

老人保健施設いのこし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

あなたに対する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）サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名称 医療法人博報会 老人保健施設いのこし
所在地 名古屋市名東区猪子石原一丁目1501番地
法人種別 医療法人
代表者名 理事長 柵木 充明
施設長名 木村 敏男
電話番号 052(777)5650 FAX番号 052(777)1767
名古屋市長から指定を受けているサービスの種類及び指定番号 通所リハビリテーション 2351580028

2. 事業の目的と運営方針

- (1) 当事業所は、利用者に対し介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション計画（介護予防通所リハビリテーション計画）をたて利用者の心身の機能の維持回復を図ること又は利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うことを目的とします。
- (2) 当事業所では、利用者の意志及び人格を尊重し自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (3) 当事業所では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者、指定介護予防事業者及び関係市町村と綿密な連携をはかり利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるように努めます。
- (4) 当事業所では、明るく家庭的雰囲気重視し利用者が「にこやか」で「個性豊か」に過ごすことができるよう「愛あるケア」をモットーにサービス提供に努めます。

3. ご利用事業所の従員数及び勤務の体制

(1) 管理者	1名（常勤医師と兼務）	勤務時間（午前 8時30分～午後 5時30分）
(2) 医師	常勤 1名	勤務時間（午前 8時30分～午後 5時30分）
	非常勤 1名 毎週水・木曜日	勤務時間（午前 8時30分～午後 5時30分）
(3) 介護職員	常勤 5名 毎週月から金曜日	勤務時間（午前 8時45分～午後 5時30分）
	非常勤 2名 毎週月から金曜日	勤務時間（午前 9時00分～午後 4時00分）
(4) 看護職員	非常勤 1名 毎週月から金曜日	勤務時間（午前 9時00分～午後 5時30分）
(5) 理学療法士	常勤 2名 毎週月から金曜日	勤務時間（午前 8時45分～午後 5時30分）
(6) 作業療法士	常勤 2名 毎週月から金曜日	勤務時間（午前 8時45分～午後 5時30分）
(7) 言語聴覚士	常勤 1名 毎週月から金曜日	勤務時間（午前 8時45分～午後 5時30分）
	非常勤 1名 毎週火から金曜日	勤務時間（午前 9時00分～午後 5時30分）
(8) 管理栄養士	常勤 1名 毎週月から金曜日	勤務時間（午前 8時45分～午後 5時30分）
(9) 相談員	常勤 1名 毎週月から金曜日	勤務時間（午前 8時45分～午後 5時30分）

（平成29年6月1日 現在）

4. 営業時間及びサービス提供時間

営業日 月曜日～金曜日 営業時間 8時50分～17時30分

注）年末年始（12月31日～1月3日）は除きます。

営業日の午前10時00分から午後4時15分の6時間15分をサービス提供時間とする。

5. 実施地域

当事業所の実施地域は、名古屋市名東区、守山区、千種区、東区です。

6. 苦情等申立窓口

①. 当施設窓口担当者 相談員 羽場 安奈 電話 052(777)5650

②. その他自治体における相談窓口

保険者の各市町村介護保険課の窓口 ご利用時間 平日 午前9時～午後5時

愛知県国民健康保険団体連合会 ご利用時間 平日 午前9時～午後5時

7. 緊急時の対応方法

- (1) 当事業所はあなたに対して医師の医学的判断により対診の必要があると認める場合には協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼いたします。
- (2) 当事業者はあなたに対してサービスの提供が困難な状態又は高度な専門的、医学的対応が必要と判断した場合には他の専門医療機関をご紹介いたします。
- (3) 当事業所は、サービスの提供中にあなたの心身の状態が急変した場合には状況に応じてサービスを中止し緊急連絡先にご連絡いたします。

協力医療機関	名称	国家公務員共済組合連合会 東海病院
	住所	名古屋市千種区千代田橋一丁目1番1号
協力歯科医療機関	名称	鈴木歯科医院
	住所	名古屋市守山区守山三丁目3番15

8. その他

当事業所では、職員が身の危険を感じた際には理由のいかんに関わらず、最寄の警察に通報し、断固たる対応をいたします。

緊急連絡先 _____

電話番号 _____

住所 _____

平成 年 月 日

- (乙) 当事業所は、甲1に対する居宅サービスの提供開始に当たり、甲1 甲2 対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

説明者(乙)	所在地	名古屋市名東区猪子石原一丁目1501番地
	名称	医療法人 博報会 老人保健施設いのこし
	氏名	通所リハビリテーション 相談員 羽場 安奈
		印

- (甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。また、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当者会議等において、私の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

利用者(甲1)	住所	
	氏名	印

利用者の家族(甲2)	住所	
	氏名	印