

## 重要事項説明書（介護予防通所リハビリテーション）

### 1 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設グリーンビレッジ朝霞台
所在地	埼玉県朝霞市大字宮戸3番地
介護保険事業所番号	1152180004号
管理者及び連絡先	管理者 谷藤 誠司 連絡先 048-486-6622

### 2 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービス種類、業務	必要配置人数
施設長（医師兼務）	施設の管理	1. 0名
医師（施設長含む）	利用者の診察	1. 5名以上
介護部長	部門の管理	1. 0名
事務長	部門の管理	1. 0名
看護職員	利用者に対する看護	1. 0名以上
介護職員	利用者に対する介護	5. 0名以上
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	利用者に対するリハビリテーション	4. 3名以上
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	2. 0名以上
支援相談員	利用者の相談	—
薬剤師	医薬品の管理及び保管	—
管理栄養士	適時適温給食の管理	0. 5名以上
調理員	給食の調理	委託
事務員	公文書類の收受・発送及び作成	適当数

### 3 設備の概要

定員 43名

耐火建築物です。廊下の構造は、幅1.8m以上、中廊下の幅2.7m以上になっています。

また常夜灯及び手すりを設置しています。

特殊浴槽として、チェアインバス1台、マキーナ電動リフト1台設置。一般浴槽として2個の浴槽の設置。

厨房設備として適時適温の為、温冷配膳車を1台設置。

#### 4 営業日及び営業時間（サービス提供時間）

営業日 月 火 水 木 金 土 の各曜日（祝祭日も実施）

\*但し、年末年始（12月30日～1月3日）を除く。

営業時間 9：00～17：30

サービス提供時間 9：30～15：45

\*但し、その前後に排泄介助・身支度・送迎時間をもうけます。

#### 5 サービス提供地域（通常の送迎の実施地域）

朝霞市、新座市、志木市、和光市

\*送迎の際、利用者は家族と一緒に玄関まで来てもらうようになります。

\*片道、30分程度を通常の送迎範囲で設定しています。詳しいことは担当者にご相談下さい。

#### 6 サービス利用回数

介護予防通所リハビリテーションサービスは厚生労働省の指針により、要支援1は週1回程度（月4回）とし、要支援2は週2回程度（月8回）の利用回数となります。

#### 7 サービス内容

- ① 食事 昼食 12：00～13：00
- ② 介護 着替え介助、排せつ介助、おむつ交換、施設内移動の付き添い、レクリエーション
- ③ 入浴 入浴可能です。一般浴または機械浴となります。
- ④ 機能訓練 機能訓練室にて利用者の状況に応じて機能訓練を実施します。

#### 8 利用者負担金

① 利用者の方からいただく利用者負担金は、[別紙1]を参照してください。この金額は、2種類に分かれます。介護保険サービス費と保険外負担金（全額実費）となります。保険外負担金については利用者と施設との契約となりますので、予め施設は利用者の同意を得ます。

##### ② 支払方法

- ・口座振替 毎月27日（金融機関が休日の場合は翌営業日）
- ・口座振込 指定の口座にお振込をお願いします。お振込手数料は利用者負担になります。

当施設では経理処理上、口座振替でお支払いをお願いしております。口座振替でのお支払いが難しい場合はご相談ください。

#### 9 サービス利用の中止

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

・全体窓口（連絡先）（電話）：048-486-6622

・連絡時間：午前 8：00～午後 6：00

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までに連絡ください。

\*当日のキャンセル連絡は8：20迄にお願いします。

\*サービスをキャンセルした場合、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、定員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下さい。

## 1.0 当施設のサービスの方針等

- ①当施設は、施設計画に基づいて明るく家庭的な雰囲気の中、医師による健康チェックやあたたかな看護・介護、機能回復訓練によるリハビリ、健康維持の為にレクリエーションなどを行い、療養生活の質の向上、住み慣れたご家庭で生活ができるようにお手伝いさせていただくことを目指しております。
- ②当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスに努めていきます。
- ③当施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、他の施設医療サービス、又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めていきます。

## 1.1 サービス利用に当たっての留意事項

- ①金銭・貴重品の管理 原則、貴重品はお持ちにならないようにお願いします。（但し、利用料のお支払いは除く）盗難や紛失の際、当施設は責任を負いかねます。
- ②飲酒・喫煙 当施設では禁止となります。
- ③設備の利用 施設内の設備利用に関しては清潔・整頓・環境衛生保持に努めてください。
- ④所持品の持ち込み 必要最低限な物以外持ち込まないでください。

## 1.2 緊急時等の対応方法

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、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

## 1.3 協力病院

名称：医療法人社団東光会 TMGあさか医療センター
管理者：飯田 惣授
所在地：埼玉県朝霞市溝沼1340-1
連絡先：048-466-2055
名称：医療法人社団東光会 新座志木中央総合病院
管理者：林 淳慈
所在地：埼玉県新座市東北1-7-2
連絡先：048-474-7211
名称：医療法人社団東光会 TMG宗岡中央病院
管理者：立花 慎吾
所在地：埼玉県志木市上宗岡5-14-50
連絡先：048-472-9211

## 協力歯科

名 称：	医療法人社団東光会 TMGあさか医療センター(歯科口腔外科)
代 表 者：	島崎 士
所 在 地：	埼玉県朝霞市溝沼1340-1
連 絡 先：	048-466-2055

### 1.4 非常災害対策

\*年2回の消防訓練の実施

\*非常災害対策(地震等)の訓練は地域合同訓練等に参加

\*非常食の備蓄(3日分は確保)

消防設備：スプリンクラー 自動火災報知機、熱感知器、非常灯、非常階段

### 1.5 業務継続計画(BCP)について

1. 感染症や非常災害の発生において、介護保険サービスの提供を継続的に実施するとともに非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

2. 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

3. 定期的(年に1回程度)に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

\*大規模災害時のサービスの継続可否について

感染症の発生や大規模な自然災害(台風・大雨・洪水等)や、交通災害(道路の破損、工事等)が発生した場合、職員が不足し通常運営ができなくなる可能性がございます。有事においてはこちらの都合でサービスを一時中止する場合がございます。有事の際の対応は当該業務継続計画(BCP)に従って必要な措置を講じます。

#### 感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練(シュミレーション)の実施等取り組みます。

### 1.6 ハラスメント対策

介護サービス事業者のハラスメント対策を強化する観点から、「利用者の人権の擁護、虐待の防止」、「男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策」に取り組みます。

事業者としてハラスメント防止を従業員に啓発していくため、指針の整備、研修の実施等

積極的に取り組みます。従業員から利用者、家族等に対してのハラスメント、利用者、

家族等から従業員に対しての顧客ハラスメントと判断する事案があった際は、事業所で委員会の実施、必要に応じて行政機関などへの報告を行いながら対応いたします。

事案によっては、契約解除などの措置も致します。

\*ハラスメント相談窓口は施設管理者及び常勤勤務者が対応するものと致します。

1.7 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。事業者として虐待の防止に従業員に啓発していくため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。上記措置を適切に実施するための担当者を配置致します。その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

1.8 身体拘束について

原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様について記録を行います。事業者として、身体拘束をなくしていくため委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。

1.9 当法人の概要

法人の名称	医療法人社団東光会
代表者名	中村 毅
所在地・電話	埼玉県戸田市本町1-19-3 048-442-1111
業務の概要	病院、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、ドック健診センターを運営

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

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しました。

事業者 介護老人保健施設グリーンビレッジ朝霞台

説明者 \_\_\_\_\_ 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受けました。

ご利用者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

( 続柄 )