

別紙①

通所リハビリテーション事業所
介護予防通所リハビリテーション事業所

介護老人保健施設ほほえみの里

重要事項説明書

医療法人仁泉会

通所リハビリテーション事業所
介護予防通所リハビリテーション事業所
介護老人保健施設ほほえみの里
重要事項説明書

医療法人 仁泉会
更新日 令和6年6月1日

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
【岩手県指定 介護保険事業者番号】
0370200560

当事業所は、利用者に対して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を提供いたします。

当事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたい事等を、次の通り説明いたします。

＊当事業所の通所リハビリテーションは、
原則として要介護認定の結果、
「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。

1. 事業所の概要

(1) 事業所経営法人

法人名	医療法人仁泉会
法人所在地	〒039-1161 青森県八戸市大字河原木字八太郎山 10 番地 81
電話番号	0178-51-2590
FAX番号	0178-51-2591
代表者名	理事長 田中 由紀子
設立年月日	昭和 42 年 4 月 7 日

(2) 事業所名称等

事業所名	介護老人保健施設ほほえみの里
事業所所在地	〒027-0096 岩手県宮古市崎楯ヶ崎第 9 地割 39 番地 27
電話番号	0193-64-3311
FAX番号	0193-64-5077
施設長氏名	江村 栄章
開設年月日	平成 21 年 6 月 1 日

(3) 事業所の目的と基本理念

* 目的

当事業は、要介護者及び要支援者の家庭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、事業所をご利用いただき、理学療法、作業療法、言語療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能回復を図ることを目的としています。

* 基本理念

- ①利用者個人の人生観・価値観を尊重し、利用者個人のその人らしさを大切にしたい介護を行います。
- ②明るく家庭的な雰囲気づくりに心掛け、地域や家庭との結びつきを重視いたします。
- ③常に健全な精神を持って職員同士一致と協力でサービスの質の向上を目指します。
- ④利用者の生き甲斐を高め、自立への意欲を支援していきます。

(4) 通所定員

定員 1 日 60 名

(5) 営業日及びサービス提供時間

- ①営業日 年中無休（土・日・祝祭日も営業）ただし、1月1日を除く。
②営業時間 午前8時30分から午後5時30分
（サービス提供時間 午前9時45分から午後4時）

(6) 従業者の職種、員数

事業所では、下記の通りの人員基準を満たしております。なお、人員配置については常勤換算法での配置となっています。

職 種	員 数	運 営 基 準
医師	1	60 名に対して、1 名以上
看護・介護職員	17	60 名に対して、6 名以上
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	4.2	60 名に対して、0.6 名以上
その他	18.5	適当数

2. 利用手続きについて

介護保険給付の管理がありますので、担当の介護支援専門員を通じてお申し込みをいただきます。後日、訪問または来設していただき事業所サービスの説明、ご本人の状況確認をさせていただきます。その際、必要書類の記入、その書類等に基づき、ご利用希望者が当サービスに対応できるか検討し、決定させていただきます。

3. サービス内容

- ①食 事 : 管理栄養士による高齢者の趣向と健康にあわせた献立。
- ②入 浴 : 一般浴槽及び入浴介助を要する方には特別浴槽で対応します。
- ③送 迎 : 車椅子や寝たきりの方の送迎も可能です。
- ④健康状態の確認 : 血圧・体温等をチェックし、異常の早期発見に努めます。
- ⑤集団リハビリ : ゲーム性のあるものを取り入れ行います。
- ⑥個別リハビリ : 個人ごとの訓練計画に基づいた訓練を行います。
- ⑦栄 養 改 善 : 管理栄養士が個人ごとに栄養食事相談等の栄養管理を行います。
- ⑧口腔機能向上 : 口腔清掃や摂食等の指導等を行います。
- ⑨運動器機能向上 : 運動器の向上を目的としたリハビリを行います。

その他

※これらのサービスの中には、基本料金とは別に利用者の方から利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

4. 利用の際に準備していただくもの

- ・ 上靴（履き慣れたもの） ・ 爪きり ・ くし（ブラシ）
- ・ お薬（昼食時に服用されている分）
- ・ 着替え（入浴後、交換する衣類・下着）
- ・ タオル（入浴時にするタオル類）
- ・ 排泄用品（オムツ、リハビリパンツ、パットなど常時使用されているもの）
- ・ 常に使用されている杖、車椅子など（必要に応じて準備してください）

＊尚、持ち物には記名をしていただきますようお願いいたします

5. 利用料金及び支払方法について

- (1) 利用料金については、別紙②の利用料金表を参照して下さい。
- (2) 但し、介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合は、限度額を超えた分をお支払いいただきます。
- (3) 利用料金については、精算を月末締めとし、翌月15日までに請求書を送付いたしますので、その月末までにお支払い下さい。お支払いの確認が済み次第領収書を発行いたします。お支払いについては、銀行口座引き落としでの支払い、または、指定口座への振込みの方法があります。ただし、特別な事情がある場合には、双方協議のうえ支払方法を定めます。
- (4) 前号(1)(2)(3)で請求しました利用料が、3ヶ月分以上お支払いがなく、その支払いを督促したにもかかわらず、特別な事情のある場合を除き、督促状を発行した日から30日以内にお支払いがない場合、利用契約を解除・終了（退居）させていただきます。

6. 事業所利用にあたっての留意事項

- (1) 飲食物の持ち込みは、医学管理上及び衛生管理上、問題となる場合がありますのでご遠慮いただきます。
- (2) 飲酒は禁止させていただきます。但し、事業所行事に伴って提供される場合は、この限りではありません。
- (3) 喫煙は、所定の喫煙場所をお願いいたします。定められた場所以外での喫煙は禁止いたします。
- (4) 設備・備品の利用に当たっては、損傷や汚染等に十分にご注意願います。なお、寝具備品等を著しく破損または汚染した場合には、修理代又は、クリーニング代の実費を申

し受ける場合があります。

(5) 貴重品の事業所内への持ち込みは、原則としてお断りいたします。

(6) 金銭の持ち込みについては必要最低限、お小遣い程度にとどめてください。但し、この場合、盗難や紛失が発生した場合において当事業所ではその責任を一切負いません。

(7) 当事業では、多くの方に安心してサービスを受けていただくために、事業所内（送迎車両内も含む）での利用者の営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動及び、他の利用者への迷惑となる行為は、禁止させていただきます。

7. 緊急時の対応について

(1) 事業所は、利用者に対し事業所医師の医学的判断により病院受診が必要と認める場合には、協力医療機関又は、協力歯科医療機関での診療を依頼する事があります。

(2) 事業所は、利用者に対し事業所における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介致します。

8. 事故発生時の対応について

(1) 利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、利用者の保険者、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事故の状況及び事故後の必要な措置について、事故報告書に記録すると共に、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

(3) 事業所の責に帰すべき事由によって事故が発生した場合は、事業者は利用者に対して損害を賠償するものとします。

9. 非常災害対策

(防災設備) 屋内消火栓、自動火災報知器、非常放送装置、非常電源設備、消火器、消防署への火災通報装置、非常誘導灯

(防災訓練) 年2回

10. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 事業所の苦情相談窓口

- ①担 当 者 : 長澤 道生
- ②電 話 番 号 : 0193 - 64 - 3311
- ③F A X 番 号 : 0193 - 64 - 5077
- ④受 付 時 間 : 毎日 8:30～17:30

(2) 事業所以外の相談・苦情窓口

事業所以外に、下記の苦情相談窓口等にも苦情を伝えることができます。

(行政機関その他苦情受付機関)

行政機関名	所在地	電話番号	ファックス番号
宮古市役所 保健福祉部 介護保険課	岩手県宮古市宮町一丁目 1 番 30 号	0193-62-2111	0193-62-7422
岩泉町役場 町民課 長寿支援室	岩手県下閉伊郡岩泉町 岩泉字惣畑 59-5	0194 - 22 - 2111	0194 - 22 - 3562

山田町役場 長寿福祉課	岩手県下閉伊郡山田町 八幡町 3 番 20 号	0193 - 82 - 3111	0193 - 82 - 4989
岩手県保健福祉部 長寿社会課	岩手県盛岡市内丸 10 - 1	019 - 629 - 5441	019 - 629 - 5444
国民健康保険団体連合会 保健介護課	岩手県盛岡市大沢川原 三丁目 7 番 30 号	019-604-6700	019-653-2216

1 1. その他

- (1) 事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい。
- (2) ご要望やご質問がございましたら、何なりと事業所の管理者や支援相談員、またはスタッフにお声がけください。

重要事項説明書の内容に関する説明は、下記の者が担当いたしました。

令和 年 月 日

所 属 通所リハビリテーション

氏 名 大澤 孝輝 ㊞

重要事項説明書の内容に関する説明を、上記の担当者より受け、サービスの提供に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 ㊞

代理署名者 ㊞

利用者との関係 ()