

# 重要事項説明書

介護老人保健施設 ほほえみの丘  
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)

様

# 【重要事項説明書】 介護老人保健施設 ほほえみの丘

## 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）

### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                                                                                                |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 神奈川県厚生農業協同組合連合会                                                                                |
| 代表者名       | 代表理事理事長 高野 靖悟                                                                                  |
| 他事業所等      | 訪問看護・介護予防訪問看護（JA訪問看護ステーションいせはら等）<br>通所介護・第1号通所事業（JAデイサービスセンターはだの等）<br>地域包括支援センター（橋本地域包括支援センター） |

### 2. 事業所の概要

|          |                                                        |
|----------|--------------------------------------------------------|
| 施設の名称    | 介護老人保健施設 ほほえみの丘                                        |
| 開設年月日    | 平成12年2月22日                                             |
| 所在地      | 神奈川県伊勢原市下平間700番地                                       |
| 電話番号     | 0463-97-5522                                           |
| FAX番号    | 0463-96-1117                                           |
| 管理者名     | 施設長 蒔田 知美                                              |
| 介護保険指定番号 | 1454080008                                             |
| 併設サービス   | 通所リハビリテーション<br>介護予防通所リハビリテーション<br>介護老人保健施設<br>居宅介護支援事業 |
| 入所定員     | 100名（うち認知症専門棟 40名）短期入所含む                               |
| 療養室数     | 個室（1人室 12室）<br>多床室（2人室 4室）<br>多床室（4人室 20室）             |
| 通所定員     | 40名                                                    |

### 3. 施設の目的および運営方針

#### （1）施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険施設サービスを提供することで、入所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日でも早く家庭での生活にもどることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）や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）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。

## (2) 運営方針

介護老人保健施設ほほえみの丘は、利用者の意思および人格を尊重し、利用者の立場に立って介護保険施設サービスの提供に努め、明るく家庭的な雰囲気の中で「その人にあった」生活が実現できるように、施設サービス計画に基づき、医学的管理の下で、リハビリテーションや看護・介護によって日常生活能力の維持、回復を目指し、1日も早く家庭への復帰ができるよう支援します。

また、「JAグループの高齢者福祉活動」によるJA助け合い組織の活動（ヘルパー活動等）を積極的に取り入れ組合員とその家族はもとより地域住民との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者等福祉サービス提供者との連携により、誰からも親近感を持たれる、在宅復帰への核となる施設を目指します。

## 4. 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）の目的等

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）は、利用者の家庭等での生活を継続するために立案された居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づき、看護、医学管理下での介護および機能訓練、その他必要な医療ならびに日常生活上のサービスを行い、利用者の療養生活の向上および、ご家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

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）計画書は利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、このサービスを提供するにあたっては、利用者の希望を十分取り入れ、また計画の内容については同意をいただきます。

## 5. 事業の実施地域

伊勢原市 全域

平塚市 大神、岡崎、城島、城所、小鍋島、ふじみ野

厚木市 長沼

## 6. 施設の職員体制（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）

|             | 常勤換算（名） | 業 務 内 容   |
|-------------|---------|-----------|
| 管理者（医師）     | 1. 0    | 施設療養全体の管理 |
| 看護師         | 1. 4    | 看護・介護業務   |
| 介護員         | 8. 3    | 介護業務      |
| 理学療法士・作業療法士 | 2. 0    | 機能訓練      |

## 7. 営業日およびサービス提供時間

| 営業日      | 営業時間       |
|----------|------------|
| 平 日      | 8：30～17：00 |
| 土曜日      | 8：30～17：00 |
| サービス提供時間 | 9：30～15：35 |

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 営業しない日 | 日曜日・12月30日～1月3日 |
|--------|-----------------|

## 8. サービスの内容

(1) 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）計画の立案

(2) 栄養管理

低栄養状態の予防、改善のため多職種協働により継続的な栄養改善活動、良質な食事の提供を行います。

(3) 食事（食事は原則として食堂をご利用いただきます）

水分補給 10時00分～10時30分

昼食 12時00分～13時00分

おやつ 15時00分～15時30分

(4) 入浴（一般浴槽のほかに、介助を要する利用者には機械浴で対応します。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります）

(5) 医学的管理、看護

(6) 介護

(7) リハビリテーション

(8) レクリエーション

(9) 相談援助サービス

(10) 基本的時間外施設サービス（何らかの理由により、お迎えが居宅サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適応）

(11) その他

## 9. 利用料金

(1) 保険給付の自己負担額は利用料金表（別表1）のとおりとなります。

(2) 食費・おやつ代・特別行事費・キャンセル料その他費用等の利用料は利用料金表（別表2）の「その他料金」のとおりとなります。

## 10. 支払い方法

(1) 毎月15日前後に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。

(2) お支払い方法は原則、金融機関口座自動引落でお願いしております。その他のお支払方法をご希望される場合はご相談下さい。

## 11. 施設利用にあたっての留意点および確認事項

(1) 貴重品の持ち込みはご遠慮ください。紛失等についての責任は負いかねますので、ご了承ください。

(2) 食品の持ち込みは衛生上の問題や事故にもつながる危険がありますので、禁止いたします。

(3) 感染予防のため、かかりつけ医等で原則としてインフルエンザの予防接種を受けていただきます。

(4) 電話の直接の取次ぎはいたしません。

(5) 敷地内禁煙になっております。また、飲酒につきましても禁止になっております。

(6) 利用者等の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」等は禁止します。

※その他 当施設利用規定による。

## 12. 非常災害対策

(1) 防災設備 スプリンクラー 消火器 消火栓 ライフタワー

(2) 防災訓練 年2回

(3) 警戒宣言時の安全管理について

警戒宣言発令時には、施設より緊急連絡いたしますので、ご自宅での避難をお願いいたします。

## 13. 緊急時の対応について

(1) 利用者は高齢であり、疾患を持っておられますので、予期しない事故、急変、けが等が起る場合があります。(例えば、骨折・誤嚥・窒息等)避けられない状態の可能性を充分ご理解の上、ご利用ください。

(2) 体調の変化、緊急の場合は利用者およびご家族の指定する緊急連絡先へ速やかに連絡します。なお、連絡がつかない場合は当施設医師の判断により医療行為が決められることがあります。

(3) 救急対応が必要と判断された場合は、協力医療機関、または他の医療機関に搬送いたします。

(4) サービス提供等により事故が発生した場合、速やかにご家族に連絡するとともに市町村に連絡いたします。

(5) 協力医療機関等

| 名 称     | 住 所       | 電 話          |
|---------|-----------|--------------|
| 伊勢原協同病院 | 伊勢原市田中345 | 0463-94-2111 |

## 14. 衛生管理

(1) 施設サービス従業者の健康状態の管理のために採用時に健康診断を受けさせ、以後毎年1回は受診させる。

(2) 当事業所の施設、食器その他の設備、または飲料水について衛生的な管理を行う。

(3) 感染症が発生、または蔓延しないように、必要な措置を講じるものとする。

(4) 感染性廃棄物の処理方法については、行政機関の指示に従いマニュアルに沿って対応いたします。

## 15. 守秘義務および個人情報の保護

(1) 当施設とその職員は、本会の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者またはそのご家族等に関する個人情報の利用目的を別紙のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、介護関係事業者が行うべき義務として、情報提供を行うこととします。

①サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等

②居宅介護支援事業所等との連携

③利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

④利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等

⑤生命・身体の保護のため必要な場合

⑥介護保険関係の学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

(2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

#### 16. 職員の会議、研修

(1) 管理者、その他利用者の処遇に関する全ての職員は、定期的に会議を開き、職員の意思の統一や伝達を行うとともに、利用者の正確な状況を把握し、問題点、課題に対する討議を行うことにより、利用者の処遇の向上に努めます。

(2) 管理者、その他全ての職員は、利用者の処遇向上のために研修等に積極的に参加し、職務遂行能力の水準を維持し、向上させるよう努めます。

- ・採用時研修 採用後3ヶ月以内
- ・継続研修 年6回

#### 17. サービス内容に関する苦情等相談窓口

| 名称                  | 所在地                      | 電話           | 担当    |
|---------------------|--------------------------|--------------|-------|
| 介護老人保健施設<br>ほほえみの丘  | 〒259-1125<br>伊勢原市下平間700  | 0463-97-5522 | 支援相談員 |
| 伊勢原市役所<br>介護高齢課     | 〒259-1188<br>伊勢原市田中348   | 0463-94-4711 |       |
| 神奈川県<br>国民健康保険団体連合会 | 〒220-0003<br>横浜市西区楠町27-1 | 045-329-3447 |       |

令和 年 月 日

サービスの内容および重要事項について本書を交付し、説明しました。

事業者                      説明者                      印

所在地 神奈川県伊勢原市下平間700番地

事業者名 介護老人保健施設 ほほえみの丘

管 理 者      施 設 長      蒔 田   知 美      印

サービス内容説明書および重要事項説明書について説明を受け、内容に同意し、本書の交付を受けました。

利用者 住 所

氏 名

☐ 本人が署名できないため、本人の確認・指示に基づき代筆しました

氏 名 \_\_\_\_\_  
(続柄 \_\_\_\_\_)

利用者の家族 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_  
(続柄 \_\_\_\_\_)

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_  
(関係 \_\_\_\_\_)