

(別紙1)

## 介護老人保健施設とわだ

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4年4月1日現在

〈はじめに〉

(1) 介護保険証の確認

※ 説明を行うにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

(2) 通所リハビリテーションサービスについての概要

通所リハビリテーション及び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。）は、要介護者及び要支援者の在宅等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション及び管理栄養士による栄養管理を行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスは、通所リハビリテーションの提供に関わる職員の協議によって作成された通所リハビリテーション計画に基づいて提供されますが、その際、ご本人・身元引受人の希望を十分に取り入れ、計画の内容については同意をいただくこととなります。

### 1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- |           |                      |
|-----------|----------------------|
| ・施設名      | 介護老人保健施設とわだ          |
| ・開設年月日    | 平成19年12月1日           |
| ・所在地      | 青森県十和田市大字洞内字長田60番の6  |
| ・電話番号     | 0176(27)3131         |
| ・ファックス番号  | 0176(27)3139         |
| ・介護保険指定番号 | 介護老人保健施設(0250680048) |

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練及び栄養管理、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く在宅での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者が在宅での生活を1日でも長く継続できるよう、通所リハビリテーションや短期入所療養介護といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

#### [介護老人保健施設とわだの運営方針]

「当施設は、介護保険法の理念に基づき、在宅において常時の介護を受けることが困難な方に、施設入所、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護において、利用者の心身諸機能の改善や日常生活の質の向上のため、「明るく」「楽しく」をモットーとして、利用者の様々なニーズに応じたケアサービス及び生活サービスを提供し、利用者の生きがいを高め、自立への意欲を支援することを目的とする。

また、当施設は、地域に根ざした施設として、ボランティアの指導育成、家族介護教室等を積極的に企画実施するものである。」

#### (3) 職員体制

- ・管理者（施設長・医師） 1名（施設入所兼務）
- ・看護職員 1名以上
- ・介護職員 看護職員を含めて常勤換算 1日10.0名以上を配置
- ・リハビリスタッフ 必要人員配置  
（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・マッサージ師など）
- ・その他（管理栄養士・事務） 必要人員配置

#### (4) 通所リハビリテーション定員 100名

### 2. サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 送迎
- ③ 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
  - ・ 昼食 11時30分
  - ・ 夕食 17時30分
- ④ 入浴  
※ 一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。
- ⑤ 医学的管理・看護
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 栄養管理（栄養ケア計画に沿ったサービスの提供）
- ⑧ 若年性認知症ケア（利用者の特性やニーズに応じたサービスの提供）
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 理美容サービス（原則週1回実施します。）
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ その他  
※ これらのサービスの中には、基本料金の他に利用料金が掛かるものもあります。  
具体的には別紙2の料金表でご確認下さい。

### 3. 利用料金

#### (1) 基本料金

※ 別紙2の料金表をご覧ください。

(2) その他の料金

※ 別紙2の料金表をご覧ください。

(3) 支払い方法

- ① 毎月10日に、前月分の利用料請求書を発行します。その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ② お支払い方法は、金融機関口座振替、郵便局自動払込、指定銀行口座振込の3方法があります。入所時にお選び下さい。
- ③ 前号①②において請求しました利用料が、1ヵ月以上お支払いのない場合は、本人または身元引受人宛で利用料お支払いの督促状を発行いたします。
- ④ 前号③に続き、3ヶ月以上お支払いのない場合は、「通所リハビリテーション利用同意書兼誓約書」に記された連帯保証人にも、利用料お支払いの督促状を発行いたします。
- ⑤ 前号④に続き、その支払を督促したにも拘わらず3ヶ月以上にわたり、その支払が認められない場合は、特別な事情がない限り当施設の利用を解除、終了させていただきます。

4. 緊急時の対応

当施設では、利用者に対し施設医の医学的判断により受診が必要と認める場合、下記の医療機関や歯科診療所に協力を頂き、速やかに対応をお願いするようにしています。なお、急を要する場合には、利用者及び身元引受人が指定する方に対し、緊急連絡します。

(1) 協力医療機関

- ・ 名称：十和田市立中央病院  
住所：十和田市西十二番町14番8号  
電話：0176(23)5121
- ・ 名称：十和田第一病院  
住所：十和田市東三番町10番70号  
電話：0176(22)5511

(2) 協力歯科医療機関

- ・ 名称：佐々木歯科クリニック  
住所：十和田市西二番町3-25  
電話：0176(24)5511
- ・ 名称：小川歯科  
住所：青森県上北郡七戸町字七戸324-5  
電話：0176(58)6480

5. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者のご家族、お住まいの市町村、居宅介護支援事業者に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因

を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

なお、当事業所の通所リハビリテーションサービスの提供に起因する事故により、当事業所に法律上の損害賠償責任がある場合には速やかに損害賠償いたします。

(この場合の損害賠償責任とは、裁判上の確定判決によることを必要とするものではありません。)

事故例として、次のような事故で法律上の賠償責任がある場合に損害賠償いたします。

- ・ リハビリ中、指導者のミスによりケガ
- ・ 体位変換時のミスにより骨折
- ・ 手すりが壊れていて転倒してケガ等

※ 事故が不可抗力で事業所側の責任がない場合は、お支払いできない場合がございます。

## 6. 秘密の保持について

- (1) 当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密をもらしません。
- (2) 当事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密をもらしません。
- (3) 当事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書（別紙3）による同意を得た上で、必要最低限の範囲内で、利用者またはご家族の個人情報を用います。

## 7. 施設利用に当たっての留意事項

### ① 食 事

- ・ 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事を召し上がっていただきます。食事は保険給付外の利用料と位置付けられていますが、同時に施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので食事の持ち込みはお断りさせていただきます。

### ② 飲酒

- ・ 施設利用中は、禁酒・禁煙となります。

### ③ 金銭・貴重品の管理

- ・ 盗難・事故等防止のため、利用者本人に預けることはご遠慮下さい。

### ④ その他

- ・ ペット等生き物の持ち込みは禁止します。
- ・ 職員への金銭・贈り物等の心づかいは一切無用です、固くお断りいたします。

## 8. 非常災害対策

- ・ 防災設備 消火器、消火栓
- ・ 防災訓練 年2回

## 9. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して通所リハビリテーションサービスを利用いただくために、「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」等は固く禁止します。

もし、再三の注意にもかかわらず、これらの行為を止めない場合は、通所利用を解除させていただく場合もありますので、ご了承ください。

#### 10. サービス内容に関する苦情

当施設では、別紙4の通りお客様相談・苦情窓口及び苦情処理体制を整えています。また、施設玄関に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

#### 11. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますのでご覧ください。また、当施設では各種養成校等から実習生を受け入れております。育成過程において各種サービスの提供に携わる場合は、ご協力をお願いします。

通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所

所在地 十和田市大字洞内字長田60番の6

名称 介護老人保健施設とわだ

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面により事業者から通所リハビリテーションサービスについての重要事項の説明を受けました。

【利用者】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

【身元引受人・代理人】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄: )