

## 重要事項説明書（通所リハビリ）

### 1. 事業所の概要

事業所名	医療法人泉心会 介護老人保健施設大地
所在地	神奈川県大和市中央林間9-31-20
介護保険事業所番号	1453080033号
管理者及び連絡先	施設長 富田 晃史 神奈川県大和市中央林間9-31-20 Tel:046-278-2500

### 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	施設運営、管理全般	1名
医師	医療、健康管理	1名以上
看護師	看護師	1名以上
介護職員	入浴・排泄介助等、日常生活介助	4名以上
理学療法士	リハビリ訓練	1名以上
作業療法士	作業訓練	1名以上
管理栄養士	献立、栄養管理、嗜好調査	1名以上

### 3. 施設の概要

区分	数量・規模	備考
通所定員	35名	
機能訓練室	1F 132.75 m <sup>2</sup>	平行棒・歩行訓練用階段・マット訓練台等
デイリーム	2F 60.01 m <sup>2</sup>	平行棒・机・椅子・歩行訓練用階段等
浴室	1F 38.99 m <sup>2</sup> ・2F 71.15 m <sup>2</sup>	一般浴槽（大浴槽）・特別浴槽・小浴槽
便所	1F・2F 131.21 m <sup>2</sup>	緊急用ブザー
洗面所	機能訓練室3箇所	洗面台・鏡
診察室	1F 21.00 m <sup>2</sup>	机・椅子・診察台・血圧計・体重計 自動身長計・心電計等
会議室	3F 37.13 m <sup>2</sup>	テーブル・椅子
家族相談室	1F 37.00 m <sup>2</sup>	テーブル・椅子

#### 4. サービス内容

- |            |  |
|------------|--|
| ① 食事       |  |
| ② 介護       | 送迎、水分補給等、作業療法介助、入浴介助、排泄介助、施設内移動の付添い                  |
| ③ 入浴       | ケアプランに沿って、一般浴またはリフト浴を行います。                           |
| ④ 機能訓練     | 機能訓練室にて利用者の状況に応じ、機能訓練を行います。                          |
| ⑤ 受付時間     | 9:00～17:30   |
| ⑥ サービス提供時間 | 9:40～15:50   |
| ⑦ 送迎範囲     | 施設より5km以内にある大和市の一部、相模原市の一<br>部、座間市<br>の一部、町田市の一<br>部 |

#### 5. 利用者負担

- ① 利用者の方からいただく利用者負担金は、下記の表のとおりです。この金額は、次の2種類に分かれます。なお、2)の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明の上、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があれば、お尋ね下さい。
- 1) 介護報酬にかかる利用者負担金 …別途、料金表を添付いたします。
- 2) その他の日常生活に係る費用等 …別途、料金表を添付いたします。
- ② 御請求およびお支払い

<利用料の算定・〆日>・当施設ご利用料算定の〆日は、月末日となっております。

<請求書の発行>・上記〆日より請求書を発行し送付いたします。(翌月10日前後の送付となります。)

<支払い>・請求書到着日より、口座引落若しくは口座振込みでお支払下さい。

#### 6. 当施設の理念及び方針等

本人のQOL(生活の質)の向上および自立を支援し、家庭への復帰を目指します。それぞれの人間性を尊重し公平・平等のもとに利用者の立場に立って支援を図ります。明るく家庭的な雰囲気で「夢」・「希望」・「安心」が持てるようなサービスを提供し、地域社会に親しまれ、家庭との結び付きを大切にした運営を図ります。

#### 7. サービス利用について

- 1) 当施設は在宅生活の向上を目指し、機能訓練、日常生活訓練を行うことを目的としています。
- 2) 当施設は介護保険の対象となる施設です。介護保険上、要支援以上の認定を受けた方が通所利用同意書を提出した時から、ご利用いただけます。
- 3) 当施設通所リハビリテーションは、ご利用者と契約されているケアマネージャーの作成するケアプランを基に実施いたします。
- 4) 利用者及び扶養者は、当施設に対し利用中止の意思表明をすることにより、本説明書に基づく通所利用を解除・終了することができます。
- 5) 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、利用を解除・終了することができます。

I 利用者が、要介護認定において自立と認定された場合

II 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合

III 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービス

の提供を超えると判断された場合

- IV 利用者および扶養者が、本説明書に定める利用料を1ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにも関わらず、10日以内に支払われない場合
  - V 利用者が、当施設、当施設の職員または他の利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為または反社会的行為（暴力や器物破損等の迷惑行為）をした場合
  - VI 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合
- 6) 利用者の方々の安全には十分配慮していますが、職員の目の届かない場所での転倒等、避けられない事故が発生することや、また高齢の方が多く、来所時の健康状態に問題がなくても急変する可能性は十分に考えられます。その場合、速やかにご家族に連絡をさせて頂き、かかりつけの医療機関を受診して頂きます。
- 7) 利用期間が長期に及んだ場合、診療情報提供書等を改めて提出していただくことがあります。
- 8) 通所リハビリテーションを利用される際、薬を必要数ご持参下さい。  
身体の状況の変化、薬に変更・追加があった場合は、必ずお知らせ下さい。
- 9) 当施設利用中に要介護度の変更があった場合は、必ずお知らせ下さい。
- 10) 所持品には、氏名をご記入いただきますようお願いいたします。
- 11) 当施設では、衛生管理上、食べ物の持ち込みは原則的に認められません。
- 12) 当施設は、利用者の通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後最低2年間保管します。
- 13) 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含む）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限りこれに応じます。
- 14) 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある場合等、緊急やむを得ない場合は施設管理者又は施設長が判断し、身体的拘束及び利用者の行動を制限することがあります。この場合には、利用者の様態及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかつた理由を診療録に記載することとし、拘束に関する同意書を利用者及び扶養者からいただきます。
- 15) 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者または扶養者、若しくはその家族等に関する秘密を正当な理由無く第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は利用者及び扶養者から、事前に文書を作成し同意を得た上で行うこととします。
- I 介護保険サービスを利用するための市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者への情報提供、あるいは適切な在宅療養を送るための医療機関への療養情報の提供
  - II 介護保険サービスの質的向上を図るための学会及び研究会等での事例研究発表。この場合、利用者個人を特定できないような仮名等を使用することを厳守します。
- 16) 前項に挙げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします

## 8. 非常災害対策

※ 飲料水等について36tを水槽に貯蓄しております。非常食について3日分を備蓄しております。

ます。地震・災害等に対し、年に2回以上の避難・通報・消火訓練を実施します。

## 9. 相談窓口・苦情対応

- 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。

当施設ご利用者相談窓口	電話番号：046-278-2500 責任者：介護支援専門員 対応時間：(月・火・水・木・金・土・日) 9:00~17:00
-------------	---

※ ご意見箱への投函も可能です。

- 2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

大和市役所介護保険課	所在地：大和市下鶴間1-1-1 電話番号：046-260-5170 対応時間：平日（月～金） 8:30~17:00
相模原市役所介護保険課	所在地：相模原市中央区中央2-11-15 電話番号：042-769-8321 対応時間：平日（月～金） 9:00~17:00
座間市役所介護保険課	所在地：座間市緑ヶ丘1-1-1 電話番号：046-252-7719 対応時間：平日（月～金） 8:30~17:15
町田市役所介護保険課	所在地：町田市森野2-2-22 電話番号：042-722-3111（代） 対応時間：平日（月～金） 8:30~17:00
神奈川県国民健康保険 団体連合会	所在地：横浜市西区楠町27番1 電話番号：045-329-3447 対応時間：平日（月～金） 8:30~17:15

- 3) サービスの提供に伴い、当施設の責に帰すべき事由によって利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して損害を賠償するものとします。
- 4) サービスの提供に伴い、利用者の責に帰すべき事由によって当施設が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して損害を請求するものとします。
- 5) 本説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者または扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

## 10. 当法人の概要

法人の名称	医療法人泉心会
代表者名	宮崎 雄一郎
所在地	神奈川県相模原市古淵3-18-13
電話番号	042-743-8121
業務の内容	・宮崎クリニック
	・介護老人保健施設 大地
	・グループホーム おらんち
事業所数	3事業

## 11. 緊急時の対応方法

- サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、緊急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 :		
	連絡先 :		
緊急連絡先	1	氏名 :	
		連絡先住所 :	
緊急連絡先	2	勤務先 :	所属部署 :
		勤務先住所 :	
		TEL :	
		勤務先 :	所属部署 :
		勤務先住所 :	
		TEL :	

### 【説明確認欄】

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明いたしました。

令和 年 月 日 事業者：介護老人保健施設 大地

説明者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

確かに交付・説明を受け同意致しました。

令和 年 月 日

利用者側 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_