

# 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程

(運営規程の趣旨)

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。

(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

(従業員の職種、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、下記の通りとする。

従業者の職種	常勤	非常勤	職務内容
医師	1名	—	医療・管理
医師	—	1名	医療
理学療法士	2名	—	リハビリテーション
作業療法士	0名	—	リハビリテーション
介護福祉士	0名	—	介護
ケアスタッフ	0名	1名	介護
管理栄養士	0名	—	栄養指導
事務職員	0名	1名	事務

(営業日及び営業時間)

第6条 営業日及び営業時間等は、次の通りとする。

- 1) 営業日：月曜日から金曜日
- 2) 営業時間：8:45から17:00
- 3) サービス提供時間：①08:45～12:30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、適正の従事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、24人（サービス提供時間：①12人 ②12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、次の通りとする。

- 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

(サービスの利用にあたっての留意事項)

第11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12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13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。

(事故発生時の対応)

第14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15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。

(その他運営に関する重要事項)

第16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. 従業員は、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. 従業員であった者に、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、従業員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を従業員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. この規程は、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08月22日に変更。利用定員。

# 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

<平成30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 太田 進  
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 太田 進  
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: 太田 進

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	非常勤	備考
管 理 者	1	1	診療所と兼務
理学療法士	2	0	
作業療法士	0	0	
介護職員	0	1	診療所と兼務

## 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 24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

※大雨・洪水・暴風・大雪など悪天候により送迎が困難と判断した場合、ご利用者様へ連絡いたします。状況によってはお休みとさせていただく場合もありますのでご理解を宜しくお願いいたします

## 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。

ご利用様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。

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

平成 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 2111700924  
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 \_\_\_\_\_