老人保健施設かみつが
（介護予防）通所リハビリテーション　重要事項説明書
（令和5年6月1日　現在）

（介護予防）通所リハビリテーションのサービス提供の開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1．事業所の概要

運　営　主　体	上都賀厚生農業協同組合連合会	
所　　在　　地	〒322-8550　栃木県鹿沼市下田町1-1033	
代表者職氏名	代表理事会長　廣 田 光 一	
事　業　所　名	老人保健施設かみつが　((介護予防)通所リハビリテーション)	
所　　在　　地	〒322-0045　栃木県鹿沼市上殿町960－2	
介護保険事業所番号	0950580027	
管理者及び連絡先	施設長　杉田　和彦	電話番号　0289－64－7233
		FAX番号　0289－64－2532
サービス提供地域	鹿沼市	
開 設 年 月 日	平成8年12月1日	
定　　員	80人	

2．事業所の基本理念・基本方針

≪基本理念≫　　― 自分らしく暮らしていただくためのお手伝い ―
私たちは、地域の拠点施設として持てる人材・機能を生かし、
住みなれた地域での生活を支援していきます。

≪基本方針≫　私たち、「老人保健施設かみつが」の職員は、
一、利用者へのサービス提供・支援に必要な技術と知識の習得、研鑽に努めます。
一、利用者の意思を尊重します。
一、利用者に応じた安全で質の高い医療、看護、介護、リハビリテーションの提供に努めます。
一、多職種からなるチームケアで、早期の在宅復帰に努めます。
一、自立した生活が継続できるよう総合的に支援します。
一、家族や地域、関係機関との交流・連携を促進し、一体的なケアを積極的に担っていきます。

３．通所リハビリテーションの運営方針

要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるよう理学療法、作業療法等のリハビリ職員、介護職、看護職、医師等が協力して支援します。

事業の実施に当たりましては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

４．営業日及び営業時間

【営　業　日】　　月曜日から土曜日（祝祭日を含む）
【休　業　日】　　日曜日および１月１日・１月２日
【営業時間】　　８時３０分～１７時（延長２０時３０分まで）
【事務所営業時間】　８時３０分～１７時（日曜・１月１日・１月２日除く）

5. 職員体制

職　　種	業　　務	人員　（＊:入所と兼務）
施　設　長	施設の運営管理に関すること	1 名　（＊）
医　　師	医学的管理に関すること	1 名　（＊）
看護師・准看護師	看護業務に関すること	1 名以上
介護福祉士・介護職員	介護業務に関すること	7 名以上
理学療法士・作業療法士 言語聴覚士	リハビリテーションに関すること	1 名以上　（＊）
歯科衛生士	口腔機能維持管理・ケアに関すること	0.2 名　（＊）
管理栄養士・栄養士	栄養管理・指導に関すること	1 名以上　（＊）
介護支援専門員	通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｻｰﾋﾞｽに関すること	1 名以上
調理師・調理員	食事調理に関すること	6 名以上　（＊）
事務員	各種事務処理に関すること	1 名以上　（＊）

6. サービス利用料及び利用者負担

（1）別紙、「（介護予防）通所リハビリテーション　サービス内容説明書」のとおり
（2）利用料の支払期限と支払方法
毎月末で締切り、翌月10日頃に請求書を発行しますので、その月末日までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。
①当事業所1階事務室窓口にての現金でのお支払い
②当事業所の指定口座へご利用者様のお名前での振込によるお支払い
③T-NET代金回収サービスシステムを利用した自動口座振替によるお支払い

7. ご利用の際の留意事項

食　　事	・利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事を摂取していただきます。
喫　　煙	・全館禁煙（敷地内・施設内）とさせていただきます。
所持品、現金の管理	・高価、高額な金品の持ち込みはご遠慮下さい。 ・原則として、現金は利用者各自で管理をお願いします。
居室・設備・機器の利用	・施設内の設備等は、本来の用法に従ってご利用下さい。 使用法等が不明の際は職員がご説明いたします。なお、これに反した利用または故意による破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。
そ の 他	・職員に対しての志、差し入れ等は固くご辞退いたします。 ・宗教や慣習の違いなどで他人を攻撃したりしないで下さい。 ・自己の利益のために他人の自由を侵したりしないで下さい。 ・施設内の秩序、風紀を乱したりしないで下さい。 ・食べ物は持ち込まないで下さい。 ・サービスの利用を中止等する場合は、すみやかにご連絡下さい。 ・その他前各項に準ずるようなことは慎んで下さい。

8. キャンセル

（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。

通所リハビリテーション　　電話番号：0289-64-7239

（2）利用者の都合で日々のサービスを中止または変更等する場合、原則としてキャンセル料は発生しませんが、当日のご利用キャンセルにつきましては食費相当額をキャンセル料としていただきます。

9. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「老人保健施設かみつが消防計画」に則り対応します。
平常時の訓練	別途定める「老人保健施設かみつが消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方の参加を得て実施します。

	設備名称	設置の有無	設備名称	設置の有無
防災設備	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	非難階段	3ヶ所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン・布団等は難燃・防煙性能のあるものを使用しています。			
消防計画	消防署への届け出日 ： 平成31年4月23日　　防火管理者 ： 石川光宏			

10. 緊急時等の対応

利用者に対するサービスの提供にあたって緊急事態等が発生した場合は、別に定める「老人保健施設かみつが緊急時連絡網」の手順に従い、速やかに利用者の代理人（ご家族や後見人等）、連帯保証人等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当該保険者及び関係機関への連絡を行います。

協力医療機関：上都賀総合病院　鹿沼市下田町1-1033　電話番号：0289-64－2161

11. 相談窓口、苦情対応

当事業所の相談苦情窓口	電話番号	0289－64－7239
	FAX番号	0289－64－2532
	担当課	支援相談課
	対応時間	前記4の営業時間内
鹿沼市保健福祉部介護保険課	電話番号	0289－63－2283
	FAX番号	0289－63－2284
	対応時間	平日の8:30～17:00
栃木県国民健康保険団体連合会（苦情処理担当）	電話番号	028－643－2220
	FAX番号	028－643－5111
	対応時間	平日の9:00～16:00

12. 個人情報の使用について

利用者のためのサービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整、並びに医療機関の受診等において、個人情報の使用を必要とする場合があります。個人情報を使用する場合は、下記の条件のもとに利用者及び利用者の代理人（ご家族や後見人等）の同意を得るものとします。

（1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

（2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

（3）使用する期間は当事業所と別に締結する居宅サービス・介護予防サービスの契約期間内であること。

13. 身体的拘束について

当事業所は、居宅サービス・介護予防サービス契約書第6条に記載のとおり、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し身体的拘束その他の方法により行動を制限しません。当施設の「権利擁護委員会」において例外規定に該当すると判断した場合には、契約書第6条2に記載のとおり、別紙により、利用者または利用者の代理人（ご家族や後見人等）の同意を得るものとします。

14. 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために、虐待防止マニュアルを作成し、その発生を防止するための体制を整備します。

15. 業務継続計画の策定について

当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な措置を講じます。

16. 事故発生防止について

当事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために、事故防止マニュアルを作成し、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。

17. 衛生管理について

当事業所は、感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の防止マニュアルを作成し、その防止のための体制を整備します。

18. 褥瘡対策について

当事業所は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡防止マニュアルを作成し、その発生を防止するための体制を整備します。

【説明確認欄】

令和　　年　　月　　日

1. サービスの内容について、本書面を交付のうえ重要事項を説明しました。

（事業者）事業者名　老人保健施設かみつが　　説明者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

2. サービスの内容について、本書面を受領のうえ事業者から説明を受け、（介護予防）通所リハビリテーションサービスの内容に同意しました。

利用者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

利用者の家族等　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　（続柄　　）