

医療法人 啓仁会

【所沢ロイヤル病院 通所リハビリテーション】

(指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション)

重要事項説明書

＜ 2023年7月1日 改定 ＞

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(埼玉県指定 第 1112504496)

目 次

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業の実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受け付けについて
7. サービス提供時における緊急対応
8. 送迎時における緊急対応
9. サービス提供における事業所の義務
10. サービスの利用に関する留意事項

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 啓仁会
(2) 法人所在地 埼玉県所沢市大字久米532番地1
(3) 電話番号 04-2997-5510
(4) 代表者氏名 理事長 矢 吹 甚 吾
(5) 設立年月日 昭和33年5月28日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定介護予防通所・指定通所リハビリテーション事業所
埼玉県第 1112504496 号

(2) 事業所の目的

指定介護予防通所・指定通所リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供することを目的とします。

- (3) 事業所の名称 医療法人啓仁会 所沢ロイヤル病院
通所リハビリテーション
(4) 事業所の所在地 埼玉県所沢市北野3丁目1番地11
(5) 電話番号 04-2949-3385
(6) 管理者氏名 院長 金子 正二

3. 事業の実施地域及び営業時間

(1) 送迎業務の実施地域

- ・小手指地域 (小手指・上新井・北中の一部)
- ・山口地域 (山口)
- ・吾妻地域 (荒幡・久米の一部)
- ・三ヶ島地域 (三ヶ島・狭山ヶ丘・林・和ヶ原)
- ・入間市の一部 (藤沢)

※病院より片道15分、往復30分圏内を送迎範囲とする

※自身で来院される場合は範囲指定はありません

(2) 営業日及び営業時間・内容

営 業 日	月曜日～金曜日(ただし祝日、12月30日～1月3日までを除く)
営 業 時 間	月曜日～金曜日 9:00～17:00

※祝日の振り回り対応は実施していません

4. 職員の配置状況

通所リハビリテーションサービスを提供する職員として、以下の職員を配置します。

職 種	勤務形態	人数	備 考
1. 医師	常勤	1 名	
2. 機能訓練指導員	常勤	3 名	
3. 管理栄養士	常勤	1 名	

5. 提供するサービスと利用料金

(1) <サービスの概要>

- ①送迎
- ②健康チェック
- ③身体機能訓練
- ④日常生活動作の指導・訓練
- ⑤介助方法の指導及び訓練
- ⑥浴室やトイレ、玄関等の家屋改造の相談・助言
- ⑦福祉用具導入に関しての助言
- ⑧家庭で行う自主トレーニングのメニュー作成・指導
- ⑨口腔機能向上のための訓練・指導
- ⑩言語訓練・指導
- ⑪栄養状態の評価・改善に向けた助言

※介護保険の給付額に変更があった場合、変更内容に基づき負担額を変更します。

<別途自己負担となる内容>

自己負担	金 額
リハビリパンツ	300 円／1 枚につき (税込 330 円)
パット	300 円／1 枚につき (税込 330 円)

(2) 利用料金

- ①利用者は、サービスの対価としてご利用料金・加算表に定める利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
- ②事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、**翌月 15 日**までに利用者に通知します。
- ③利用者は、当月の料金の合計額を**翌月 23 日**に（預金口座振替の方法で）支払います。
- ④事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。領収書の再発行はいたしません。
- ⑤残高不足又は何らかの理由により口座引き落としができない場合は、翌月にまとめて引き落としさせていただきます。

6. 相談窓口

(1) 当事業所における苦情の受付

- ・相談、要望、苦情等の窓口

当施設のサービスに関する相談・要望・苦情等は下記窓口までお申し出ください。

電話番号：	04-2949-3385	(所沢ロイヤル病院内)
担当職員：	後藤 義典	
受付時間：	月～金曜日	午前9時～午後5時まで

(2) 行政機関窓口

当施設以外に、行政の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

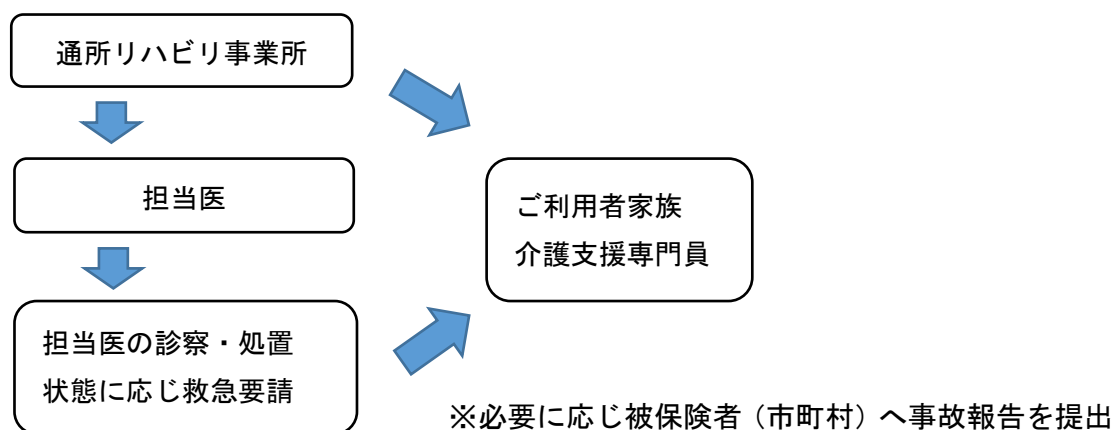
埼玉県国民健康保険団体連合会 電話：048-824-2568

所沢市役所介護保険課 電話：04-2998-9420

7. サービス提供時における緊急対応

ご利用者に対し事故が発生した場合は、速やかにご家族又は必要により関係市町村等に連絡するとともに、下記対応マニュアルに基づき、必要な措置を講じます。

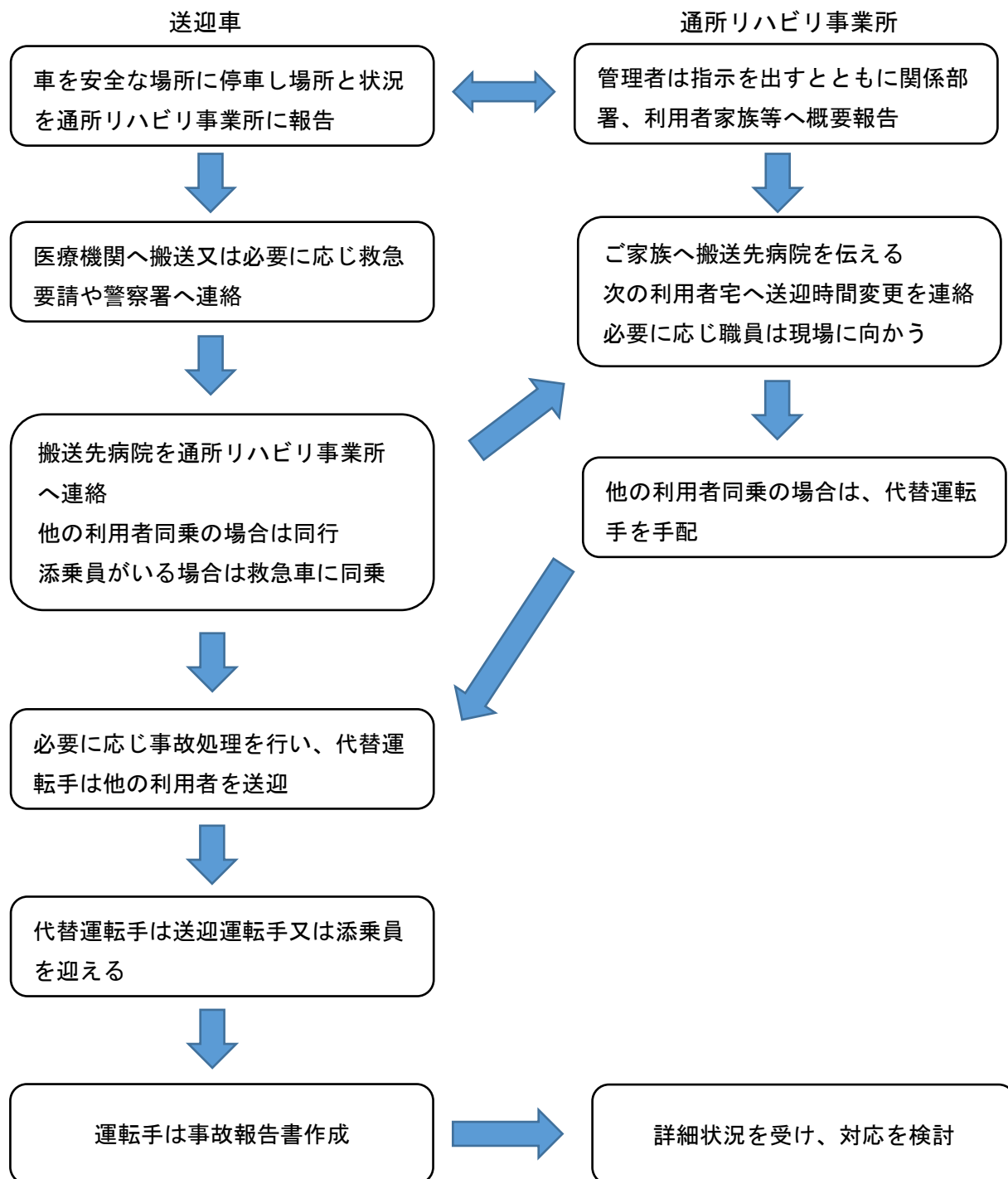
また、ご利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害を賠償します。ただし、当院の責に帰さない場合は、この限りではありません。



8. 送迎時における緊急対応

送迎中のご契約者の容体悪化や交通事故を起こした場合は、下記送迎中の対応マニュアルに基づき、必要な措置を講じます。

【 送迎中の対応マニュアル 】



9. サービス提供における事業所の義務

当事業所はサービスを提供するにあたって、以下のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮いたします。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師・看護師等と連携し、確認の上でサービスを提供します。
- ③ご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、ご利用者又はその家族の請求に応じて閲覧を認め、複写物を交付します。
- ④ご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。ただし、ご利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために、緊急やむを得ない場合には、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。事業所は、サービス提供中に事業所職員又は擁護者（利用者の家族等現に養護する者）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するものとします。
- ⑤サービス提供時において、ご利用者の病状に急変が生じた場合、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を行います。
- ⑥事業所の職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はそのご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。ただし、サービス担当者会議等でご利用者又はそのご家族等の情報を用いることがある他、ご利用者に緊急な医療上の必要がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

10. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスの快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

（1）施設、設備について

- ①施設、設備、敷地をその本来の使用用途に従って利用してください。
- ②故意に施設、設備を破損又は汚した場合は、ご利用者の負担により原状回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③リハビリ利用中における当院の職員や他の利用者に対し、迷惑行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

（２）利用頻度

- ①利用回数や日時については、サービス計画に沿いながら関係者と協議の上決定し、通所リハビリテーション計画書に定めます。
- ②ご利用者の状態の変化、居宅サービス計画書に定められた目標の達成度を踏まえ、介護支援専門員へ相談します。
- ③サービス利用や利用回数について、ご利用者の状態の変化や居宅サービス計画書に定められた目標の達成度を踏まえ、事業所医師を交えたカンファレンスを行い、介護支援専門員へ相談します。

（３）利用の変更・中止・休み

- ①利用を変更、中止又は休む場合は、当日のリハビリ開始２時間前までにご連絡ください。
- ②休みの理由について簡単にお知らせください（私用・通院・体調不良等）。
- ③キャンセル料は発生しません。
- ④お休みに対する振替利用は行いません。
- ⑤悪天候による営業休止の場合は事前にご連絡します。この場合も振り替え利用はありません。

（４）利用の再開

- ①２か月以上の利用休止の場合、いかなる理由であっても本契約は一度解約となります。体調不良や入院等により状態変化がみられる場合等で再開される場合は、再度状況確認を行い再開が可能か判定をさせていただきます。
- ②１ヵ月以上の利用休止の場合、利用枠を取り下げいただくことがあります。再開時に再度ご利用待ち、利用曜日や時間に変更になる場合があります。

（５）利用の終了

ご利用者の状態の変化や目標の達成度を踏まえ、会議を行い必要に応じて終了・卒業の提案を致します。

（６）健康状態急変時の対応

サービス利用中において、健康状態及び行動等により、利用の継続が困難と認められる場合については、ご利用者の生命及び他の利用者の安全確保のため、以下の対応をさせていただきます。

状 態	対 応
・ 体調不良、強い介護拒否、他利用者への迷惑行為等が認められサービスの継続が難しい場合 ・ 発熱 37.5 度以上 ・ 感染症と判断又は疑い ・ 意識不明等緊急時	・ ご家族へ連絡しますので、お迎えをお願いします。お迎えができない場合は、ご家族の指示によりご自宅又は医療機関へお送りしますので、受診時結果をお知らせください。 ・ ご家族にも来所の上、対応していただく場合もあります。 ・ 生命の危険の可能性又は緊急時は、事業所の判断により当院の受診又は救急要請します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が記名捺印の
うえ各自1通を保有する。

< 名 称 > 医療法人 啓仁会
所沢ロイヤル病院 通所リハビリテーション

< 説 明 者 > 職 _____ 氏名 _____ (印)

< 説明月日 > _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は本書面に基づいて事業所の職員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ます。

【利用者】

郵便番号 _____
住 所 _____
氏 名 _____ (印)

【利用者署名代理人】

郵便番号 _____
住 所 _____
氏名 _____ (続柄) _____ (印)

【身元引受人】

(連帯保証人)

郵便番号 _____
住 所 _____
氏 名 _____ (続柄) _____ (印)