

(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)

森の里介護センター 重要事項説明書

(事業所の名称等)

- 1 名 称 森の里介護センター
- 2 所在地 熊本県玉名郡和水町大田黒 6 9 9

(従業者の勤務体制)

- 1 医 師 1 名 以上
- 2 従 事 者
 - 理学療法士 1 名 以上
 - 作業療法士 1 名 以上
 - 看護職 1 名 以上
 - 介護職 8 名 以上

(営業日及び営業時間)

- 1 営業日 月曜日から土曜日までとする（但し、12月31日～1月2日を除く）。
- 2 営業時間 8時35分～17時30分（利用時間9時～17時）

(利用定員)

- 1 日2単位の40名

(指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの内容)

- 1 6時間以上8時間未満の通常規模の指定通所リハビリテーションが原則であるが、利用者の希望等により短時間の利用も可能とします。
- 2 居宅と本事業所間における送迎。
- 3 食事の提供及び、入浴介助。
- 4 医学的管理のもとで要介護者等に対する心身の機能回復のため、本事業所の従業者等が共同して作成したリハビリテーション計画に基づき下記の通り行います。

目的

- ① ADLの低下防止
- ② QOLの維持・向上
- ③ 寝たきりの防止
- ④ 社会性の維持・向上
- ⑤ 精神状態の改善
- ⑥ その他、利用者の心身状態の改善

内容

- ① 治療用ゲーム、カラオケ、手工芸用具等を使用した趣味的訓練
- ② 日常生活動作に関する訓練
- ③ 自助具の適用・使用訓練

- ④ 運動療法
- ⑤ 物理療法
- ⑥ 歩行訓練・基本動作訓練・入浴訓練
- ⑦ その他、通所リハビリテーション計画に即した訓練

(通常の事業の実施地域)

和水町／南関町／山鹿市

(利用料等)

- 1 利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、本事業が法定代理受領サービスであるときは、その一割の額となります。
- 2 実施地域を越えて行う指定通所リハビリテーションに要した交通費は、原則としてその実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、1kmにつき、20 円とします。
- 3 前項の他、次の各号に掲げる費用の支払いを受けます。

① 食費（1 日）	3 9 0 円
② 体験利用	1 0 0 円
③ オムツ及びパット費用	
ア) オムツ	1 0 0 円
イ) パット	2 0 円
④ その他、日常生活に係る費用で徴収が必要となった場合は、その都度利用者又はその家族に説明を行い、同意を得たものに限り徴収します。	

(サービス実施にあたっての留意事項)

利用者又はその家族は、本事業所を利用するに際し、次の点に留意をお願いします。

- 1 作成されたりハビリテーション計画に従い、リハビリに努める
- 2 本事業所に備え付けの医療機器類を使用する場合は、医師その他、従業者の指示に従う
- 3 利用予定日や送迎時間等に変更が生じた場合は、本人又は家族は遅滞無く本事業所へ連絡を行う
- 4 利用者は、リハビリテーションの途中において、心身の状況に不具合を生じた場合は直ちに本事業所の従業者に申し出る
- 5 介護の再審査請求や見直し等により、利用者の介護度に変更が生じた場合は、本人又は家族は遅滞無く本事業所へ届け出る

(非常災害対策)

消防計画に基づき、火災、風水害等に対する非常災害対策を実施します。

(事故発生時に対応)

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村・家族・居宅介護支援事業所等に連絡を行い、必要な措置を講じるとともに、再発防止に努めます。

（苦情等に対する対応）

苦情があった場合には、管理者及び担当者が事情をうかがい、具体的な対策を講じ、再発防止に役立てます。

担当者：大塚 知可

連絡先：０９６８－３４－４４６７

（秘密保持）

- １ 従業者はサービス提供で知りえた利用者及びその家族等に関する事項は正当な理由なく漏洩しません。
- ２ サービス担当者会議等において、利用者、家族の個人の情報を用いる場合があります。

（その他）

- １ サービスの提供及び介護保険証の更新にあたり被保険者証の提示をお願いいたします。
により、被保険者番号、認定度及び有効期間を確認する
- ２ サービス提供に際しては、予め利用者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務体制その他、サービスの内容などの重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、利用者又は家族等の同意を得ます。

平成１９年１２月１日改正

(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)

森の里介護センター

利用にあたっての同意書

平成 年 月 日

(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) 森の里介護センターのサービス提供にあたり、利用者及び家族に対し運営規程に基づき、重要事項の説明をいたしました。

所在地：熊本県玉名郡和水町大田黒 6 9 9

事業所名：森の里介護センター 印

説明者職名：

説明者氏名： 印

当センターの重要事項説明書により、上記の説明者から重要事項の説明を受け、これに同意し、サービス利用を申し込みます。

なお、サービス担当者会議などにおいて本人、家族の個人情報を用いることに同意します。

ご利用者 氏名： 印

住所：

ご家族（連帯保証人）

氏名： 印 続柄：

住所：

電話： 携帯：

勤務先等緊急連絡先：

その他の連絡先

氏名： 印 続柄：

住所：

電話： 携帯：

勤務先等緊急連絡先：

その他の連絡先

氏名： 印 続柄：

住所：

電話： 携帯：

勤務先等緊急連絡先：