

<別紙1>

介護老人保健施設ひかり（通所リハビリテーション）のご案内

（重要事項説明書）

1. 施設の概要

（1）施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設ひかり
- ・開設年月日 平成16年10月18日
- ・所在地 茨城県土浦市右廻1-1-3
- ・電話番号 029（843）3321 FAX 番号 029（843）3324
- ・管理者名 万本 盛三（医師）
- ・介護保険指定番号 （0850380031号）

（2）介護老人保健施設（通所リハビリテーション）の目的と運営方針

- ① 医学的管理の下での介護、看護サービスや、個々のレベルに合った機能訓練を行う。
- ② 利用者様が安心してサービスを受ける環境を整え、利用者様を中心とした明るく暖かいサービスを提供。また、利用者様個々の能力を生かした自立支援に努める。
- ③ 利用者が在宅での生活を1日でも長く継続できるように支援する。
- ④ 市町村、居宅介護支援事業所、医療機関等との連携を密に行うと共に、施設と家族が一体となった介護計画の確立を目指す。

ご理解いただいた上でご利用ください。

（3）施設の職員体制（通所リハビリテーション）

令和5年12月 現在

	常勤	非常勤	備考
・医師	1	0	
・看護職員	0	3	
・介護職員	9	2	兼務職員を含む
・支援相談員	1	0	兼務職員を含む
・理学療法士	3	2	兼務職員を含む
・作業療法士	2	0	兼務職員を含む
・言語聴覚士	1	0	兼務職員を含む
・管理栄養士	1	0	
・その他	給食・清掃は業務委託		

(4) 通所定員 40 名

・営業日 毎週月曜日から土曜日

・休業日 日曜、12 月 31 日から 1 月 3 日はお休みとなります。

(祝祭日は不定休となります。)

2. サービス内容

- ① 食事の提供 (食事は原則として食堂でおとりいただきます。)
- ② 入浴 (一般浴槽のほか、介助を要する利用者様には特別浴槽で対応します。
但し、身体の状態に応じて清拭となる場合もあります。)
- ③ 医学的管理・介護、看護、機能訓練
- ④ レクリエーション
- ⑤ 在宅介護 (在宅での生活指導も必要に応じて行います)
- ⑥ 介護相談・援助サービス
- ⑦ 送迎サービス
- ⑧ その他

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただいております。

協力医療機関

名 前	野上病院 (同法人医療機関)
住 所	茨城県土浦市東崎町 6-8
名 称	土浦協同病院
住 所	茨城県土浦市おおつ野 4-1-1
名 称	県南病院
住 所	茨城県土浦市大字中 1087-3
名 称	市村歯科医院
住 所	茨城県土浦市東崎町 6-18

4. 施設利用に当たっての禁止事項

- ・金銭・貴重品は持ち込まない
- ・飲酒、喫煙の禁止。
- ・火気の取扱いの禁止。
- ・宗教活動、勧誘の禁止。
- ・ペットの持込みの禁止。
- ・物品の販売の禁止。
- ・その他施設運営に影響を及ぼす行為の禁止。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、非常通報装置
- ・防災訓練 年2回の総合訓練

6. 要望又は苦情の申出

当施設の要望又は苦情等は下記の担当に申し出る事が出来ます。

苦情窓口 ： 「事務長」又は「支援相談員」

受付時間 ： 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

※ 要望又は苦情の記録用紙の保存期間は5年とします。

茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談室

TEL ： 029-301-1565

茨城県社会福祉協議会

TEL ： 029-305-7193

土浦市役所 高齢福祉課

TEL ： 029-826-1111

7. 事故発生時の対応

サービス提供時間内に於いて、事故が発生した場合、当施設は、利用者様に対し必要な措置を講じます。

①施設医師の判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、又は他の専門的機関での診療を依頼します。

② ①のほか、当施設は利用者様のご家族等、又は、担当ケアマネージャーに速やかに連絡を行ないます。

8. 損害賠償

① 介護保険施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

② 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

※ 処遇上、不可抗力による転倒・転落等、その他の事故が発生した場合、施設は責任を負いません。

9. その他

当施設についての詳細は、パンフレット、料金表を用意してありますのでご請求ください。

<別紙 2 >

通所リハビリテーションについて

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションは、要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された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りハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。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、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、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

（1）利用料金

・別紙利用料説明書をご参照ください。

（2）支払い方法

・毎月 3 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の 1 5 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。

・お支払方法は、原則として現金でのお支払いになります。

（日曜日はお休みとなります。）

（3）キャンセルポリシー

・当日連絡又は連絡なしのご利用キャンセルの場合、食事代(700 円)を請求させていただきます。

※ご都合によりお休みされる際は、前日の 17:30 までに 029-843-3321 へご連絡ください、その場合のキャンセル料(食事代)は発生致しません。