

通所リハビリテーション事業所はなぞの

介護予防通所リハビリテーション事業所はなぞの

重要事項説明書

(事業の目的)

事業所は、ケア・プラン及び事業サービス計画に基づいて、要介護及び要支援状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

(従業者の職種及び員数)

事業所の従業者の職種及び員数は、次のとおりとする。

職 名	人 員
1) 管理者	1 名 (兼務)
2) 医師	1 名 (兼務)
3) 看護職員	1 名以上
4) 介護職員	6 名以上
5) 作業療法士・理学療法士	2 名以上 (兼務)
6) 事務職員	1 名以上 (兼務)
7) 管理栄養士	1 名以上 (兼務)
8) 調理員	(有) 信和メディカル・サービスに委託
9) 薬剤師	1 名以上 (兼務)

(営業日、営業時間及び利用定員)

事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- 1) 営業日 原則として次に掲げる日以外の日とする。
 - ①日曜日
 - ②12月31日から翌年の1月3日までの日
- 2) 営業時間 : 9時30分から16時まで。または、10時30分から16時まで。
- 3) 利用定員は40名とする。
- 4) 単位数は2単位とし、1単位の利用者数は20名とする。

(通常の事業の実施地域)

- 1、事業所の通常の事業実施の対象として送迎を行う地域は、大牟田市の南部及び荒尾市の北部とする。
- 2、通常の実施対象地域外の送迎費は徴収しない。

(事業サービスの提供等)

事業所は、利用者の心身の状況若しくは病状により、事業所において診療に基づいて実施する計画的な医学管理の下における作業療法、その他必要なりハビリテーションを受ける必要がある、法に定める要支援者及び要介護者を対象として事業サービスを提供する。

(受給資格等の確認)

事業所は、事業サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期限を確かめる。

（説明及び契約）

- 1、事業所は、事業サービスを提供する際には、事前に利用申込者及びその家族に対して運営規定の概要、職員の勤務体制、その他を文書で説明し、利用申込者及びその家族等が事業サービスの選択を容易に出来るようにする。
- 2、事業サービスを開始する際には、利用申込者及びその家族等と利用契約を締結する。

（健康管理）

- 1、医師は、必要に応じて利用者を診察し、健康管理に努める。
- 2、体調不良の場合、サービス提供が出来ない場合がある。

（食事の提供）

事業所は、利用者に対して毎日定時に昼食を提供する。

（日課の励行）

- 1、事業所は、利用者が事業所内において、快適な日常生活が楽しめるために必要な、利用者が遵守しなければならない事項について定める。
- 2、利用者は、事業者が定めた日課等の事項を遵守し、事業所内における共同生活の秩序を維持し、利用者相互の親睦に努めるものとする。

（健康維持）

利用者は、自らの健康管理に留意し、事業所が行う診察等は進んで受けるものとする。

（安全管理）

事業所は、利用者の安全を確保するため、自然災害、火災及びその他の災害に対する防災対策等を策定し、計画的に防災訓練を実施し、必要に応じて事業所内の設備改善を図る。

（通報・消火・退避訓練の実施）

事業所は、不時の災害等に対処するため、通報・消火・退避訓練を実施する。

（事故発生時の対応）

- 1、事業所は、利用者に対する事業サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等、保健所、市町村等の関係機関に連絡し、必要な措置を講ずる。
- 2、事業所は、事故が発生した場合は、速やかにその原因を解明し、再発生を防止する対策を講ずる。

（掲 示）

事業所は、運営規定の概要、従業員の勤務体制及び利用料等を見やすい場所に掲示または提示する。

（居宅介護サービス費の代理受領）

事業所は、利用者に係る居宅サービス費について、利用者及びその家族等の了解を得て、代理受領する。

（利用料の徴収及び領収書の発行）

事業所は、利用者から次のとおり利用料を徴収する。

- 1) 事業所利用に伴う、法に定める居宅介護サービス費の本人負担分。
- 2) 昼食代
- 3) 提供した通所リハビリテーションについて法定代理受領以外の利用料の支払いを受けた場合、領収書及び明細書を交付する。

(秘密保持等)

1、事業所は、業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密等について、職員に対し次のとおり措置する。

- 1) 正当な理由がある場合以外は、その秘密を他に漏らさないよう指導する。
- 2) 職員が退職する場合には、退職後においてもその秘密を他に漏らさないよう文書で確約させる。

2、事業所は、利用者及びその家族等の秘密について、必要により居宅介護支援事業者等に情報として提供する場合は、あらかじめ文書により利用者及びその家族等の同意を得る。

(苦情処理)

1、事業所は、その提供した施設サービスについて、利用者及びその家族から苦情が出た場合は、迅速かつ適切に解決する。

2、事業所は、提供した事業サービスについて、利用者等からの苦情に関して市町村が行う調査に協力すると共に、市町村から文書その他の物件の提出または提示を求められ、または当該市町村の職員からの質問若しくは紹介があった場合は、それらに応じると共に、市町村からの指導または助言に従って必要な改善を行う。

3、事業所は、その提供した事業サービスに関する利用者等からの苦情について、国民健康保健団体連合会が行う調査に協力すると共に、国民健康保険団体連合会から指導または助言を受けた場合は、その指導または助言に従って必要な改善を行う。

4、利用者及びその家族からの相談または苦情に対応する常設の窓口の設置及び連絡先担当者の任命

- 1) 利用者及びその家族等からの相談・苦情に対する常設の窓口として担当者を置く

(苦情処理担当窓口)

受付電話番号 0 9 4 4 - 5 2 - 8 6 0 0 (介護老人保健施設はなぞの)

担当者	介護老人保健施設はなぞの	事務長	寺本 芳美
	通所リハビリテーションはなぞの	主 任	杉本 美代子

5、行政機関、その他苦情受付機関

大牟田市役所保健福祉部健康福祉推進室福祉課介護保険担当相談窓口 平日 8 : 30 ~ 17 : 15

福岡県大牟田市有名町 2-3 電話 0944-41-2683 FAX0944-41-2662

福岡県国民健康保険団体連合会 事業部介護保険課 (介護サービス相談窓口) 平日 8 : 30 ~ 17 : 00

福岡県福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話 092-642-7859 FAX092-642-7856

荒尾市役所保健福祉部保険介護課介護保険係相談窓口 平日 8 : 30 ~ 17 : 15

熊本県荒尾市宮内出目 390 電話 0968-63-1418 FAX0968-69-0955

熊本県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口 平日 9 : 00 ~ 17 : 00

熊本県熊本市東区健軍 2-4-10 電話 096-214-1101 FAX096-214-1105

（通 知）

事業所は、利用者が次の各号のいずれかに該当した場合は、意見を付してその旨を当該利用者が居住する市町村長に遅滞なく通知する。

- 1) 闘争、泥酔、または著しい不行跡によって疾病にかかり、または負傷した場合。
- 2) 正当な理由なしに管理者の指示に従わない場合。
- 3) 偽り、その他不正な行為によって居宅介護サービス費の支給を受け、または受けようとした場合。

（地域との連携）

事業所は、その運営に当たって、地域住民またはその自発的な活動等との連携、及び協力を行う等、地域との交流に努める。

（市町村との連携）

事業所は、市町村と常に連携を取りながら、設立目的に沿った運営に努める。

（協力病院）

- 1、事業所は、利用者の病状の急変に対応するために、協力病院を定める。
- 2、事業所は、歯科協力病院を定める。
- 3、事業所は、協力病院等の名称及び診療科目等を、事業所内の見やすい場所に掲示する。

※協力病院 河野歯科：大牟田市宝坂町 1-1-9、 大牟田保養院：大牟田市黄金町 1178

（要介護認定の申請に係る援助）

- 1、事業所は、利用の際に要介護認定を受けていない利用申込者について、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、利用申込者及びその家族の意思を確認し、速やかにその手続きを行うよう援助する。
- 2、事業所は、要介護認定の更新の申請が、遅くともその利用者が受けている要介護認定の有効期間満了日の30日前に行われるよう必要な援助を行う。

（虐待防止に関する事項）

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- （1）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- （2）その他虐待防止のために必要な措置

- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

利用者及び代理人に対し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者 氏名 _____ (印)

私は、本書面にに基づいて事業所から重要事項の説明を受け、利用することに同意します。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

利用者との続柄 _____