

稲里生協クリニック通所リハビリテーション
重要事項説明書（契約書別紙）

（2024年4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	長野医療生活協同組合
事業所名	稲里生協クリニック
所在地	長野市稲里町中央2丁目17-8
電話番号	026-286-1500
介護保険指定番号	2010118814
事業所管理者	高松 輝（医師）
サービスを提供する地域	長野市（但し、旧豊野町、旧大岡村、旧鬼無里村、旧戸隠村を除く）

（2）事業所の従業者体制

職種	員数
医師	1人以上
理学療法士又は作業療法士若しくは言語聴覚士	1人以上
看護師	1人以上
介護職員（介護福祉士・介護職）	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～金曜日（ただし、下記の「休日」を除く）。
営業時間	8：30～17：00
サービス提供時間	月・火・木・金曜日 1単位9時から16時30分 水曜日 1単位9時から12時10分 2単位13時から16時10分
利用定員	1単位 25人
休日	土曜日、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2回実施
虐待防止のための措置	有	担当者：事務長

2：当事業所のサービス内容について

(1) 運営の方針（サービス内容）

利用者の心身機能の維持・回復を図るため、介護予防通所リハビリテーション及び通所リハビリテーションサービス(以下、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（例）

- ① 1日利用（6～7時間） 食事提供有り・入浴有り（必要に応じ）
- ② 半日利用（3～4時間） 食事提供・入浴無し
- ③ 短時間利用（1～2時間） 食事提供・入浴無し

3：利用料金 別紙

4：料金の支払い方法

- (1) 利用料は1ヶ月毎にまとめて月末に締めさせていただきます、請求させていただきます。
- (2) 料金の支払いは口座引き落としとなります。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。お支払いを確認後、領収書を発行いたします。
- (3) 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となります。サービスを利用した月の翌月にお支払いをお願いいたします。

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) サービス開始前に当診療所医師への受診が必要です。医師の指示を得て開始となります。
- (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分までにご連絡してください。
- (4) 来所や帰宅時間、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・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) 意志疎通が困難なご利用者に対して、ご希望により手話通訳者等派遣事業（長野市からの委託事業）、成年後見制度等を紹介いたします。

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、事業所責任者及び法人苦情受付担当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

稲里生協クリニック事務長

電話 026（286）1500

② 法人の苦情受付担当

法人介護事業部長

電話 026 (234) 1476

③ 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。

長野市保健福祉部介護保険課

電話 026 (224) 7871

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	先生の氏名	
	連絡先		
緊急連絡先①	氏名	続柄:	
	連絡先	自宅	携帯電話
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。

長野医療生活協同組合 稲里生協クリニック

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 (_____)