

重要事項説明書

介護老人保健施設リバーアイースト (介護予防) 通所リハビリテーションのご案内
(2024年6月8日現在)

1. 事業所の概要

(1) 法人の概要

・法人名 公益財団法人 積善会
・代表者 長谷川 剛
・所在地 神奈川県小田原市曾我岸148番地
・電話 0465-42-1630 (代)

(2) 施設の名称等

・施設名 介護老人保健施設 リバーアイースト
・開設年月日 2000年 3月 1日
・所在地 神奈川県小田原市永塚344-1
・電話番号 0465-42-8006
・管理者名 松本 正和
・介護保険指定番号 1452380020号

(3) (介護予防) 通所リハビリテーションについての概要

(介護予防) 通所リハビリテーションについては、(要支援者) 要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された(予防) 居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション等を行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るために提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら(介護予防) 通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、(介護予防) 通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者(ご家族)の希望を十分に取り入れ、また、計画内容については同意をいただくようになります。

[介護老人保健施設リバーアイーストの基本理念]

1. 質の良い在宅介護の支援に努めます。
2. 心温かい在宅介護の支援に努めます。
3. 信頼される在宅介護の支援に努めます。

[介護老人保健施設リバーアイーストの基本方針]

- ① 常に研鑽に努めます。
- ② 人権を尊重します。
- ③ 誠意を持ってリハビリ、看護、介護に取り組みます。
- ④ 地域における責務を認識し、保健、福祉活動に努めます。
- ⑤ 人材の育成に努めます。
- ⑥ 健全な介護保険事業の運営に努めます。

(4) 施設の職員体制 ((介護予防) 通所リハビリテーション)

職種	常勤換算数	業務内容
医師	1.0	施設利用者の健康管理及び医療に適切な処置を講ずる。
介護職員	12.0	医師の指示を受け利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
支援相談員	1.0	利用者・家族などに相談し同業務を行う。
看護師(兼務)	1	医師の指示を受け利用者の保健衛生に関する看護業務を行う。
理学療法士及び 作業療法士	3.0	医師の指示を受け利用者などに対する機能訓練業務を行う。

(5) 通所定員

・定員 38名

(6) 提供地域

・小田原市、大井町

(7) 営業日及び営業時間

- ①営業日 月曜日から土曜日 週6日 祝日は営業いたします。
- ②休業日 日曜日、1月1～3日、12月29～31日
- ③営業時間 午前8時30分～午後5時00分
- ④提供時間 午前9時00分～午後4時00分

(8) 併設サービス

- ・(介護予防) 短期入所療養介護
- ・介護老人保健施設 定員90名

2. サービス内容

- ① (介護予防) 通所リハビリテーション計画の立案 (この計画は、利用者に関するあらゆる職種の職員の協議によって作成されます。その際は、ご本人・扶養者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。)
- ② リハビリテーション実施計画書の立案 (この計画は、通所リハビリテーション利用者に関するあらゆる職種の職員の協議によって作成されます。その際は、ご本人・扶養者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。)
- ③ 食事
- ④ 入浴 (お身体の状況により清拭等に変わることがあります。)
- ⑤ 医学的管理・看護 (入院加療の必要がない程度の要介護者を対象としていますが、医師、看護師が勤務していますので、ご利用者の状態に照らし適切な医療・看護を行います。)
- ⑥ 介護 (居宅サービス計画を基に作成した、通所リハビリテーション計画に基づき提供いたします。)
- ⑦ 機能訓練 (作業療法士、理学療法士による評価と機能訓練を実施するほか、施設内 全ての活動が機能訓練の為のリハビリテーション効果を期待したものです。)
- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑩ 行政手続代行
- ⑪ 送迎サービス
- ⑫ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただく ものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 利用料金

- (1) 別添料金表をご参照下さい。
- (2) 支払い方法
 - ・毎月10日までに、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。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
 - ・お支払い方法は、原則、口座振替でお願いいたします。
手続きに2ヶ月を要します。その間は現金又は銀行振込にてお支払いをお願いいたします。

4. キャンセルの対応

- (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下さい。
(連絡先: リバーアイースト) 電話: 0465-42-8006
- (2) 利用者の都合で当日のサービスをキャンセルする場合には、できるだけすみやかにご連絡下さい。利用日の前日までにご連絡頂ければキャンセル料はかかりません。
(利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情で当日キャンセルされる場合には、別途ご相談下さい。)

5. 身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、当施設の医師が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかつた理由を診察録に記載することとします。

6. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

・協力医療機関

- ・名称 公益財団法人積善会 曽我病院
- ・住所 神奈川県小田原市曾我岸148番地
- ・電話 0465-42-1630

7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族連絡等必要な措置を講ずると共に、事故発生の原因、再発防止の検討を行います。

8. 相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応させていただきます。

(1) 当施設の担当・・支援相談員又は苦情解決責任者（受付時間8：30～17：00）

電話：0465-42-8006

(2) 市・町の担当

小田原市の方	小田原市高齢介護課（受付時間8：30～17：15） 小田原市萩窪300 電話：0465-33-1827
大井町の方	大井町福祉課（受付時間8：30～17：15） 足柄上郡大井町金子1995 電話：0465-83-8024

その他の地域の方・・ _____ 市区町村 担当課（係） _____

所在地 _____

電話番号 _____

(3) 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

所在地：横浜市西区楠町27-1 電話：0570-022-110

(4) 神奈川県高齢福祉課在宅サービスグループ

所在地 横浜市中区日本大通り1

電話番号 045-210-1111（内線4842）

9. 施設利用に当たっての留意事項

(1) 飲酒につきましては、ご遠慮下さい。

(2) 館内は敷地内を含め全面禁煙です。

(3) 火気の使用は、施設内禁止です。

(4) 所持品、備品等の持ち込みは、事前にご相談下さい。

(5) 金銭、貴重品の管理は、施設ではできかねます。必要最小限にして下さい。

(6) ペットの持ち込みは、ご遠慮下さい。

(7) 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。

(8) ご利用に際しまして被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期間のご確認をさせていただきます。

(9) 看護師・介護福祉士等の学生が、実習時に受持担当させて頂く場合があります。

(10) 当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

10. 職員の研修

当施設では、職員の資質向上のため、その研修の機会を確保します。

また、年3回、施設内研修の場を設け、職員全体の意思の統一に努めます。

11. 衛生管理

入所者の利用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水については、衛生的な管理に努め、又は衛

生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療器具の管理を定期制に行います。
施設で感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。

12. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓を整備しています。
- ・防災訓練 年2回実施。併設の曾我病院と合同にて実施します。

13. 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おりますので請求ください。

【 説明確認欄 】

年 月 日

上記の重要事項を説明しました。

事業者 所在地 小田原市永塚344-1
事業所名 介護老人保健施設リバースト

説明者 _____ 印 _____

上記の説明を受け、同意し交付を受けました。

利用者 住 所 _____

代理人 氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____