

重要事項説明書

1、通所型リハビリテーション事業の概要

1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	組合立 諏訪中央病院
所在地	長野県茅野市玉川 4,300 番地
介護保険事業所番号	20A1400062
事業内容	通所型サービス事業 介護予防リハビリテーション事業

2) 通所型リハビリテーション事業の職員体制

職 名	常 勤	業務内容
管理者	兼務 1 名	事業運営全般
理学療法士	兼務 1 名	講義、個別指導
作業療法士	兼務 1 名	講義、個別指導
言語聴覚士	兼務 1 名	講義、個別指導
看護師	兼務 1 名	領域別チェック、事務処理
歯科衛生士	兼務 1 名	講義、個別指導
管理栄養士	兼務 1 名	講義、個別指導
事務職員	兼務 1 名	保険請求、会計、事務処理

3) 営業日、営業時間

営業日 (通所 A)	第 1～4 木曜日 (祝日・12 月 29 日～1 月 3 日を除く)
営業時間 (通所 A)	13 時 00 分 ～ 15 時 00 分
営業日 (通所 C)	第 1～4 火曜日 (祝日・12 月 29 日～1 月 3 日を除く)
営業時間 (通所 C)	14 時 30 分 ～ 16 時 30 分

2、サービス内容

第 1 号通所事業 (通所型サービス A・C) は、事業所 (諏訪中央病院) に通っていただき、機能訓練、生活機能向上のためのプログラム、レクリエーション等を行うことにより、利用者の心身機能の機能維持回復を図ります。

3、利用料金

1) 基本料金 (介護保険適応により本人負担は 1～3 割)

通所型サービス A 対象者 : 2870 円/回

通所型サービス C 対象者 : 6600 円/回

2) お支払い方法

翌月の 10 日以降に、諏訪中央病院の会計窓口④、⑤番にてお支払いをお願いいたします。その際、会計窓口で通所リハビリテーションを受けている旨をお伝えください。

4、体調についてのご注意

ご参加にあたっては、ご自身の体調を十分に確認のうえ、無理のない範囲でお願いします。体調に不安がある場合や、体調不良を感じた場合は、ご自身の判断で参加をお控えいただくようお願いします。体調不良の状態での参加により生じた事故やトラブルについては責任を負いかねます。

5、事故や怪我が発生した場合、必要に応じて外来受診の手続きを行います。

サービス利用中の事故や怪我については、責任は負わないものとします。

6、必要な持ち物を準備し、運動するのに適した服装での参加をお願いします。

7、悪天候や周辺環境の都合により、急遽中止となる場合があります。

8、サービス内容に関する相談、苦情

1) 当事業所ご利用のお客様相談、苦情担当

相 談 窓 口

電話番号 72-1000

受付時間 月曜日 ~ 金曜日 8時30分 ~ 17時00分

担 当 地域連携部 看護師長 大蔵 能律子

2) その他

当事業所以外に市町村の相談・苦情窓口等に伝える事ができます。

(茅野市の場合) 茅野市役所保険課介護保険係 電話 0266-72-2101

(県の苦情・相談窓口) 長野県国保連合会 電話 026-238-1580

9、当事業所の概要

名 称	組合立 諏訪中央病院
代表者役職・氏名	諏訪中央病院組合長 茅野市長 今井 敦
所在地・電話番号	長野県茅野市玉川4300番地 0266-72-1000

通所型サービスの提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日	事業者
	所在地 長野県茅野市玉川4300番地
	名 称 組合立 諏訪中央病院
	諏訪中央病院組合長
	茅野市長 今井 敦
	説明者
	所 属 組合立 諏訪中央病院
	氏 名

※ 上記の契約を証するため本書を作成後、利用者・事業者が署名押印の上、ご自身で保有をお願いします。主催者側は「ハヶ岳ケアネット」にPDFで保存します。

<説明を受けた後で、チェックをお願いします>

個人情報の使用同意について

- 1、個別サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために、病院や市の担当者との連絡調整等において個人情報を共有します。
- 2、事故等の発生時、受診が必要と判断した場合には、医師・医療機関との連携において、情報提供をします。
- 3、本教室で撮影した映像、写真、記事、記録等は、SOMPO ケア株式会社・病院広報・茅野市介護保険係と共有します。
- 4、取得された計測データは、個人が特定されないよう配慮した上で、研修や研究の為に使用させていただくことがあります。

情報共有にあたり

- 1、個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。
- 2、画像・映像に関しては、個人情報保護法に基づき、個人を特定するような形態では提供しません。

私（利用者）、及びその家族の個人情報について、上記に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します

☐ 同意します

☐ 本書面に基づき、契約書に関して説明を受けました

☐ 本書面に基づき、重要事項説明書に関して説明を受けました

通所型サービスの提供にあたり、事業所より本書面に基づいて契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意に関して説明を受けました

令和 年 月 日

利用者

代理人