

医療法人新成会川崎医院
(介護予防) 通所リハビリテーション
契約書別紙兼重要事項説明書

指定訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明します。わからないことがありましたら、遠慮なくご質問ください。

目次

事業者概要.....	2
事業所概要.....	2
事業の目的及び運営の方針.....	3
事業所の従業員体制.....	3
提供するサービス内容とその利用料について.....	4
そのほかの費用について.....	4
利用料、利用者負担額（介護保険を適応する場合）そのほかの費用の請求及び支払い方法について.....	5
担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について	.エラー! ブックマークが定義されて いません。
サービス提供にあたって.....	6
緊急時の対応方法について.....	6
緊急時、事故発生時等の対応方法について.....	7

虐待の防止について	8
居宅介護支援事業者等との連携	8
サービス提供に関する相談、苦情について	8

事業者概要

事業者名称	医療法人新成会
所在地	〒851-2121 長崎県西彼杵郡長与町岡郷37番地11
法人種別	医療法人
代表者	理事長 川崎智子
電話番号	(代) 095-883-0002 (直通) 095-887-0519
FAX 番号	095-883-1839
ホームページ	https://www.kawasakiiin.com

事業所概要

事業所名称	川崎医院通所リハビリテーション
介護保険指定事業所番号	4211123205
所在地	〒851-2121 長崎県西彼杵郡長与町岡郷37番地11
電話番号	(代) 095-883-0002 (直通) 095-887-0519
FAX 番号	095-883-1839
営業日	月曜日から土曜日 但し、祝日及び8月14日～15日、12月31日～1月3日を除く
営業時間	8時30分～17時30分 サービス提供時間帯 9時30分～15時40分

管理者の氏名	川崎智子
兼務する業務・事業所	川崎医院
通常の事業の実施地域	長与町（全域）、時津町（全域）、長崎市（滑石1丁目、女の都2～4丁目、泉町の区域）

事業の目的及び運営の方針

事業の目的	<p>要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者等」という。）に対し、利用者の心身の特性を踏まえて指定通所リハビリテーション等を行うことで、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう居宅サービスを提供することを目的とします。</p>
運営の方針	<p>利用者が可能な限り、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、作業療法又は言語聴覚療法その他、必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図ります。</p> <p>利用者の介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するようその目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行ないます。</p> <p>事業の実施にあたっては、関係法令等を遵守し、関係市町村、地域包括センター及び地域の保健・医療福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p>

事業所の従業員体制

職種	職員数	職務内容
管理者 （医師が兼務）	1名	所属職員を指揮監督し、適切な事業の運営が行われるように統括します。また医師は、指定通所リハビリテーション等の計画策定を従事者と共同して作成するとともに、指定通所リハビリテーション等の実施に関わる従事者への指示を行ないます。
サービス提供責任者	1名	従業員の管理及び事業の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を行ないます

介護士	5名以上	1. サービス担当者会議等への出席等により、居宅介護支援事業者等との連携を図ります。 2. 多職種協同により指定通所リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って通所リハビリテーション計画を作成する。計画作成にあたっては、利用者、家族に説明し利用者の同意を得ます。作成した計画は利用者へ交付します。
理学療法士、作業療法士または言語聴覚士（理学療法士等）	1名以上	3. 通所リハビリテーション計画に基づきサービスを提供します。 4. 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスの提供をします。

提供するサービス内容とその利用料について

イ. 事業所の1日の利用定員は、2単位（1単位10名）です

ロ. サービスの内容について

当事業所ではご契約者様に対して以下のサービスを提供します

[指定通所リハビリテーション] または [介護予防指定津署リハビリテーション]

(1) 通所リハビリテーション（身体状況把握を含む）

(2) 食事サービス

(3) 入浴サービス

(4) 送迎サービス

ハ. 提供するサービスの利用料及び利用者負担額

料金表を参照ください

そのほかの費用について

基本的な費用	利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、当該指定通所リハビリテーション等が法定代理受領サービスである時は、その額に利用者の介護保険負担割合証に記載の自己負担割合を乗じた額といたします
食費 (おやつ込み)	530円/
おむつ代	実費

交通費	通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する交通費を請求することがあります	
	事業所の実施地域内	無料
	事業所の実施地域から片道 1 k m超えることに	50 円
その他	<p>指定通所リハビリテーションの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用は別途徴収いたします。</p> <p>また費用の支払いを受ける場合は、利用者又は家族に対し事前に文書で説明した上で、支払いに同意をする旨の文書に署名（記名捺印）をいただきます。</p>	

利用料、利用者負担額（介護保険を適応する場合）そのほかの費用の請求及び支払い方法について

請求方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用料利用者負担額（介護保険を適応する場合）およびそのほかの費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 2. 上記にかかる請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月中旬頃、利用者宛に発行します。
支払い方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合の上、毎月28日（休日の場合は翌営業日）までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 <ol style="list-style-type: none"> ①現金払い ②指定口座へのお振り込み 2. お支払いを確認しましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しします。医療費控除の還付請求等で必要になりますので、保管をお願いします。領収書の再発行はいたしかねますので予めご了承ください。

サービス提供にあたって

- イ. 事業の提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また心身の状況や意向に十分配慮します。
- ロ. 指定通所リハビリテーション等の提供を行う際には、被保険者証により受給資格やその内容（認定区分、有効期間、介護認定審査会意見の内容等）を確認させていただきます。被保険者証の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- ハ. 医師及び理学療法士、作業療法士または言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者または家族に説明し同意を得た上で、通所リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに医師に報告します。
- ニ. 指定通所リハビリテーション等の提供を行う従業者は、当該リハビリテーションの提供において常に社会人としての見識ある行動します。また従業者としての身分を証明する証明書を携帯し、利用者及びその家族等から提示を求められたときは、これを提示します。
- ホ. 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは要介護認定の更新の申請が遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう必要な援助を行います

緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者の病状に急変が生じた場合やそのほか必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

家族等緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	住所	
	電話番号	
	携帯電話	
	勤務先	

主治医	医療機関	
	氏名	
	電話番号	

緊急時、事故発生時等の対応方法について

利用者に対する指定通所リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者にかかる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。

またサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただしその損害の発生について、契約書に故意または過失が認められる場合には事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

市町村（保険者）の窓口	名称	長与町役場 介護保険課
	所在地	〒851-2128 長崎県西彼杵郡長与町嬉里郷659番地1
	電話番号	095-883-1111
	受付時間	役場開設時間に同じ
居宅介護支援事業者の窓口	事業所	
	所在地	
	電話番号	
	担当介護支援専門員	

損害賠償保険の加入状況

保険会社名	
保険名	医師賠償責任保険
補償の概要	開設者の業務の補助たる医師や看護師、理学療法士等、その他の使用人が起こした医療事故によって開設者が負担する法律上の賠償責任の補償

虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

- イ. 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者	川崎智子（管理者）、サービス提供責任者
-------------	---------------------

- ハ. 成年後見制度の利用を支援します。
- ニ. 苦情解決体制を整備しています。
- ホ. 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています
- ヘ. サービス提供中に、当該事業所従業者または養護者（現に養護している家族、親族、同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

居宅介護支援事業者等との連携

- イ. 指定通所リハビリテーション等の提供にあたり、居宅介護支援事業者および保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます
- ロ. サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ハ. サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

サービス提供に関する相談、苦情について

事業者の窓口	事業所	川崎医院
	所在地	〒851-2121 長崎県西彼杵郡長与町岡郷 37 番地 11
	電話番号	095-883-1111

	FAX 番号	095-883-1839
	受付時間	8時45分～17時半（月、火、水、金） 8時45分～12時半（木、土）
市町村（保険者）の窓口	名称	長与町役場 介護保険課
	所在地	〒851-2128 長崎県西彼杵郡長与町嬉里郷659番地1
	電話番号	095-883-1111
	受付時間	役場開設時間に同じ
公的団体の窓口	名称	長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談担当
	所在地	〒850-0025 長崎県長崎市今博多町8番地2
	電話番号	095-826-1599
	FAX 番号	095-826-7325
	受付時間	9時～17時（土、日、祝日を除く）

上記内容について、指定訪問リハビリテーション等の提供の開始に際し、本書面にて利用者的重要事項の説明を行いました

事業者	所在地	〒851-2121 長崎県西彼杵郡長与町岡郷37番地11
	法人名	医療法人新成会
	代表者名	理事長 川崎智子
	事業所名	川崎医院
	説明書氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	事業所	
	所在地	
身元引受人	住所	
	氏名	

	続柄	
署名代行者	住所	
	所属	
	氏名	
	続柄	

署名を代行する理由： 手が不自由 認知症 その他（ ）

上記の理由により署名を代行することを依頼しました

利用者氏名： _____

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---