

通所リハビリ（介護予防通所リハビリ）重要事項説明書

<令和6年10月1日現在>

1 通所リハビリ事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 福祉松快園
代表者名	理事長 松岡 功峻
所在地・連絡先	(住所) 遠賀郡水巻町吉田南二丁目9番1号 (電話) 093-201-8800 (FAX) 093-201-8801

2 事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	介護老人保健施設 友和松快園【通所リハビリ】
所在地・連絡先	(住所) 遠賀郡水巻町吉田南二丁目1190番1 (電話) 093-202-8088 (FAX) 093-203-2345
事業者番号	4056180104 (福岡県)
管理者の氏名	松岡 功峻
利用定員	50名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	職務の内容
管理者	1	管理
医師	1	生活相談・調整等
看護職員	5.6以上	看護業務全般
介護職員		介護業務全般
理学療法士等	0.6以上	機能訓練等
管理栄養士	1	栄養業務等
事務職員等	適当数	その他

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤で勤務	4週8休
医師	正規の勤務時間帯 (9:00~17:00) 常勤で勤務	4週12休
看護職員	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤または非常勤で勤務	4週8休
介護職員	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤または非常勤で勤務	4週8休
理学療法士等	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤または非常勤で勤務	4週8休
事務職員等	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤または非常勤で勤務	4週8休

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	遠賀郡（水巻町、芦屋町、遠賀町、岡垣町）、北九州市（八幡西区、八幡東区、若松区、戸畑区、小倉北区、小倉南区、門司区）、中間市
---------	--

(5) 営業日

営業日	年中無休
営業時間	9：00～18：00

3 サービス内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12：00～12：30 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。食事サービスの利用は任意です。
入 浴	入浴または清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器、車椅子、メドマー、ウォーターベッド、休息日、ルームマーチ、マッサージチェアー、マイクロ、低周波、プーリー、ステップ 等
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割（または2割・3割）が利用者の負担額となります。

(通所リハビリ利用料金)

【通常 3～4 時間】

【1 割負担の場合】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金
要介護 1	4,860 円	486 円
要介護 2	5,650 円	565 円
要介護 3	6,430 円	643 円
要介護 4	7,430 円	743 円
要介護 5	8,420 円	842 円

【通常 4～5 時間】

基本料金	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担金
要介護 1	5,530 円	553 円
要介護 2	6,420 円	642 円
要介護 3	7,300 円	730 円
要介護 4	8,440 円	844 円
要介護 5	9,570 円	957 円

【通常 5～6 時間】

基本料金	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担金
要介護 1	6,220 円	622 円
要介護 2	7,380 円	738 円
要介護 3	8,520 円	852 円
要介護 4	9,870 円	987 円
要介護 5	11,200 円	1,120 円

【通常 6～7 時間】

基本料金	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担金
要介護 1	7,150 円	715 円
要介護 2	8,500 円	850 円
要介護 3	9,810 円	981 円
要介護 4	11,370 円	1,137 円
要介護 5	12,900 円	1,290 円

【通常 7～8 時間】

基本料金	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担金
要介護 1	7,620 円	762 円
要介護 2	9,030 円	903 円
要介護 3	10,460 円	1,046 円
要介護 4	12,150 円	1,215 円
要介護 5	13,790 円	1,379 円

【その他の加算料金（必要に応じて加算・減算）】

加算項目	利用料金	自己負担金
リハビリテーションマネジメント加算イ	5,600 円	560 円 ※開始月から 6 ヶ月以内
	2,400 円	240 円 ※開始月から 6 ヶ月超

リハビリテーションマネージメント加算ロ	5,930 円	593 円 ※開始月から 6 ヶ月以内
	2,730 円	273 円 ※開始月から 6 ヶ月超
※医師が利用者またはその家族に対し説明した場合、上記に加えて 270 円加算されます。		
入浴介助加算 I	400 円	40 円
短期集中個別リハビリテーション実施加算		
退院・退所後又は認定日 3 ヶ月以内	1,100 円	110 円
退院時共同指導加算	6,000 円	600 円 ※退院につき、1 回まで
リハビリテーション提供体制加算 (3-4 時間)	120 円	12 円
リハビリテーション提供体制加算 (4-5 時間)	160 円	16 円
リハビリテーション提供体制加算 (5-6 時間)	200 円	20 円
リハビリテーション提供体制加算 (6-7 時間)	240 円	24 円
リハビリテーション提供体制加算 (7 時間以上)	280 円	28 円
科学的介護推進体制加算	400 円/月	40 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	60 円/回	6 円/回
通所リハ送迎減算 (片道)	-470 円	-47 円

【通常 3～4 時間】

【2 割負担の場合】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	4,860 円	972 円
要介護 2	5,650 円	1,130 円
要介護 3	6,430 円	1,286 円
要介護 4	7,430 円	1,486 円
要介護 5	8,420 円	1,684 円

【通常 4～5 時間】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	5,530 円	1,106 円
要介護 2	6,420 円	1,284 円
要介護 3	7,300 円	1,460 円
要介護 4	8,440 円	1,688 円
要介護 5	9,570 円	1,914 円

【通常 5～6 時間】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	6,220 円	1,244 円

要介護 2	7,380 円	1,476 円
要介護 3	8,520 円	1,704 円
要介護 4	9,870 円	1,974 円
要介護 5	11,200 円	2,240 円

【通常 6～7 時間】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	7,150 円	1,430 円
要介護 2	8,500 円	1,700 円
要介護 3	9,810 円	1,962 円
要介護 4	11,370 円	2,274 円
要介護 5	12,900 円	2,580 円

【通常 7～8 時間】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	7,620 円	1,524 円
要介護 2	9,030 円	1,806 円
要介護 3	10,460 円	2,092 円
要介護 4	12,150 円	2,430 円
要介護 5	13,790 円	2,758 円

【その他の加算料金（必要に応じて加算・減算）】

加算項目	利用料金	自己負担金
リハビリテーションマネジメント加算イ	5,600 円	1,120 円 ※開始月から 6 ヶ月以内
	2,400 円	480 円 ※開始月から 6 ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算ロ	5,930 円	1,186 円 ※開始月から 6 ヶ月以内
	2,730 円	546 円 ※開始月から 6 ヶ月超
※医師が利用者またはその家族に対し説明した場合、上記に加えて 540 円加算されます。		
入浴介助加算 I	400 円	80 円
短期集中個別リハビリテーション実施加算		
退院・退所後又は認定日 3 ヶ月以内	1,100 円	220 円
退院時共同指導加算	6,000 円	1,200 円 ※退院につき、1 回まで
リハビリテーション提供体制加算（3・4 時間）	120 円	24 円
リハビリテーション提供体制加算（4・5 時間）	160 円	32 円

リハビリテーション提供体制加算 (5-6 時間)	200 円	40 円
リハビリテーション提供体制加算 (6-7 時間)	240 円	48 円
リハビリテーション提供体制加算 (7 時間以上)	280 円	56 円
科学的介護推進体制加算	400 円/月	80 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	60 円/回	12 円/回
通所リハ送迎減算 (片道)	-470 円	-94 円

【通常 3～4 時間】

【3 割負担の場合】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	4,860 円	1,458 円
要介護 2	5,650 円	1,695 円
要介護 3	6,430 円	1,929 円
要介護 4	7,430 円	2,229 円
要介護 5	8,420 円	2,526 円

【通常 4～5 時間】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	5,530 円	1,659 円
要介護 2	6,420 円	1,926 円
要介護 3	7,300 円	2,190 円
要介護 4	8,440 円	2,532 円
要介護 5	9,570 円	2,871 円

【通常 5～6 時間】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	6,220 円	1,866 円
要介護 2	7,380 円	2,214 円
要介護 3	8,520 円	2,556 円
要介護 4	9,870 円	2,961 円
要介護 5	11,200 円	3,360 円

【通常 6～7 時間】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの 自己負担金
要介護 1	7,150 円	2,145 円
要介護 2	8,500 円	2,550 円
要介護 3	9,810 円	2,943 円
要介護 4	11,370 円	3,411 円
要介護 5	12,900 円	3,870 円

【通常 7～8 時間】

基本料金	1 日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担金
要介護 1	7,620 円	2,286 円
要介護 2	9,030 円	2,709 円
要介護 3	10,460 円	3,138 円
要介護 4	12,150 円	3,645 円
要介護 5	13,790 円	4,137 円

【その他の加算料金（必要に応じて加算・減算）】

加算項目	利用料金	自己負担金
リハビリテーションマネジメント加算イ	5,600 円	1,680 円 ※開始月から 6 ヶ月以内
	2,400 円	720 円 ※開始月から 6 ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算ロ	5,930 円	1,779 円 ※開始月から 6 ヶ月以内
	2,730 円	819 円 ※開始月から 6 ヶ月超
※医師が利用者またはその家族に対し説明した場合、上記に加えて 810 円加算されます。		
入浴介助加算 I	400 円	120 円
短期集中個別リハビリテーション実施加算		
退院・退所後又は認定日 3 ヶ月以内	1,100 円	330 円
退院時共同指導加算	6,000 円	1,800 円 ※退院につき、1 回まで
リハビリテーション提供体制加算（3・4 時間）	120 円	36 円
リハビリテーション提供体制加算（4・5 時間）	160 円	48 円
リハビリテーション提供体制加算（5・6 時間）	200 円	60 円
リハビリテーション提供体制加算（6・7 時間）	240 円	72 円
リハビリテーション提供体制加算（7 時間以上）	280 円	84 円
科学的介護推進体制加算	400 円／月	120 円／月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	60 円／回	18 円／回
通所リハ送迎減算（片道）	-470 円	-141 円

※但し、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）は、上記金額に各種加算・減算を加えて算定した単位数の 0.083 に相当する単位数を算定した額を加えます。

※一定以上の所得がある方については、利用者負担が 2 割または 3 割となります。

(介護予防通所リハビリ利用料金)

【月額】

【1割負担の場合】

基本料金	利用料金	自己負担金
要支援 1	22,680 円	2,268 円
要支援 2	42,280 円	4,228 円

※利用開始から 12 月を超えた場合は月 120 円（要支援 1）または月 240 円（要支援 2）の減算となります。但し、要件を満たした場合、減算はなしとなります。

【その他の加算料金（月額）】

加算項目	利用料金	自己負担金
科学的介護推進体制加算	400 円	40 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	【要支援 1】 240 円	【要支援 1】 24 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	【要支援 2】 480 円	【要支援 2】 48 円

【月額】

【2割負担の場合】

基本料金	利用料金	自己負担金
要支援 1	22,680 円	4,536 円
要支援 2	42,280 円	8,456 円

※利用開始から 12 月を超えた場合は月 240 円（要支援 1）または月 480 円（要支援 2）の減算となります。但し、要件を満たした場合、減算はなしとなります。

【その他の加算料金（月額）】

加算項目	利用料金	自己負担金
科学的介護推進体制加算	400 円	80 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	【要支援 1】 240 円	【要支援 1】 48 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	【要支援 2】 480 円	【要支援 2】 96 円

【3割負担の場合】

基本料金	利用料金	自己負担金
要支援 1	22,680 円	6,804 円
要支援 2	42,280 円	12,684 円

※利用開始から 12 月を超えた場合は月 360 円（要支援 1）または月 720 円（要支援 2）の減算となります。但し、要件を満たした場合、減算はなしとなります。

【その他の加算料金（月額）】

加算項目	利用料金	自己負担金
科学的介護推進体制加算	400 円	120 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	【要支援 1】 240 円	【要支援 1】 72 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	【要支援 2】 480 円	【要支援 2】 144 円

※但し、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）は、上記金額に各種加算・減算を加えて算定した単位数の 0.083 に相当する単位数を算定した額を加えます。

※一定以上の所得がある方については、利用者負担が 2 割または 3 割となります。

・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

(介護保険給付対象外サービス)

○ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。 1日 (昼食) 600円
(夕食) 600円※希望者のみ

○ キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。但し、利用者の病状の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

当日キャンセルの場合	600円
------------	------

(3) 利用料等のお支払い方法

サービス利用の翌月に、現金にて徴収させていただきます。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ・はじめは、お電話等でお申し込みください。当センター職員がお伺いいたします。通所リハビリ計画等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、事前に介護支援専門員とご相談ください。
- ・事業所は、利用者（利用予定者含む）の意思を尊重し、利用開始・終了における係わりを原則としますが、認知力低下等による意思確認困難な場合は、家族等との協議で決定します。また、親族等のいない利用者には、権利擁護・成年後見人制度等の公的制度を活用し、代理人を選定の手続き等を代行願うものとします。

(2) サービスの終了

ア 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

イ 当センターの都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了前1ヶ月までに文書で通知いたします。

ウ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設または病院等に入所・入院した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

エ その他

- ・当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者・家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し料金を支払うよう催告したにもかかわらず

ず、1週間以内に支払わない場合、利用者が入院若しくは病気等により6ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者や家族等が当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

- ・利用者及びその家族が、事業者の業務を妨害する行為を行った場合
- ・利用者及びその家族が、事業者やサービス従業者または他の利用者の名誉を毀損秩序を乱す行為を行った場合

5 事業者の特色等

(1) 事業の目的

地域の高齢者等が安心・安楽に過ごせるよう、地域サービスの一環としての通所リハビリ（介護予防通所リハビリ）を実施し、その役割・機能を発揮できるよう地域社会への貢献。

(2) 運営の方針

要介護状態になった場合においても、管理者や従業者は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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めます。

(3) その他

事 項	内 容
通所リハビリ計画等の作成及び自己評価	当事業所の管理者等が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、通所リハビリ計画等を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書等）に記載して利用者に説明のうえ交付します。
従業員研修	随時実施（内部研修、外部研修）
介護サービス情報の公表	年1回実施

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 坂本 由弘 ご利用時間 9：00～18：00 ご利用方法 電話（093-202-8088）、面接、苦情箱設置
-------------	--

(1) 当事業所お客様相談・担当

- ・意見要望等解決責任者 理事長 松岡 功峻 社会福祉法人 福祉松快園
- ・意見・要望等受付担当者 園長 佐藤 一栄 遠賀郡水巻町吉田南2丁目9-1
課長 阿部 透 電話 093-201-8800 FAX093-201-8801

(2) 第三者委員

弁 護 士 辰巳 和正 北九州市小倉北区京町三丁目15番15号 辰巳ビル7階
電話 093-521-5333

監 事 佐野 正稔 中間市大字上底井野1696番地1 電話 093-244-1824

評 議 員 山田 喜洋 遠賀郡水巻町吉田南2丁目8-17 電話 093-202-5933

※ その他、各市区町村介護保険窓口または各都道府県の国民健康保険団体連合会にても受付けています。

八幡西区役所保健福祉課介護保険担当 北九州市八幡西区黒崎三丁目15番3号
電話 093-642-6885 FAX093-642-2941

八幡東区役所保健福祉課介護保険担当 北九州市八幡東区中央一丁目1番1号

若松区役所保健福祉課介護保険担当	電話 093-642-0801 FAX093-662-2781 北九州市若松区浜町一丁目1番1号
戸畑区役所保健福祉課介護保険担当	電話 093-761-4046 FAX093-751-2344 北九州市戸畑区千防一丁目1番1号
小倉北区役所保健福祉課介護保険担当	電話 093-871-4527 FAX093-881-5353 北九州市小倉北区大手町1番1号
小倉南区役所保健福祉課介護保険担当	電話 093-582-3433 FAX093-562-1382 北九州市小倉南区若園五丁目1番2号
門司区役所保健福祉課介護保険担当	電話 093-951-4127 FAX093-923-0520 北九州市門司区清滝一丁目1番1号
水巻町役場 福祉課 高齢者支援係	電話 093-331-1894 FAX093-321-4802 遠賀郡水巻町頃末北1丁目1-1
芦屋町役場 福祉課 高齢者支援係	電話 093-201-4321 FAX093-201-4423 遠賀郡芦屋町幸町2番20号
遠賀町役場 福祉課 福祉高齢者支援係	電話 093-223-3536 FAX093-223-3927 遠賀郡遠賀町大字今古賀513番地
岡垣町役場 長寿あんしん課 長寿支援係	電話 093-293-1294 FAX093-293-0806 遠賀郡岡垣町野間一丁目1番1号
福岡県介護保険広域連合遠賀支部	電話 093-282-1211 FAX093-282-1299 遠賀郡遠賀町大字今古賀513 遠賀町役場横車庫棟2階
中間市役所保健福祉部介護保険課	電話 093-291-5266 FAX093-291-5281 中間市中間1-1-1
福岡県運営適正化委員会	電話 093-246-6283 FAX093-244-0579 春日市原町3-1-7 クローバープラザ4階
福岡県国民健康保険団体連合会	電話 092-915-3511 FAX092-584-3790(東棟) 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話 092-642-7859 FAX092-642-7856

7 個人情報開示対応について

利用者に対する通所リハビリ等の提供に関する諸記録の開示を行います。開示は原則として、利用者本人に対して開示しますが、例外として代理人や成年後見人、現実に本人を世話している親族等に行います。

8 個人情報の保持

事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報についてはサービスの提供等業務遂行に必要な場合を除き、契約中及び契約終了後も、第三者に漏らすことはありません。

(1) 前項の「サービス提供等業務遂行に必要な場合」とは、次のとおりです。

- ・利用者のサービス計画を立案し、円滑にサービス提供を行うために開催するサービス担当者会議における情報提供。
- ・介護支援専門員等との連絡調整において必要となった場合
- ・サービス提供に関して主治医及び保険者の意見を求める必要のある場合

(2) 前項以外の個人情報を用いる場合は、別に同意書による同意を得た上で提供します。

(3) 情報提供にあたっては、個人情報の提供は必要最低限とし、関係する者以外の者に漏れることのないよう十分注意するとともに個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて記録します。

(4) 事業所は、従業員が退職後、在職中に知り得た利用者及びその家族の情報を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。

(5) 事業所は、利用者の個人情報について事業者が定める個人情報保護方針及び個人情報の利用目的

に従い適切に扱われるよう必要な措置を講じます。

- (6) 利用者は、個人情報について、事業所が定める個人情報保護方針及び個人情報の利用目的をよく理解し個人情報の利用に同意します。

9 事故等発生時の対応

サービス提供時間内に発生した事故に対しては、家族・市区町村介護保険担当課並びに居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故に対しては、当事業所加入の損害保険により、その範囲内において賠償いたします。

10 損害賠償責任保険

保険会社	あいおい損害保険株式会社
保険内容	全老健共済会の指定によるもの

11 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び所在地	
	主治医氏名	
	連絡先	
緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	
	住所	
	電話番号	

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」に基づき対応をおこないます。			
平常時の訓練等 防火設備	別途定める「消防計画」に基づき年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉	6箇所
	避難階段	2箇所	シャッター	なし
	自動火災報知器	あり	屋内消火栓	あり
	誘導灯	16箇所	非常通報装置	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	あり
消防計画	遠賀消防署本部への提出日：令和6年10月1日 防火管理者：高橋 慧 補佐：吉柳 貴広			

13 非常時の対策

非常時の対応	「事業継続計画」等に準じ対応を行います。
平常時の訓練等	「事業継続計画」等に準じ対応を行います。
緊急事態の対応	「事業継続計画」等に準じ対応を行います。

14 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無 無

15 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリ等のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

【事業者】 所在地 遠賀郡水巻町吉田南二丁目 1190 番 1
名 称 介護老人保健施設 友和松快園【通所リハビリ】
代表者 理事長 松 岡 功 峻 印

【説明者】 所 属 介護老人保健施設 友和松快園【通所リハビリ】
氏 名 印

令和 年 月 日

私は、重要事項説明書に基づいて、通所リハビリ等のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

【利用者】 住 所 _____
氏 名 _____ 印

【家族または代理人】
住 所 _____
氏 名 _____ 印【続柄】

※但し、代理人については法定代理人または同居の家族および2親等以内の親族とさせていただきます。