

重要事項説明書

<平成30年8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：訪問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

理学療法士 4名（非常勤）

作業療法士 1名（非常勤）

(3) 営業日・営業時間・サービス提供時間

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：月曜日から土曜日 午前9時～午後5時まで

サービス提供時間：月曜日から金曜日 午前9時～午後5時まで

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）、諫早市、西彼杵郡（長与町、時津町）

この地域以外で当事業所の訪問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) 訪問リハビリテーション計画の立案

(2) 理学療法士または作業療法士による機能訓練（リハビリテーション）及び指導・アドバイス

3 利用料等

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。

4 サービスの利用法

(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下さい。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

文書でお申し出下されば、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ヶ月までに文書で通知するとともに、他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員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 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付け下さい。

当事業所の相談・苦情窓口及び対応等

担当者 _____

電 話 095-865-6663 FAX 095-842-5243

苦情があった場合には、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所等と連絡をとり、必要な対応を行います。

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 西彼杵郡時津町浦郷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 095-826-1779

6 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訪問リハビリテーション・介護予防訪問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、訪問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 訪問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、事業者から訪問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