

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 伸生紀
代表者名	理事長 瀬井 圭起
所在地・連絡先	住所 熊本市東区錦ヶ丘26番11号 電話 (096) 367-0565 FAX (096) 368-6923

2 事業所（ご利用施設）

事業所名	介護老人保健施設 高齢者支援センター コスモピア熊本
所在地・連絡先	住所 熊本市東区尾ノ上1丁目3番12号 電話 (096) 384-8088 FAX (096) 381-3550
管理者の氏名	瀬井 圭起
利用定員	25名

3 事業所の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

医療法人伸生紀が開設するコスモピア熊本 通所リハビリテーション（介護予防含む）は要支援・要介護状態と認定された利用者に対し介護保険法令の趣旨に従って、居宅サービス計画・介護予防サービス計画に基づき、利用者の心身の機能回復を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

- 当事業所では、居宅サービス計画・介護予防サービス計画に基づき、必要な機能訓練・入浴（含む特別入浴）食事・送迎等のサービスを提供し、利用者が可能な限り居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。
- 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- 当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の為、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- 当事業所では地域の中間施設となるべく、居宅介護支援事業所、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と密接な連携を図り、利用者が地域において総合的サービス提供を受けることが出来るように努めます。
- 当事業所では、明るく家庭的な雰囲気重視し、利用者が楽しく・個性豊かに・快適に過ごすことが出来るようサービス提供に努めます。
- サービス提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいよう指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

4 事業所の概要

(1) 事業所の職員体制（定数：常勤換算数）

従業者の職種	常勤換算数	業務内容
管理者（医師）	1人（兼務）	施設の運営・管理 利用者の健康・病状管理
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1.0	医師の指示のもと利用者の 機能回復訓練
管理栄養士	0.1	利用者の栄養、給食管理指導

(2) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市・上益城郡
---------	----------

(3) 営業日・営業時間

月曜日～土曜日・祝祭日 8:30～17:15
医療法人伸生紀休日の（12月30日から1月3日）は利用者の入浴等の利便を考え臨時に営業する場合があります。

5 サービスの内容及び費用

(1) サービス内容

- 通所リハビリテーション計画・介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- 食事 昼食12時00分～
- 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）
- 医学的管理・看護
- 介護
- 機能訓練（リハビリテーション・レクリエーション）
- 相談援助サービス
- 基本時間外利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅サービス計画・介護予防サービス計画で定められた利用時間の終了に間に合わない場合に適用）は別途利用料が必要になります。
- 利用者が選定する特別な食事の提供
- 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、具体的にご相談ください。

(2) 費用

- 費用は介護保険負担割合証に記載された割合に応じた負担額となります。利用料・利用者負担額については、別紙利用料金表に記載します。
- 介護保険適応の場合でも、保険料の滞納により、事業者へ直接介護保険給付が行なわれない場合があります。その場合、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。サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となります。
- 利用料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・介護予防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。

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、15日迄に前月分の請求書を発行いたしますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。お支払い方法は、金融機関口座自動引き落としのお手続きをお願いいたします。窓口でのお支払いの場合はご相談ください。

6 協力医療機関等

当施設では医師の医学的判断により緊急対応及び専門診療が必要な場合、下記の協力機関へ診療を依頼します。

協力医療機関名	住 所	電話番号
熊本託麻台リハビリテーション病院	熊本市中央区帯山8丁目2-1	(096)381-5111
くわみず病院	熊本市中央区神水1丁目14-41	(096)381-2248
越山眼科	熊本市東区錦ヶ丘32-25	(096)368-2468
ひとのわハロー 歯科内科診療所	熊本市北区龍田陣内1丁目1-2	(096)227-8440

7 苦情処理・ハラスメント等相談窓口

要望や苦情・ハラスメント等に関する相談は、当事業所の支援相談員もしくは苦情相談窓口の職員までお寄せいただければ速やかに対応いたします（Tel 096-384-8088）。また所定の場所に備え付けられた「ご意見箱」のご利用や、管理者に直接お申し出いただくこともできます。どうぞお気軽にご相談ください。また外部機関として熊本県国民健康保険団体連合会（Tel 096-214-1101）、熊本市健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課（Tel 096-328-2793）苦情相談窓口へご相談いただくこともできます。※利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要をご参照ください

8 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

9 非常災害時の対策

【防災対策】スプリンクラー、消火器、消火栓、非常通報装置等を設置し、非常災害に関する具体的計画を立案し定期的に避難・救出（年2回以上）・その他必要な訓練を実施しています。

10 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険施設サービス提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じるものとし、その周知・研修・訓練を定期的実施します。

11 サービス利用に当たっての留意事項

【保険証の確認】ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証・健康手帳（お持ちの方）を確認させていただきます。※更新などにより介護保険証に変更があった場合にはその都度ご提出下さい。

【設備・備品の利用】当事業所内の設備や器具のご利用は医師の許可が必要です。お申し出ください。

【飲酒及び喫煙】飲酒は医師の許可が必要です。喫煙に関しては施設敷地内全面禁煙となっております。ご理解・ご協力お願いいたします。

【金銭・貴重品の管理】現金・通帳・印鑑等のお持ち込みはご遠慮下さい。

【緊急時の対応】サービス中に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡をとるなどの必要な対応を講じます。
※緊急時を除きサービス中の医療機関受診はできません。

【ペットの持ち込み】他の利用者の迷惑になりますので禁止します。

12 その他施設の運営に関する重要事項

【禁止事項】多くの方に安心してご利用いただくために、利用者の「営利行為、宗教活動、特定の政治活動」を禁止しております。

【身体拘束】利用者の意思および人格を尊重し、自傷行為のある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。

【虐待防止】利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止のための指針を整備し、定期的な研修を実施します。

【守秘義務及び個人情報の保護】職員に対して職員である期間及び職員でなくなった後においても、正当な理由がなく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように指導教育を行うほか、就業規則にも指定し、遵守します。

【重要事項の説明について】当事業所利用の際には運営規程の概要・サービス内容（通所リハビリテーション計画・介護予防通所リハビリテーション計画及び個別リハビリテーション計画等）利用料金等の重要事項を契約書に沿って説明いたします。契約書に署名をいただきサービスが開始されます。

13 その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

当事業者は、重要事項説明書及び利用料金表に基づいて、通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

西暦 年 月 日

事業者 住所 熊本市東区錦ヶ丘26番11号

事業者（法人）名 医療法人 伸生紀

（事業所番号） 4350180271

事業所名 介護老人保健施設 高齢者支援センター
コスモピア熊本

代 表 理事長 瀬井 圭起 印

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印

私は、重要事項説明書及び利用料金表に基づいて、通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションのサービス内容の説明を受け、同意しました。

西暦 年 月 日

利用者 氏 名 _____ 印

代理人 氏 名 _____ 印（続柄 _____）