

上田生協診療所通所リハビリテーション(絹の里)
重要事項説明書(契約書別紙)
(2024年6月1日改定)

サービス提供開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1: 当事業所の概要

(1) 通所リハビリテーション事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業者(法人)名称	東信医療生活協同組合
事業所名	上田生協診療所
所在地	上田市上塩尻393番地1
電話番号	0268-71-7105
介護保険指定番号	2010317267
事業所管理者	松澤 伸洋(上田生協診療所所長)
サービスを提供する地域	上田市・埴科郡坂城町

(2) 事業所の従業者体制

職種	員数
①: 医師	1人以上
②: 理学療法士・作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員	3人以上
③: ②の内、専らリハビリテーションの提供にあたる理学療法士・作業療法士若しくは言語聴覚士	1人以上

(3) サービスの提供時間帯・利用定員

営業日	月曜日～土曜日 (ただし、下記の「休日」を除く)。
営業時間	9:00～16:00
サービス提供時間	9:00～15:30
利用定員	1日 35人
休日	日曜日、祝日、5/1、8/14～8/16及び12/29～1/3

(4) その他

事項	有無	備考
従業者への研修の実施	有	年1回以上行います
情報の開示	有	サービス提供記録閲覧の申請が可能です。
第三者評価の実施状況	無	実施日: 評価機関名: 開示状況:
非常災害計画及び連携体制	有	防火責任者: 事務長 防災訓練: 年1回実施
虐待防止のための措置	有	担当者: 通所リハビリテーション主任

2: 当事業所のサービス内容について

(1) 運営の方針

利用者が居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、サービスを提供し、可能な限り家庭で自立した生活が送れるように支援します。

(2) サービス内容・時間

(1) 通所リハビリテーション（基本 6～7 時間）

- ・日常生活動作に関する訓練
- ・歩行訓練、基本動作訓練
- ・治療用ゲーム、手工芸用品を使った趣味的訓練
- ・入浴動作訓練
- ・口腔機能向上訓練、摂食嚥下訓練
- ・運動療法、物理療法 等

(2) 居宅と指定リハビリテーション事業所間の送迎

(3) 入浴(必要に応じ) ・一般浴槽での入浴 ・特殊浴槽での入浴

3: 利用料金 別紙

4: 料金の支払い方法

- (1) 料金の支払いは口座引き落としとなります。口座引き落としには別途手続きが必要となります。
- (2) 利用料は1ヶ月毎にまとめて月末に締め、翌月半ばに請求書を送付させていただきます。
- (3) サービスを利用した月の翌月の27日に指定した口座より引き落としをいたします。入金を確認後、領収書を発行いたします。通常ですと、利用月の翌々月の半ばに、次回引き落としの請求書と一緒に送付させていただきます。
- (4) 口座引き落としでの支払いができない場合は、現金でのお支払い、もしくは、翌月に口座引き落としとさせていただきます。

5: サービス提供についての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは以下のとおりです。

- (1) 通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。
* 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、予め、介護支援専門員とご相談ください。
- (2) 体調不良がありましたら事業所への電話連絡または連絡帳でお知らせください。
- (3) キャンセルは利用日の前日までにご連絡ください。体調不良や容体の急変など利用当日のキャンセルは当日8時30分までにご連絡ください。
- (4) 来所や帰宅の時間、食事の変更は利用日の前日までにお知らせください。
- (5) サービス提供者(事業所職員)、利用者に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

6: サービス内容に関する苦情受付窓口

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ① サービスに係るご本人及びそのご家族からの相談及び苦情を受け付ける窓口を設置し、相談及び苦情に対して迅速に対応いたします。
- ② 相談及び苦情の申し出により不利益な扱いを受けた場合は、事業所主任までお申し出ください。

(2) 苦情受付窓口

① 当事業所お客様相談・苦情受付担当

上田生協診療所 通所リハビリテーション主任 電話 0268(71)7105

② 自治体等の相談窓口

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

上田市高齢者介護課 電話 0268(23)6246

坂城町福祉健康課 電話 0268(82)3111

長野県国保連介護保険相談窓口 電話 026(238)1580

7:緊急連絡先

主治医	医療機関名	主治医氏名	
	連絡先		
緊急連絡先①	氏名	続柄:	
	連絡先	自宅	携帯電話
		その他(勤務先:名称 電話)	
緊急連絡先②	氏名	続柄:	
	連絡先	自宅	携帯電話

8:アレルギーの有無

有 ・ 無	
-------	--

年 月 日

(説明者) サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

東信医療生活協同組合 上田生協診療所

氏名 _____

(利用者) 私は、本書面によりサービスの提供開始にあたり重要事項の説明を受けました。

氏名 _____

(代理人) 私は、本人に代わりサービス提供開始にあたり重要事項の説明を受け、上記の署名を行いました。

氏名 _____ 続柄(_____)