

# 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

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、北海道条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 カワムラメディカル
主たる事務所の所在地	〒076-0011 富良野市末広町6-20
代表者（職名・氏名）	理事長 川村 大介
設立年月日	昭和45年12月5日
電話番号	0 1 6 7 - 2 2 - 4 3 4 1

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	かわむら整形外科デイケアセンター	
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	〒076-0011富良野市末広町6-22カワムラメディカルビル1階	
電話番号	0 1 6 7 - 2 2 - 8 8 8 8	
指定年月日・事業所番号	平成21年4月1日指定	0113010888
利用定員	定員30人	
通常の事業の実施地域	富良野市、中富良野町、上富良野町、芦別市	

### 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、事業者が設置する事業所（デイケアセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、健康状態の確認、そして理学療法、作業療法、その他利用者に必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持向上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、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始及びお盆を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後17時00分まで（月～金）
	午前8時30分から午前12時00分まで（土曜日）
サービス提供時間	午前8時40分から午後4時00分まで（月～金）
	午前8時40分から午前11時30分まで（土曜日）

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種（職務内容）	勤務の形態・人数
医師（整形外科医）	常勤 1人
理学療法士（リハビリテーション）	常勤 3人
言語聴覚士（リハビリテーション）	非常勤 1人
柔道整復師（リハビリテーション）	常勤 1人
管理栄養士（栄養指導）	常勤 1人
介護員（介護及び送迎）	常勤 5人
生活相談員（相談及び事務）	常勤 1人

## 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（支援相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	支援相談員兼リハビリ科長 前田健太郎
管理責任者の氏名	管 理 者 川村大介 (かわむら整形外科 院長)

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は別紙のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、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いただきます。尚、保険適用外部分については、料金を改定する際には、1ヶ月以上前に利用者に文書または口頭で連絡をさせていただきます。

### （1）通所リハビリテーション利用料及び加算（別紙）

### （2）介護予防通所リハビリテーション利用料及び加算（別紙）

### （３）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所リハビリテーションは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の５％の額
利用予定日の当日	利用者負担金の１０％の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

### （４）支払い方法

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ので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月の２７日（祝休日の場合は翌営業日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月末までに、現金でお支払いください。
銀行振込	サービスを利用した月の翌月末までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 北洋銀行 富良野支店 当座口座 ２０１５８０４

## ９．緊急時における対応方法

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、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

## １０．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。

## １１．苦情相談窓口

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

事業所相談窓口	責 任 者 川村啓吾 開設時間 ９：００～１６：００ 電話番号 ０１６７－２２－４３４１ 面接場所 当事業所の相談室
---------	---

（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。

苦情受付機関	富良野市福祉支援課	０１６７－３９－２２５５
	北海道国民健康保険団体連合会	０１１－２３１－５１６１

## **12. 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) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 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。
- (4) 喫煙はご遠慮ください。

## **13. 非常災害対策**

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

## **14. 高齢者虐待に関する事項**

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、従業者に対する研修を実施しているほか、サービス利用中に、当該事業所従業者または養護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します。

令和 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 富良野市末広町6-20

事業者（法人）名 医療法人社団かわむら整形外科医院

代表者職・氏名 理事長 川村 大介 印

説明者職・氏名 支援相談員 杉村 奨悟 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏 名

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名

立 会 人 住 所

氏 名