

# 介護老人保健施設 御 所 苑 通所リハビリテーション重要事項説明書

< \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日現在 >

## 御所苑が提供する通所リハビリテーションについての相談窓口

電 話 0268-22-2222

(受付時間：月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分)

担 当 新 海 雅 俊

## 1. 御所苑通所リハビリテーションの概要

### (1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	御 所 苑
所在地	上田市御所666番地
介護保険事業所番号	2050380027
通常の事業の実施地域 ※	上田市・坂城町

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 同事業所の職員体制（基準数）

区分	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	医師	1名		業務に関する管理	1名
従業者	看護職員	1名		看護業務	1名
	介護	8名	1名	介護業務	9名
	理学・作業療法士	1名		リハビリ業務	1名

### (3) 同事業所の設備の概要

定 員	80名
デイケアルーム	486.78㎡ (内法 471.69㎡)
浴 室	一般浴室
	特殊浴室
送 迎 車	5台以上

### (4) 営業日、営業時間

営業日	月曜日～土曜日 ただし、8月14日～16日のうちで指定する2日間、12月31日～翌年1月2日を除く
営業時間	午前8時～午後7時 提供時間帯 8時間、延長サービスを行う時間帯 3時間

\* 緊急連絡電話 0268-22-2222

## 2. サービス内容

- ① 送迎
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 機能訓練
- ⑤ 生活相談 等

## 3. 当事業所の通所リハビリテーションの特徴等

### (1) 運営の方針

ご利用者の方々の希望や心身の状況等を踏まえ、居宅介護支援事業者その他関係する機関等との連絡調整を密に行いながら、ご利用者の立場に立った通所リハビリテーションの提供を行います。

### (2) サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	○	ご希望の場合はご相談ください。
従業者への研修の実施	○	年1回以上の専門研修を実施しています。
サービスマニュアルの作成	○	
第三者評価の有無	×	
その他	○	通所リハビリテーションについてのご相談やご不明のことがありましたら、当事業所又は担当の介護支援専門員にお問い合わせください。

### (3) サービス利用にあたっての留意事項

#### \*送迎時間の連絡

利用開始にあたり、概ねの送迎時間をご連絡します。変更の際には事前にご連絡します。

#### \*体調確認

当日ご利用の際に必ず看護職員が血圧測定などの健康チェックをします。

#### \*体調不良によるサービスの中止・変更

当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

なお、サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

#### \*食事のキャンセル

利用日当日、ご利用者の皆様のご都合による食事のキャンセルの際は、食費全額をいただきます。なお、事前のキャンセルの際は食費をいただきません。

**\*時間変更**

継続的に利用時間を変更される場合は、居宅サービス計画の変更が必要となります。事前に当事業所または担当の介護支援専門員にご相談ください。

**\*設備、器具の利用**

当事業所の設備、器具の利用の際は、当事業所の従業員の指示に従ってください。

\*ご利用者またはご家族による暴言や暴力、パワーハラスメントやセクシャルハラスメント等のハラスメント行為等により、事業者または従業員もしくは他のご利用者等の生命・身体・精神・財物・信用等を傷つけたり、または著しい不信行為を行うなど、利用契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合は契約を解約する場合があります。

#### 4. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡をいたします。

緊急連絡先

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

主 治 医

病院又は診療所名	
医 師 名	
住 所	
電 話 番 号	

#### 5. 事故発生時の対応

- (1) 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、速やかに市町村、ご利用者の家族、ご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、必要な処置を講じます。
- (2) 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、その事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (3) 指定通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

#### 6. 非常災害対策

- ・災害時の対応……………消防計画規定により生命の安全を最優先に避難します。
- ・防災設備……………非常放送設備、消火栓、スプリンクラー等
- ・防災訓練……………年2回

## 7. 秘密保持

- (1) 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し、ご利用者の個人情報を提供しません。

## 8. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当事業所利用に関する相談・苦情担当

電 話     0 2 6 8 - 2 2 - 2 2 2 2  
(受付時間：月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分)

担 当   管 理 者   福 島   弘 文  
         フロア長   新 海   雅 俊

- (2) その他

お住まいの市町村役場の介護保険担当課にお気軽にご相談ください。

他に、国民健康保険団体連合会等にもご相談いただけます。

また、施設内の居宅介護支援センターでも介護保険全般についてご相談いただけます。

主な窓口

◇上田市高齢者介護課

上田市大手1-11-16

電話 0268-23-5140                      FAX 0268-23-4466

◇長野県国民健康保険団体連合会

長野市西長野143-8

電話 026-238-1580                      FAX 026-238-1581

E-mail kaigo@kokuhonagano.or.jp

◇長野県福祉サービス運営適正化委員会（長野県社会福祉協議会）

電話 0120-28-7109（フリーダイヤル）

電話 026-226-2210                      FAX 026-227-0137

E-mail fukushi7109@nsyakyu.or.jp

◇御所苑居宅介護支援センター

上田市御所666番地

電話 0268-22-5674                      FAX 0268-22-5121

## 9. 当法人の概要

法人名 医療法人 丸山会  
代表者役職・氏名 理事長 丸山和敏  
法人所在地 長野県上田市中丸子1771番地1  
法人電話番号 0268-42-1111

定款の目的に定めた事業

1. 病院の経営 丸子中央病院
2. 診療所の経営 上田透析クリニック
3. 介護医療院の経営 丸子中央病院介護医療院ケアあおぞら・ケア大宮花の丘
4. 介護老人保健施設の経営  
御所苑・ケアまるこ・ケア新小岩・ケア東久留米
5. その他これに付随する業務
  - \*訪問看護ステーション そよ風訪問看護ステーション・御所苑訪問看護ステーション  
御所苑訪問看護ステーションあおきサテライト
  - \*居宅介護支援事業所  
丸子中央病院居宅介護支援センター・御所苑居宅介護支援センター  
ケア新小岩居宅介護支援センター・ケア大宮花の丘居宅介護支援センター  
ケア東久留米居宅介護支援センター
  - \*地域包括支援センター 城下地域包括支援センター
  - \*在宅介護支援センター 東久留米市在宅介護支援センター

事業所数

- \*病院 1ヶ所
  - 一般病床 99床
  - 地域包括ケア病床 50床
  - 療養病床 50床 (医療型)
  - 介護保険サービス：通所リハビリテーション (介護予防含む)
  - 訪問リハビリテーション (介護予防含む)
  - 居宅療養管理指導 (介護予防含む)
- \*診療所 1ヶ所 (透析専門診療所)
- \*介護医療院 2ヶ所
  - 介護保険サービス：介護医療院  
短期入所療養介護  
通所リハビリテーション (介護予防含む・1ヶ所)
- \*介護老人保健施設 4ヶ所
  - 介護保険サービス：介護老人保健施設  
短期入所療養介護 (介護予防含む)
  - 通所リハビリテーション (介護予防含む)
  - 通所型サービスA (総合事業・1ヶ所)
  - 訪問リハビリテーション (介護予防含む・3ヶ所)
- \*訪問看護ステーション 2ヶ所 (サテライト事業所 1ヶ所)
  - 介護保険サービス：訪問看護 (介護予防含む)
- \*居宅介護支援事業所 5ヶ所
  - 介護保険サービス：居宅介護支援 (介護予防含む)
- \*地域包括支援センター 1ヶ所
  - 介護保険サービス：介護予防支援
- \*在宅介護支援センター 1ヶ所

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者 [名 称] 御 所 苑 (事業所番号 2050380027)  
[住 所] 長野県上田市御所666番地  
[代表者名] 管理者 福 島 弘 文 印  
  
[説 明 者] 御所苑通所リハビリテーション  
氏 名\_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受け、サービス開始について了承しました。

利用者 [住 所] \_\_\_\_\_  
[氏 名] \_\_\_\_\_ 印  
  
(代理人) [住 所] \_\_\_\_\_  
[氏 名] \_\_\_\_\_ 印