

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契約書別紙

(兼重要事項説明書)

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人社団 さくら会
主たる事務所の所在地	〒154-0017 東京都世田谷区世田谷一丁目 32 番 18 号
代表者（職名・氏名）	理事長 岡田 錬之介
設立年月日	1958 年 3 月 31 日
電話番号	03-3420-7111

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	鷺沼透光診療所 透光燦燦デイケアセンター	
サービスの種類	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	
事業所の所在地	〒216-0007 神奈川県川崎市宮前区小台 1-20-1 アン・ビジネスパーク 6 階	
電話番号	044-860-5101	
指定年月日・事業所番号	2001 年 12 月 1 日 指定	1475500326 号
管理者の氏名	氏家 茂樹	
通常の事業の実施地域	宮前区、高津区、横浜市青葉区、横浜市都筑区（高津区、青葉区、都筑区は一部地域のみ）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及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、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所リハビリテーション（又は介護予防通所リハビリテーション）は、病状が安定している要介護者等に事業者が設置する事業所に通っていただき、その方の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法士、作業療法士、看護師、准看護師、介護職員（以下「理学療法士等」といいます。）がリハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし年末年始（12月31日から1月3日）を除く
営業時間	営業時間は、午前8時30分から午後5時まで サービス提供時間は、9時30分から16時30分まで
利用定員	36名

6. 事業所の職員体制・職務内容

従業者の職種	勤務の形態・人数	職務の内容
医師	常勤 1人、非常勤 1人	事業所の従業者の管理。診療等
理学療法士	常勤 1人、非常勤 0人	心身機能評価、自宅環境評価、訓練計画の立案、理学療法の提供等
作業療法士	常勤 1人、非常勤 1人	心身機能評価、自宅環境評価、訓練計画の立案、作業療法の提供等
介護職員	常勤 6人 非常勤 2人	状態観察、心理的問題の解決、送迎援助、運転、日常介護の提供等
相談員 (介護兼務)	常勤 1人 非常勤 0人	利用予定者及び家族等への概要説明、利用手続きの援助、心理的援助、サービス提供状況の確認及び調整、送迎計画の立案
看護師	常勤 0人 非常勤 5人	病状観察、心理的問題の解決、口腔機能の評価、機能向上・ケア計画の立案、看護の提供等
事務員 (介護兼務)	常勤 1人 非常勤 0人	利用実績の確認・入力、利用料の計算、介護報酬の請求等
管理栄養士	常勤 0人 非常勤 1人	摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画の作成、栄養改善サービス等
言語聴覚士	常勤 0人、非常勤 1人	摂食・嚥下、発声機能の評価、訓練計画の立案、言語聴覚療法の提供等

7. 利用料

(1) ご利用料金

- ・ご利用料金詳細は、別紙1をご覧ください。

(2) 介護保険内費用

(注1) 利用者負担額は、1割の方を対象に表記しています。利用者負担が2割の方は、表記の2倍、3割の方は、3倍の額が利用者負担です。

(注2) 利用料等は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(注3) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担頂きます。

(3) 介護保険外費用（消費税込み価格）

- ・通所リハビリテーション、予防通所リハビリテーション共通
- ・全額自己負担です。

(4) キャンセル料

ご利用日の前営業日の15時までに、お休みのご連絡を頂かなかった場合、800円（食費分）を請求させていただきます。

(5) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求します

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等は、お支払いを確認後、発行致します。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌々月の4日（祝休日の場合は翌営業日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。

8. 緊急時における対応方法

(1) サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時急急の手当て、もしくは、併設する鷺沼透光診療所にて診察を行います。

(2) 医師等の判断により、鷺沼透光診療所以外での対診が必要と認められる場合、他の医療機関での診察を依頼することがあります。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の専用窓口でお受けします。

鷺沼透光診療所 透光燦燦デイケアセンター	電話番号 044-860-5101 FAX番号 044-860-5811
----------------------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

宮前区役所 高齢・障害課	電話番号 044-856-3242 FAX番号 044-856-3163
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課	電話番号 0570-022110（苦情専用） または 045-329-3447

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、職員等は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭・貴重品の管理

(2) 職員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 飲酒・喫煙は、施設内では一切禁止しています。

(4) 施設内での火気の取り扱いは禁止しています。

- (5) 営利行為、宗教活動、政治活動は禁止しています。
- (6) 他利用者への迷惑行為は、禁止しています。
- (7) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 2. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、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。

1 3. 感染や災害への対策

感染症や災害の発生時に継続的にサービスを提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定し、対応力の向上を図ります。

1 4. ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

1 5. 個人情報の取り扱いについて

利用者及び家族の情報については、次の記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することとし、同意を得ない限り用いません。

(1) 使用目的

事業者が介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づきサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において、必要な場合に使用します。

(2) 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、(1)に記載する目的の範囲内で最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外に漏れることがないように細心の注意を払うこととします。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておきます。

(3) 個人情報の内容（例示）

- ① 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービス等を行うために最小限必要な利用者や家族に関する情報
- ② 認定調査票（各調査項目及び特記事項）、介護保険証、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見
- ③ その他の情報

(4) 使用する期間

契約書締結日から契約終了日までとします。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

【事業者】

所在地 川崎市宮前区小台 1-20-1
アン・ビジネスパーク 6F
事業所名 鷺沼透光診療所 透光燦燦デイケアセンター
管理者 氏家茂樹
説明者

(利用者)

住所 _____ .

氏名 _____ .

(家族等)

住所 _____ .

氏名 _____ .

(利用者との続柄) _____ .