

## 通所リハビリテーション 川口メディケアセンター

### 重要事項説明書

当事業所は介護保険の許可を受けています。  
(事業所番号：第1150280103号)

当事業所は、利用者に対して通所リハビリテーションサービスを提供します。当事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明致します。

医療法人社団 桐和会

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 医療法人社団 桐和会  
(2) 法人所在地 東京都江戸川区篠崎町2-7-1  
(3) 電話番号 03-5666-1334  
(4) 代表者氏名 理事長 岡本 和久  
(5) 設立年月 平成5年12月22日

2. ご利用事業所の概要

- (1) 事業の種類 通所リハビリテーション  
平成26年8月1日許可(第1150280103号)
- (2) 事業の目的 当事業所は、要介護状態と認定された利用者(以下「利用者」という)に対し、介護保険法令の趣旨に従って、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する。
- (3) 事業所名称 通所リハビリテーション 川口メディケアセンター
- (4) 事業所概要 鉄筋コンクリート造 地上3階地下1階建  
介護老人保健施設 川口メディケアセンター併設 1階部分  
(延床面積334.23㎡)
- (5) 所在地 埼玉県川口市西新井宿923-1
- (6) 電話番号 048-286-3300
- (7) FAX番号 048-286-3301
- (8) 管理者 林 雅敏
- (9) 経営の方針 当事業所では、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう在宅ケアの支援に努める。
- (10) 開設年月 平成26年8月1日
- (11) 利用定員 当事業所の利用定員数は、30人とする。
- (12) 併設事業 当事業所では、次の事業を併設して実施しています。  
介護老人保健施設  
平成26年8月1日許可(第1150280103号)  
介護老人保健施設(ユニット型)  
平成26年8月1日許可(第1150280095号)  
短期入所療養介護  
平成26年8月1日許可(第1150280103号)

### 3. 営業日及び営業時間

#### (1) 営業日

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、12月29日から1月3日までを除く

#### (2) 営業時間

営業日の午前9時から午後4時まで

### 4. 職員の配置状況

#### (1) 主な職員の配置状況（※職員の配置については、指定基準を満たしています。）

職 種	員 数
管理者	1人
医師	1人以上
看護職員	1人以上
介護職員	4人以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	1人以上

#### (2) 勤務体制

日勤 : 8:00～17:00  
8:30～17:30  
8:45～17:45

#### (3) 従業者の職務内容

- ①管理者は、通所リハビリテーション事業に携わる従業者の総括管理、指導を行う。
- ②医師は、利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
- ③看護職員は、医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の通所リハビリテーション計画に基づく看護を行う。
- ④介護職員は、利用者の通所リハビリテーション計画に基づく介護を行う。
- ⑤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、医師や看護師と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行う。

### 5. 当事業所が提供するサービス

#### (1) 当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

（当事業所のサービスは、医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等リハビリスタッフによって作成される通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションを行う）

- (2) 通所リハビリテーション計画に基づき、入浴介助を実施する。
- (3) 通所リハビリテーション計画に基づき、食事を提供する。
- (4) 通所リハビリテーション計画に基づき、居宅及び施設間の送迎を実施する。

### 6. サービス提供における事業者の責務

当事者は、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>①利用者の生命・身体・財産の安全・確保に配慮します。</li><li>②利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、利用者から聴取・確認します。</li></ol> |
|---|

- ③利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者又は家族（代理人）の請求に応じて閲覧させます。又、請求に応じて自費にて複写物を交付します。
- ⑤利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、利用者又は他の利用者の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、医師、家族（代理人）、介護支援専門員等と話し合い、記録を記載するなど適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又は家族（代理人）に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関に利用者の心身等の情報を提供します。又、利用者の円滑な対処のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて利用者の同意を得ます。

## 7. サービス利用料金

利用者負担の額を以下のとおりにします。

- (1) 保険給付の自己負担を別に定める料金表によりお支払い頂きます。
- (2) 食費、教養娯楽費、理美容代、基本時間以外施設利用料、区域外の場合は送迎費、その他の費用等利用料を別に定める料金表に掲載の料金をお支払い頂きます。
- (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)及び(2)の料金を月末締めで算定し、翌月15日に「ご請求書」を送付致します。請求月の28日（休日の場合、翌営業日）に自動引き落としをさせていただきます。お支払完了月の翌月の15日までに領収書を発行させていただきます。

但し、自動引き落とし手続き期間中は、請求月28日までに以下の指定口座にお振込みください。

指定口座	:	りそな銀行	小岩支店	普通	1684835
------	---	-------	------	----	---------

## 8. 利用中の医療の提供

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院加療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院加療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院加療を義務付けるものでもありません。）

### (1) 協力医療機関

医療法人 桐和会 川口さくら病院
------------------

### (2) 協力歯科医療機関

六町駅歯科クリニック
------------

## 9. サービスを終了していただく場合（契約の終了について）

当事業所との契約では契約が終了する期日は特に定めていませんが、以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約を解約・解除しサービスを終了して頂くこととなります。

- ①要介護認定により利用者の心身の状態が自立又は要支援と判定された場合
- ②事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により通所リハビリテーションを閉鎖した場合
- ③事業所の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービス提供が不可能な場合
- ④当事業所が介護保険の許可を取り消された場合又は許可を辞退した場合

- ⑤利用者からサービス終了の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑥事業者からサービス終了の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）

(1) 利用者からのサービス終了の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間中であっても、利用者から当事業所へサービスの終了を申し出ることができます。その場合には、希望する7日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除しサービスを終了することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②利用者が入院された場合
- ③事業者若しくはサービス従事者が正当な事由なく本契約に定める通所リハビリテーションサービスを実施しない場合
- ④事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出によりサービスの利用を終了していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当事業所からの申し出により契約を解約・解除し、サービスを終了する場合があります。

- ①利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②利用者によるサービス利用料金のお支払いが本契約に定める利用料金を2か月分滞納し、支払いの催促をしたにもかかわらず、3か月目の請求書発行日までに支払いがない場合
- ③利用者が、故意又は重大な過失により事業者若しくはサービス従事者若しくはその他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④利用者が病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合
- ⑤利用者が介護保険施設に入所（入院）した場合

## 10. 代理人

契約に基づく利用者の事業者に対する利用料などの経済的な責務につき、利用者と連帯して一切の責任を負います。

事業者は、利用者が入院を必要とする場合並びに本契約が終了した場合、家族（代理人）にその旨連絡するものとします。

## 11. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

#### ○苦情受付窓口

苦情受付担当者 : 介護職員

苦情解決責任者 : 管理者

#### ○受付時間 月曜日～金曜日 祝祭日、12月29日～1月3日を除く)

午前9時から午後5時 電話：048-286-3300)

また、苦情受付ボックスを施設に設置しています。

(2) 第三者委員 藍澤 大輔 (電話：080-8815-4870)

黒坂 振一郎 (電話：080-8865-1409)

(3) その他

当事業所以外にも都道府県、市役所、国民健康保険団体連合会等でも苦情相談を受付けています。

○市区町村 : 川口市役所介護保険課

電話 : 048-259-7293

○都道府県 : 埼玉県福祉部高齢介護課

電話 : 048-830-3264

○国保連 : 埼玉県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口

電話 : 048-824-2568

(4) 第三者評価の実施の有無 無し

1.2. 事業所利用上の留意事項

当事業所のご利用にあたって、当事業所に入所されている利用者の共同生活の場としての適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持ち込みの制限等について

①当事業所利用にあたり、危険物は原則として持ち込むことはできません。

②当事業所の飲食の持ち込みには制限があります。医師・看護職員・管理栄養士が、利用者の栄養指導や健康管理を行っています。個人の身体状態によってはカロリー制限等に管理や摂取飲食物が制限されることがあり、お持ちになる場合は事前にご相談ください。なお、食中毒を発生させる生ものや、お餅やゼリー食品など喉に詰まる可能性のある食べ物の持ち込みは厳禁です。

③施設内の金銭及び貴重品の持ち込みは禁止となっております。やむを得ず施設内に持ち込まれた場合に紛失、破損時は一切の責任を負いかねます。また金銭及び貴重品のお預かりは行っておりません。

(2) 事業所・設備の使用上の注意

①教養施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用してください。

②故意に又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、事業所、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者の自己負担により現状に服していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

③当事業所の職員や他の利用者や来訪者に対し、迷惑を及ぼすような行為または宗教活動、政治活動、署名運動や営利活動は行うことはできません。

(3) 喫煙

敷地内は全面禁煙となります。

1.3. 事故発生時の対応

当事業所において利用者に対する通所リハビリテーションサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、家族（代理人）に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して取った処置を記録します。

当事業所において、利用者に対し事業者の過失により生じた損害について、誠心誠意対応するとともに、その損害を補償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。事業所に対し利用者の過失により生じた損害については実費を請求いたします。利用者間に発生した損害等については、原則、利用者間でその損害を補償していただきます。但し、その損害の発生について、利用者の心身の状況を鑑みて円滑に解決していただくよう事業者が仲介する場合があります。

通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

医療法人社団桐和会 通所リハビリテーション 川口メディケアセンター

説明者 職名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションサービスの提供開始に同意し、本書面の交付を受けました。

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 ( )