

重要事項説明書（通所リハビリテーションサービス）

1. 施設の概要

（1）施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 サザン一宮
- ・開設年月日 平成 18 年 4 月 3 日
- ・所在地 愛知県一宮市北小渕字道上 5 5 番地 1
- ・電話番号 (0586) 75-5525 ・ファックス番号 (0586) 75-5524
- ・管理者名 施設長 加藤 昌弘
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2352280065 号)

（2）介護老人保健施設の目的と運営方針

要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

また、利用者一人一人の個性を尊重し、利用者自身の意思で選択できるサービスを提供するよう努めて参ります。

（3）施設の職員体制

・管理者	1 人
・医 師	1 人以上
・介護職員	3 人以上
・看護師	1 人以上
・理学療法士	1 人以上
・作業療法士	1 人以上
・言語聴覚士	1 人以上
・管理栄養士	1 人以上
・歯科衛生士	1 人以上

（4）営業日及び営業時間

- ・毎週月曜日から土曜日までの 6 日間を営業日とします。ただし、1 2 月 3 1 日から 1 月 2 日を除く。
- ・営業日の 9 時から 1 9 時までを営業時間とします。
- ・1 単位 営業時間の 9 時 5 0 分から 1 6 時を通常のサービス提供時間とします。
- ・2 単位 営業時間の 9 時 0 0 分から 1 2 時を通常のサービス提供時間とします。
- ・3 単位 営業時間の 1 3 時から 1 6 時を通常のサービス提供時間とします。

（5）サービス実施地域 一宮市全域

（6）通所定員

- 1 単位 4 0 人
- 2 単位 1 8 人
- 3 単位 1 8 人

2. サービス内容

直接施設に通っていただき、リハビリテーションやレクリエーションを通して、在宅療養のお手伝いをさせていただきます。入浴のご希望にも対応いたします。

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 食事
昼食 12時00分～
- ③ 入浴（月・火・水・木・金・土）
- ④ 介護
- ⑤ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション、クラブ活動）
- ⑥ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑦ 理美容サービス（第1火曜日・第4月曜日）
- ⑧ その他

＊これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

3. 利用料

（1）基本料金およびその他の料金

利用料は法令に定められた額を徴収します。介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度（要介護1～要介護5）、負担割合証の負担割合（1割～3割）、によって利用料が異なります。各種料金については、別に定める「料金表」の通りとなります。

また、介護報酬単位は1単位10.33円で算定し、表記は1日あたりの値段を小数点以下切り上げで計算をしていますので、1ヶ月計算の場合には料金表に定める金額と多少の誤差が生じます。

（2）支払い方法

- ・毎月月末に締切り、翌月の18日頃に請求書を送付します。
- ・お支払い方法は、原則として口座引き落としでお願いします。
- ・ご利用翌月の27日（金融機関の休日にあたる場合は翌営業日）に指定口座より引き落とされますので、口座残高を必ずご確認ください。
- ・口座引き落とし手続きは、毎月20日までに預金口座振替依頼書を提出いただくことで、当月分の支払いが翌月より引き落とし可能となります。
手続き完了までは、1階受付窓口にて現金でお支払い下さい。
- ・引き落とし金額は、施設利用料・レンタル代（テレビ等）・孝友クリニック受診費・孝友クリニック入院費・立替え料金を含みます。
- ・預金通帳表示には「DF. コウユウカイ」と印字されますのでご承知下さい。
- ・領収書は、次回請求書に同封します。
- ・残高不足等で引き落としができなかった場合、翌月10日までに受付（1階事務室）にて現金でお支払い下さい。その際、手数料として220円を併せて請求させていただきます。正当な理由なくお支払いいただけない場合、契約書第15条に基づき、契約解除となりますのでご注意ください。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

- ・ 協力医療機関

- ・ 名 称 一宮西病院
- ・ 住 所 愛知県一宮開明平1番地

- ・ 名 称 総合大雄会病院
- ・ 住 所 愛知県一宮市桜一丁目9番9号

- ・ 協力歯科医療機関

- ・ 名 称 あいグローデントタルクリニック
- ・ 住 所 愛知県一宮市大浜2丁目5番3号

5. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 保険証、介護保険被保険者証等の確認をしますので、毎月、月初めには受付（一階事務室）にご提示下さい。
- ・ 敷地内の喫煙、飲酒は、禁止とさせていただきます。
- ・ 貴重品や多額の現金を所持しないようにして下さい。
- ・ 施設内にペット、火気及び危険物等は持ち込まないで下さい。

6. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等
- ・ 防災訓練 年二回

7. 事故発生時の対応

サービスの提供により、事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8. 要望及び苦情

（1）当施設の相談窓口

要望や苦情につきましては支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。（電話0586-75-5525）

また、1階事務所に設置してある「ご意見箱」もご利用下さい。

（2）当施設以外の相談窓口

愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室内苦情相談室

月曜日～金曜日 9時～17時 （直通052-971-4165）

一宮市役所 介護保険課

月曜日～金曜日 8時30分～17時15分（直通0586-85-7017）

9. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は全て禁止します。

10. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求下さい。