実施する指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーション(以下、「通所リハビリテーション」という)の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項及び共用する旨の事項を定める

(事業の目的)

第2条 介護保険法令の趣旨に従い、主治医に通所リハビリテーションの必要性を認められた要介護状態又は要支援状態にある者(以下「要介護者」という)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出来るように、事業所の職員が適正な通所リハビリテーションを提供することを目的とする

(運営の方針)

- 第3条
- 1 サービス提供の開始にあたり、要介護者の心身の状況等を把握し、個々の心身機能及び日常生活動作の維持及び回復のためのサービスの目標、内容等を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。
 - 2 作成した計画に基づき、各種サービスを提供します。また、実施にあたっては、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行い、要介護者の能力に応じた日常生活を営むことが出来るように、その自立の可能性を最大限引き出すサービスの提供に努めます。
 - 3 個別計画の実施状況等を把握し、その結果を居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者へ報告し、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。
 - 4 当事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
 - 5 当事業所は、利用者の人権擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。

(名称及び所在地)

第4条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次の通りとする。

- 1) 名 称: 大井リハビリテーションクリニック
- 2) 所在地: 岐阜県恵那市大井町字神徳1002-4

(従業者の職種、員数及び職務内容)

第5条 通所リハビリテーションに従事する職種、員数及び職務内容は、下記の表の通りとする。

従業者の職種	常勤(専従)	非常勤	職務内容
医師	1名(0)	0名	医療・管理者
医師	0名	1名	医療
理学療法士	8名(1)	0名	リハビリテーション
作業療法士	0名	0名	リハビリテーション
介護福祉士	0名	1名	介護
介護職員	3名(0)	1名	介護
看護職員	1名(0)	1名	看護
管理栄養士	0名	0名	栄養指導
事務職員	1名(0)	0名	事務

(営業日及び営業時間)

第6条 営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- 1) 営業日：月曜日から金曜日
- 2) 営業時間：8:45～17:00
- 3) サービス提供時間：①8:45～12:30の間で1.5時間 ②13:00～17:00の間で1.5時間
但し、利用者および家族の申し出によりサービス時間を変更する場合は、
営業時間内とし、かつ、適正の従業者を整えた上で対応することとする。
- 4) 休日：土曜日、日曜日、祝日、夏季休暇、年末年始

(利用定員)

第7条 利用定員は32人(サービス提供時間：①16人 ②16人)とする。

(通所リハビリテーションの内容)

第8条 通所リハビリテーションの内容は次のとおりとする。

- 1) リハビリテーション
- 2) 健康管理
- 3) 送迎
- 4) リハビリマネジメント(介護給付)
- 5) 運動器機能向上(介護予防)
- 6) 訪問指導

(利用料等)

第9条 利用者負担の額を以下の通りとする。

- 1) 保険給付の自己負担額を、別に定める料金表により支払いを受ける。
- 2) オムツ代、日用品費、教養娯楽費等を別に定める料金表により支払いを受ける。
- 3) 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に記名捺印を受ける。

(通常の事業の実施地域)

第10条 通常の事業の実施地域は事業所より主要幹線道路利用にて3km以内の地域

(身体の拘束等)

第11条 当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止する。但し、当該通所者または他の通所者等の生命または身体を保護するため等緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、その様態及び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を記録する。

(サービス利用にあたっての留意事項)

第12条 1 サービスの利用にあたっては、利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用申込者の同意を得る。
2 利用開始にあたっては、別に定める利用契約書に記載された事項を、当事業所と利用者の双方が確認を行い、その遵守に努めることとする。
3 災害その他やむを得ない事情がある場合を除き、サービス提供の実施を変更しない。
4 運動器の機能向上、栄養改善又は口腔機能の向上については、国内外の文献等において有効性が確認されている方法等に基づいて実施する。

(緊急時及び安全管理体制等における対応方法及び確保)

- 第13条 1 利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、重要事項を記した文書等に
従い、速やかに必要な措置を講じるものとする。
- 2 サービスの提供にあたり、ケア・カンファレンス等の情報を基に利用者の心身機能及び
介護・支援状況を把握し、利用者の安全管理に努める。

(苦情・相談処理)

- 第14条 提供した介護保険サービスに関し利用者からの苦情、相談に迅速かつ適切に対応するため、
苦情相談窓口を設置し、解決に向けて調査の実施、改善の措置を講じ、利用者及び家族に
説明するものとする。

(業務継続計画の策定等)

- 第15条 1 当事業所は、感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対し通所リハビリテー
ション(介護予防通所リハビリテーション)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るものとする。
- 2 当事業所は、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
訓練を定期的に行う。
- 3 当事業所は、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。

(事故発生時の対応)

- 第16条 1 当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに
市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行う。
- 2 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき
事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。

(消火設備及び非常災害対策)

- 第17条 事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常
災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行う。

(権利擁護・虐待防止等の為の責任者の設置)

- 第18条 利用者の人権の擁護、虐待の防止等の為、下記の責任者を設置する
人権の擁護、虐待の防止等責任者:管理者

(虐待の防止に関する事項)

- 第19条 当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる
事項を実施する。
- 1 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的開催
するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る。
 - 2 虐待防止のための指針を整備する。
 - 3 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
 - 4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する

(その他運営に関する重要事項)

- 第20条 1 従業員の資質向上を図るため研修の機会を設け、業務体制を整備する。

- ① 採用時研修 採用後6ヶ月以内
- ② 継続研修 年1回
- 2 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨に従業者との雇用契約の内容とする。
- 4 この規定に定める事項の他、運営に関する重要事項は、事業所の管理者と相談員との協議に基づいて定めるものとする。

附 則 1 この規定は、平成27年02月01日に制定。平成27年04月01日より施行。

- ・ 平成27年10月01日に変更。人員の移動による。
- ・ 平成28年8月22日に変更。利用定員。
- ・ 令和2年12月01日に変更。利用定員。
- ・ 令和6年2月20日に変更。運営方針、身体の拘束、業務継続計画、虐待防止。

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)重要事項説明書

＜令和6年4月1日現在＞

1 事業者

事業者の名称 大井リハビリテーションクリニック
事業者の所在地 岐阜県恵那市大井町字神徳1002番地4
代表者氏名 田崎 法昭
電話番号 0573-20-3232
FAX番号 0573-20-3233

2 ご利用施設

施設の名称 大井リハビリテーションクリニック
施設の所在地 岐阜県恵那市大井町字神徳1002番地4
管理者氏名 田崎 法昭
電話番号 0573-20-3232
FAX番号 0573-20-3233

[併設施設]

大井リハビリテーションクリニック:整形外科・リハビリテーション科

院長: 田崎 法昭

電話番号: 0573-20-3232 / FAX番号 0573-20-3233

3 事業の目的と運営の方針

(事業の目的)

当施設は、(介護予防)通所リハビリテーションを提供し、ご利用者様の心身の機能の維持回復を図り、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、またご家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります

(運営の方針)

(介護予防)通所リハビリテーションの実施にあたっては、当併設施設また、関係市町村、地域の医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます

4 通所リハビリテーションの職員体制

職 種	常勤(専従)	非常勤	職務内容
医師	1名(0)	0名	医療・管理者
医師	0名	1名	医療
理学療法士	8名(1)	0名	リハビリテーション
作業療法士	0名	0名	リハビリテーション
介護福祉士	0名	1名	介護
介護職員	3名(1)	1名	介護
看護職員	1名(0)	1名	看護
管理栄養士	0名	0名	栄養指導
事務職員	1名(0)	0名	事務

5 営業日及び利用定員

営業日 月～金曜日

営業時間 午前8時45分～午後5時

定休日 土・日・祝日・年末年始

利用定員 1日 32名

6 通常の実施地域

事業所より主要幹線道路利用にて3km以内の地域

7 サービスの内容

リハビリテーション

理学療法士・作業療法士等によるご利用者様の身体状況に適した個別リハビリテーション・自主トレーニング等を行い、身体機能、生活機能の維持・改善に努めます

健康管理

常勤医師等により、日常の看護とともに健康管理に努めます。また、緊急など必要な場合には主治医あるいは協力医療機関などに責任を持って引き継ぎます

排泄

ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います

相談及び援助

ご利用者様およびそのご家族様からの介護相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます

送迎

送迎が必要な方は、当施設の送迎車で送迎を行います

利用者様がお住まいの地域、または当施設地域に大雨特別警報(警戒レベル5)が発令された場合、避難指示(警戒レベル4)が発令された場合

午前7時まで上記の警報等が解除されていなかった場合は、サービスを中止させていただきます。災害時又は悪天候時(豪雨・降雪等)における主要幹線道路の通行規制で、送迎の困難な場合は、ご利用の中止をお願いすることがございます。

サービス中止の際は原則お電話にてお休みのご連絡をさせていただきますが、連絡がつかない場合または連絡がつけられない場合はそのままお休みとさせていただきます。

8 利用料金

別紙ご利用料金表をご覧ください

9 身体拘束

当施設では、ご利用者様の意思及び人格を尊重し、原則としてご利用者様に対し身体拘束は行わない方針です。ただし、ご利用者様または他のご利用者様の生命または身体が危険にさらされる可能性が高く、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代用しうる

看護・介護方法がない場合、また、身体拘束その他の行動制限が一時的である場合、身体拘束を行うことがあります。その場合、ご家族に説明し同意を得ることとします。

また身体拘束を行った際には、医師が診療録にその様態を記載します

10 緊急時・事故などに関する対応

ご利用者様の病状に急変が起きた場合や事故等が発生した場合、必要に応じ臨時応急の手当てを行います。ご記入いただいた「緊急連絡先」に連絡するとともに、主治医に連絡し適切な処置を行います

11 非常災害時の対策

施設は非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるために次の設備の設置並びに訓練を実施します

1. 消防法に基づく諸設備の完備、有資格者による定期点検
2. 年2回以上避難用誘導訓練の実施
3. 年2回以上消化及び通報訓練の実施

12 協力医療機関

名 称 市立恵那病院

住 所 岐阜県恵那市大井町2725

13 ご利用の際に留意及び禁止いただく事項

留意事項

1. 金銭、貴重品の持参
2. 食べ物、飲み物の持ち込み

禁止事項

1. 外出
2. 喫煙所以外での喫煙
3. 火気 ライター・マッチ等の持ち込み
4. 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
5. 営利目的の行為
6. 宗教活動
7. 政治活動
8. ペットの持ち込み及び飼育
9. 他利用者への迷惑行為

14 秘密保持

別紙、「利用契約書(第10条)・個人情報に関する同意書」参照

15 苦情相談

別紙、「契約書別紙」参照

16 キャンセル

ご利用者がサービスの利用を中止する際には、下記の連絡先までご連絡ください
連絡先の電話番号

0573-20-3232

出来るだけご利用予定日の前日までにご連絡ください。

ご利用者の様態の急変など緊急やむを得ない場合においては、遅くともご利用開始予定時刻の2時間前までには、中止の旨のご連絡をお願いします。

17 健康上の理由による中止・中断

当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、または、ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービス内容を変更または中断することがございます。その場合、ご家族様に連絡の上、適切に対処致します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。サービス内容が変更となった場合でも、当該日の予定利用料全額を算定致します。度重なる中断が発生する場合には、ご契約内容の変更等につきまして、ご相談致します。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)通所リハビリテーションサービス内容及び重要事項を説明しました

令和 年 月 日

事業者

事業所名 大井リハビリテーションクリニック
住 所 岐阜県恵那市大井町字神徳1002番地4
事業所番号 2111701039
説 明 者 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて(介護予防)通所リハビリテーションサービス内容及び重要事項の説明を受けました

ご利用者様

住 所 _____
氏 名 _____ 印

ご利用者様ご家族様

住 所 _____
氏 名 _____ 印

続柄