

指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション

重要事項説明書

(令和2年12月1日現在)

1 概要

(1) 事業所の概要

法人名：医療法人有葵会のぼる内科
事業所名：通所リハビリテーション
所在地：長崎県長崎市中園町10番5号
電話番号：095-865-6663
管理者：吉田 登
介護保険番号：4210164846

(2) 当事業所の職員体制

医師	1名(常勤)
医師	1名(非常勤)
看護師	4名(非常勤)
理学療法士	1名(常勤)
理学療法士	2名(非常勤)
作業療法士	2名(非常勤)
介護職員	2名(常勤)
介護職員	3名(非常勤)

(3) 営業日・営業時間及び利用定員数

営業日：月曜日から金曜日までとする。
ただし、祝日及び8月13日～15日、12月30日～1月3日を除く。
営業時間：月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時まで
利用定員数：40名

(4) サービスの実施地域

長崎市(外海町、香焼町、伊王島町、高島町、三和町、野母崎町を除く)
西彼杵郡(長与町、時津町)
この地域以外で当事業所の通所リハビリテーション・予防通所リハビリテーションを希望される場合は、ご相談下さい。

2 サービスの内容

- 1 リハビリテーション計画の立案
- 2 医学的管理・看護
- 3 介護
- 4 機能訓練(リハビリテーション、レクリエーション)
- 5 相談援助サービス

- 6 送迎
- 7 給食サービス
- 8 入浴サービス
- 9 その他、利用者に対する便宜の提供

※予防給付の場合は週何回、週何時間、どのようなサービスを行うと効果が上がり、自立した生活につながるか、利用者と相談の上決定します。

3 利用料等

(1) 介護保険を適用するサービスの利用料

別紙②『サービス料金説明書』をご参照ください。

※利用料につきましては、介護保険法の改定等により介護給付費体系の変更があった場合、事前に説明を行った上で、変更する可能性があります。

(2) その他の料金

- | | | |
|--------|----|------|
| ① 食費 | 1食 | 500円 |
| ② おむつ代 | 1枚 | 実費 |

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話又はご来所によりお申し込みください。当事業所の担当者がお伺いいたします。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くだされば、いつでも解約できます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、他の事業所をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合（短期入所の場合は該当しません。）
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 利用者の方やご家族などが当事業所や当事業所の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

5 利用に当たっての留意事項

- ・ 飲酒、喫煙：飲酒は禁止です。喫煙は指定の場所をお願いします。
- ・ 火気の取り扱い：火気類の持ち込みは禁止します。
- ・ 設備、備品の利用：施設担当者の了解を得てからご利用ください。
- ・ 所持品、備品等の持ち込み：施設担当者の許可を得てからお持込ください。
- ・ 金銭、貴重品の管理：必要以上は持ち込まないで下さい。

6 非常災害対策

- ・防災設備：自動火災報知設備、消火器、誘導等及び誘導標識等
(年2回外部委託業者にて点検実施)
- ・防災訓練：年2回実施

7 サービス内容に関する苦情

当事業所の提供したサービスに対して、不満や苦情がある場合には、どんな些細な事でも構いませんので、次の窓口までお申しつけください。

① 当事業所の相談・苦情窓口及び対応等

担当者 永田慎

電話 095-865-6663 . FAX 095-842-5243

苦情があった場合は、直ちに利用者等と連絡をとり、事情を聞き、苦情の内容を把握し、必要な対応を行います。また、苦情の内容によっては、市町村や居宅介護支援事業者等と連絡をとり、必要な対応を行います。

② 行政機関その他苦情受付機関

当事業所以外に、お住まいの市町村及び長崎県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

長崎市役所 介護保険課	所在地 長崎市桜町2番22号 電話番号 095-829-1163
長与町役場 健康保険課	所在地 西彼杵郡長与町嬉里郷659-1 電話番号 095-883-1111
時津町役場 保健衛生課	所在地 西彼杵郡浦郷274-1 電話番号 095-882-2211
諫早市役所 高齢介護課	所在地 諫早市東小路町7番1号 電話番号 0957-22-1500
長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 長崎市今博多町8番2号 電話番号 095-826-7293 FAX 095-826-1779

8 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は、速やかにご家族及び利用者がお住まいの市町村へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対して当事業所の指定通所リハビリテーション・指定介護予防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、速やかに損害賠償いたします。

当事業者は、通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基
づいて重要事項の説明をしました。

この契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各1通を保有します。

_____年 _____月 _____日

事業者	法人名 医療法人有葵会のぼる内科 所在地 長崎市中園町 10 番 5 号 事業所 (事業所の名称及び所在地) 医療法人有葵会のぼる内科 通所リハビリテーション 長崎市中園町 10 番 5 号	
	理事長 吉田 登	印
	説明者	印

私は、契約書及び本書面に基づいて、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
説明を受けるとともに、この内容に同意します。

利用者	住所	
	氏名	印
家族 (代理人)	住所	
	氏名	印