

タムス市川リハビリテーション病院
訪問リハビリテーション
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。
(事業者番号：千葉県許可第1212716975号)

当事業所は、利用者に対して訪問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の内容、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 城東桐和会

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 医療法人社団 城東桐和会
(2) 法人所在地 東京都葛飾区新小岩2-1-1
リーフコンフォート新小岩3階
(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 2006年8月16日

2. ご利用事業所の概要

- (1) 事業の種類 訪問リハビリテーション
2019年4月1日許可（千葉県第1212716975号）
(2) 事業の目的 当事業所は、利用者に対し、関係法令の趣旨に従い可能な限り居宅においてその有する能力や状態に応じ、自立した生活を営むことができるように主治医の指示により訪問リハビリテーションを提供します。
(3) 事業所名称 タムス市川リハビリテーション病院
(4) 所在地 千葉県市川市柏井町4-229-4
(5) 電話番号 047-712-1538（訪問リハ直通）
(6) F A X 番号 047-339-7521
(7) 管理者 小宮山 剛平
(8) 運営の方針 当事業所では、医師の指示及びリハビリテーションの計画に基づき、要介護状態の軽減や、悪化の防止のためサービスを提供し在宅ケアを目的とするものです。この目的に沿って、当事業所では以下の運営方針に従って運営しております。ご理解いただいた上でご利用ください。

基本理念 「市川で寄り添うリハビリテーション」

- 基本方針 ■利用者様の障害を予防・改善するために最善のリハビリテーション医療を行います。
■利用者様の「その人らしさ」を尊重し丁寧で安全なリハビリテーションを行います。
■利用者様とご家族のお話をよく聴き、わかりやすい説明とサービスを提供します。

3. 営業日及び営業時間

- (1) 毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日（12月31日から1月3日までを除く）とする。
ただし、土曜日は振替等の訪問に限り対応とする。
(2) 営業日の午前8時45分から午後5時45分までを営業時間とする。

4. 職員の配置状況

- (1) 主な職員の配置状況 ※（ ）は人員基準

職 種	員 数 (2025.1月現在)
管理者	1人 (1人)
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	7人 (適当数配置)

(2) 勤務体制 日 勤 : 8 : 4 5 ~ 1 7 : 4 5

(3) 従業者の職務内容

①管理者は、訪問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理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、在宅におけるリハビリテーションを行う。

5. 当事業所が提供するサービス

当事業所は、利用者の心身の状態、主治医の意見、事業所の医師の指示内容、生活環境や住環境等に応じたリハビリテーション計画を策定し、設定した目標を達成できるようサービス提供します。通常のサービス提供エリアは、下記の市川市・船橋市・松戸市・鎌ヶ谷市（当事業所から半径5km圏内）とします。※下記以外のエリアの方はご相談ください。

【市川市】

大町、大野町、柏井町、奉免町、南大野1～3丁目、下貝塚1～3丁目、曾谷1～8丁目、稲越1～3丁目、堀之内1～5丁目、北国分1～4丁目、北方町1～3丁目、宮久保1～6丁目、須和田1・2丁目、真間1～5丁目、若宮1～3丁目、本北方1～3丁目、北方1～4丁目、中山1～4丁目、高石神、東菅野1～5丁目、菅野1～6丁目、八幡1～6丁目

【船橋市】

馬込西1～3丁目、馬込町、高根町、金杉町、藤原1～8丁目、上山町1～3丁目、旭町1～6丁目、前貝塚町、北本町1～2丁目、古作1～4丁目、印内1～3丁目、夏見台1～6丁目、丸山1～5丁目、行田1～3丁目

【松戸市】

秋山1～3丁目、紙敷1～3丁目、串崎新田、高塚新田、田中新田、東松戸1～4丁目、松飛台、和名ヶ谷、河原塚、五香西1～6丁目、

【鎌ヶ谷市】

中沢、中沢新町、東中沢1～5丁目、北中沢1～3丁目、道野辺中央1～5丁目、道野辺、初富、初富本町1～2丁目、くぬぎ山1～5丁目、串崎新田、栗野

6. サービス提供における事業者の責務

当事業所は、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。

①利用者の生命・身体・財産の安全・確保に配慮します。

②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。

③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、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。

④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とします。

(1) 保険給付の自己負担額及びその他費用について、別に定める料金表によりお支払い頂きます。キャンセル料を設定しておりますので、キャンセルの場合ご連絡をお願いいたします。

また、訪問リハビリを提供するに当たり3ヶ月に1度当事業所医師による診察が必要となります。未受診の場合は全額自己負担とさせていただきます。

※当院外来受診が実施できない場合に関しては、3ヶ月に1度かかりつけ医からの診療情報提供書をご用意いただきます。当事業所医師が内容を確認、訪問リハビリの指示を出し訪問リハビリを提供します。

(2) 利用料金のお支払方法

前記(1)及び(2)の料金を月末締めで算定し、翌月8日までにご請求額について「ご請求書」を送付致します。請求月の20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。1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、ご利用日数に基づいて計算した金額とします。ただし、自動引き落とし手続き期間中は、20日までに以下の指定口座にお振込ください。

指定口座 : みずほ銀行 平井支店 普通 3005584 医療法人社団 城東桐和会

8. サービスを終了して頂く場合(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になります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合②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になった場合③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④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)⑤事業者からサービス終了の申し出を行った場合(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中途解約・契約解除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。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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理由なく本契約に定める訪問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解約して頂く場合(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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが30日間支払われない場合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利用者が介護保険施設等に入所した場合⑤利用者が病院又は診療所に入院すると1か月以上見込まれる場合若しくは入院した場合⑥認知症等に伴うリハビリテーションの拒否や体調不良等による中止が1か月以上続いた場合⑦当事業所の医師によりリハビリテーション終了の指示があった場合⑧リハビリテーション計画で定めた目標を達成した場合 |
|--|

9. 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債務につき、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、代理人にその旨連絡するものとします。

10. 苦情の受付について

(1) 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 : 訪問リハビリスタッフ

苦情解決責任者 : リハビリテーション科 責任者

○受付時間 月曜日～金曜日 (祝祭日、12月31日～1月3日を除く)
午前9時から午後5時 (電話: 047-320-7111)

(2) その他

当事業所以外にも区役所、国民健康保険団体連合会等でも苦情相談を受け付けています。

○市区町村: 市川市福祉部介護福祉課

047-704-0259

受付時間 8時45分から17時15分 (土日・祝日・年末年始は除く)

○国保連: 千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課 苦情処理係

043-254-7428

24時間受付、平日の8:30-17:30以外は留守電対応

11. 秘密の保持及び個人情報の保護

当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者及び家族（代理人）に関する個人情報の利用目的を重要事項説明書のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護および医療関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

(1) サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等

(2) 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）等との連携

(3) 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

(4) 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

(5) 都道府県福祉保健局、保健所、介護保険課への情報提供

(6) 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

12. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医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。

13. 事故発生時の対応

利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の代理人、利用者に係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、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、その損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

なお事業者の過失がない場合の具体例として、訪問リハビリテーションを利用者が受けていない時間帯において受傷、発症するような傷病となります。（日常生活中におきる転倒・転落による骨折、外傷、頭蓋内損傷等、骨粗鬆症が起因している骨折、表皮剥離や擦過傷、皮下出血、感染症疾患、加齢に伴う嚥下機能低下による誤嚥・誤飲、肺炎、脳や心臓疾患による急変・休止、環境変化や加齢にとともに進行する認知症や行動障害）

事業者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。上記事故や苦情の内容等について記録し、その完結の日から2年間保存します。

14. 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。

- (1) 責任者は事業所管理者とします。
 - (2) 成年後見制度の利用を支援します。
 - (3) 苦情解決体制を整備しています。(利用契約書の第 20 条に記載。)
 - (4) 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。
 - (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。
- 虐待相談窓口：市川市福祉部介護福祉課 047-704-0259

15. 身分証携行義務

訪問職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または代理人から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

訪問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。

(西暦) 年 月 日

医療法人社団 城東桐和会 タムス市川リハビリテーション病院
訪問リハビリテーション

説明者 職名 _____
氏名 _____ 印 _____

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、訪問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。

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

代理人 住所 _____
氏名 _____ 印 _____
利用者との関係 ()