

**通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション
重要事項説明書
(第 24 版)**

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(愛知県指定 第 2315601894 号)

医療法人 瑞頌会 尾張温泉かにえ病院

1 施設経営法人

法人名	医療法人 瑞頌会 尾張温泉かにえ病院
法人所在地	愛知県海部郡蟹江町大字西之森字長瀬下65番14
電話番号	0567-96-2000
代表者氏名	理事長 真野 寿雄
設立年月	平成6年12月9日

2 ご利用施設、概要

(1) 事業所の種類

指定通所リハビリテーション事業所

(2) 事業所の目的

要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

(3) 事業所の運営方針

指定通所リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図る。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域保健・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るものとする。

事業所の名称	医療法人瑞頌会 尾張温泉かにえ病院 通所リハビリテーション
事業所の所在地	愛知県海部郡蟹江町大字西之森字長瀬下65番14
電話番号	0567-96-2000
管理者	施設長 落合 淳
開設年月日	平成18年10月1日（変更年月日 平成22年3月1日）
営業日	月曜日～金曜日 ※祝祭日も営業
定休日	土曜・日曜日（年末年始12/30～1/3）
サービス提供時間 利用定員	1 単位目 8：45～10：00 10名 2 単位目 10：15～11：30 10名 3 単位目 12：30～13：45 10名 4 単位目 14：00～15：15 10名 5 単位目 15：30～16：45 10名
通常の事業の実施地域	蟹江町全域および津島市・愛西市・弥富市・あま市・名古屋市 中川区庄内川以西の地域

3 職員体制

職種	業務内容	常勤	非常勤
医師	医療	1名	—
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	機能訓練	10名	—

4 サービス内容

(1) 機能訓練

心身機能の向上を目的に、ご利用者様に適した訓練プログラムを理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が評価・作成・実施致します。

(2) 健康チェック

体温・血圧等の測定や問診を行い日々の健康を管理致します。

(3) リハビリマネジメント

5 サービス利用料金

通所リハビリテーション利用料金、介護予防通所リハビリテーション料金、加算サービス項目、その他の料金については別紙「通所リハビリテーション料金表」の通りとします。

6 キャンセルについて

期限	利用前日の16:30まで
連絡先	医療法人 瑞頌会 尾張温泉かにえ病院 通所リハビリテーション 電話番号 0567-96-2000

※サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により、ご契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、ほかの利用可能期間又は日時をご契約者に掲示して協議します。

7 お支払い方法

毎月28日（土、日にあたる場合は翌日）にご利用料金を指定の口座（共立コンピューターサービス株式会社）より引き落としを致します。引き落とし確認後、領収書を発行致します。

8 サービスの終了方法

- (1) ご利用者様のご都合でサービスを終了される場合
生活の質が向上した、当初の目標が達成したなど理由から、サービスの終了を希望する場合、終了を希望する日の1週間前迄にお申し出下さい。
- (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頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前迄に、文書にて通知致します。
- (3) 自動終了
以下の場合には、双方の通知が無くても、自動的に終了致します。
 - ・ご利用者様が、介護保険施設にご入所された場合
 - ・介護保険給付でサービスをお受けになられていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - ・ご利用者様がお亡くなりになられた場合
- (4) その他
 - ・当センターが正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様並びにご家族様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合には、ご利用者様は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了することが出来ます。
 - ・ご利用者様のサービス利用料金のお支払いが請求した月末までに行われず、料金をお支払い頂く様に催告した日より2週間以内にお支払いを頂けない場合、ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返された場合、またはご利用者様のご入院もしくはご病気によって、1ヶ月以上に渡ってサービスがご利用頂けない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様またはご家族様が、事業者やサービス事業者または他のご利用者様に対して、社会通念を逸脱する行為が行われた場合には、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合がございます。

9 事故発生の対応

- ・サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族、市町村、支援事業者等へ連絡致します。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10 苦情・相談対応窓口

事業所	担当者	菱田みゆき
	連絡先	0567-96-2000
	対応時間	8:30~17:30(土・日を除く)
各市町村	蟹江町役場	介護支援課 0567-95-1111
	弥富市役所	福祉課 0567-65-1111
	愛西市役所	高齢福祉課 0567-26-8111
	あま市役所 甚目寺庁舎	高齢福祉課 052-444-3141
	津島市役所	高齢介護課 0567-24-1111
	名古屋市 中川区役所	福祉課 052-363-4415
	対応時間	8:30~17:15(土・日, 祝日を除く)
国民健康保険団体連合会	担当者	介護サービス苦情処理審査会
	連絡先	〒461-0014 名古屋市東区泉1丁目6番5号 052-971-4165
	対応時間	8:30~17:15(土・日, 祝日を除く)

11 サービスのご利用にあたっての留意事項

- ・ 体調確認

気分が悪くなった時は、速やかに申し出て下さい。

- ・ 体調不良等によるサービスの中止・変更

緊急時の連絡方法に従って、ご連絡の上、対応致します。

- ・ 設備・器具の利用

共有の施設・設備は他の迷惑にならないようお願い致します。

材料を要する物以外のご利用は、全てご利用料金に含まれております。

- ・ 豪雨・積雪時等

サービスを中止する場合がございます。

1 2 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業所等へ連絡致します。

1 3 非常災害対策

・防災時の対応

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、または、消防法第8条に規定する防火管理者を設定して非常災害対策を行います。

・防災設備

医療機関として、消防検査に合格して防火設備を完備しております。その他、非常備蓄品等を用意しております。

・防災訓練

非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行います。

・防火管理者 医療法人 瑞頌会 尾張温泉かにえ病院

飯田 真吾

・火元責任者 医療法人 瑞頌会 尾張温泉かにえ病院
指定通所リハビリテーション

菱田みゆき

第1版 平成22年3月1日 施行

第2版 平成22年8月1日 改訂

第3版 平成23年4月1日 改訂

第4版 平成24年4月1日 改訂

第5版 平成26年10月1日 改訂

第6版 平成27年4月1日 改訂

第7版 平成27年7月1日 改訂

・理事長名変更

・施設長名変更

・サービスご利用にあたっての留意事項一部変更

・施設長名変更

・利用料変更

・サービス提供時間変更

・法人名、住所変更

・事業所名、住所変更

・サービス提供時間変更

・利用料変更

・利用料変更

第 8 版	平成 27 年 9 月 1 日	改訂	・ 利用定員変更
第 9 版	平成 28 年 2 月 1 日	改訂	・ 事業の実施区域変更
第 10 版	平成 28 年 4 月 1 日	改訂	・ 事業所担当者名変更
第 11 版	平成 28 年 5 月 1 日	改訂	・ 保険給付対象外利用料金追記
			・ 防火管理者名変更
第 12 版	平成 28 年 9 月 1 日	改訂	・ 防火管理者名変更
第 13 版	平成 29 年 11 月 1 日	改訂	・ サービス提供時間変更
			・ 職員体制、サービス内容変更
			・ 加算サービス項目、保険給付対象外利用料金変更
			・ 苦情・相談対応窓口担当者、火元責任者変更
第 14 版	平成 30 年 4 月 1 日	改訂	・ サービス提供時間変更
			・ 職員体制変更
			・ 加算サービス項目変更
第 15 版	平成 30 年 6 月 11 日	改訂	・ 法人の名称変更
第 16 版	平成 30 年 8 月 1 日	改訂	・ 介護保険負担割合項目追加
			・ 苦情相談窓口 市町村担当者名変更
第 17 版	令和元年 5 月 1 日	改訂	・ 元号変更
			・ 職員体制変更
第 18 版	令和元年 6 月 1 日	改訂	・ 職員体制変更
第 19 版	令和元年 10 月 1 日	改訂	・ 利用料変更
			・ オムツ料金変更
			・ 苦情相談窓口追加
第 20 版	令和 2 年 4 月 1 日	改訂	・ 職員体制変更
第 21 版	令和 3 年 4 月 1 日	改訂	・ 防火責任者の変更
			・ サービス提供時間の変更
			・ 単位数の変更
			・ 利用者の定員の変更
			・ 職員体制変更
			・ 利用料金表別紙記載
			・ 押印欄の削除
第 22 版	令和 4 年 4 月 1 日	改訂	・ 職員体制変更
第 23 版	令和 4 年 9 月 1 日	改訂	・ 施設長名変更
第 24 版	令和 5 年 6 月 1 日	改訂	・ 防火責任者の変更

私は、事業所より本書面に基づいた重要事項の説明を受け、指定通所リハビリテーションの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者住所_____

氏名_____

ご署名

代行者住所_____

氏名_____ (続柄)

説明者：氏名_____