

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 重要事項説明書
 (令和2年5月1日現在)

1. 三鷹中央リハケアセンターの概要

(1) 名称及び事業所番号

名 称	医療法人社団永寿会 介護老人保健施設三鷹中央リハケアセンター
代表者名	吉田 宏
所在地	東京都三鷹市下連雀9-2-7
連絡先	0422-70-0700 (8:30~17:15) ※上記の時間帯以外の連絡先: 0422-70-0770 (留守番電話)
事業所番号	東京都1357081417

(2) 職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤
センター長	医師	1	
看護・介護職員	看護師	1	
	介護福祉士	5	
	ヘルパー1・2級	1	
リハビリ職員	理学療法士	4	
	作業療法士	4	
リハビリ補助			2
栄養士	管理栄養士	1	
相談員	社会福祉士	1	

(3) 事業の実施地域

三鷹市・武蔵野市・調布市 (※左記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。)

(4) 送迎の実施地域・留意事項

① 送迎の実施地域

三 鷹 市	井口1~3丁目、井の頭2~5丁目、大沢1丁目、上連雀2~9丁目、北野1~3丁目、 下連雀1~9丁目、新川2~6丁目、深大寺1・2丁目、中原2~4丁目、野崎1~4丁目、 牟礼2~7丁目
武 蔵 野 市	境南町1~3丁目、5丁目
調 布 市	深大寺東7・8丁目、深大寺北1丁目・3~7丁目

② 送迎留意事項

- ・ 当事業所の送迎は、6時間以上ご利用の方に限ります。
- ・ ご自宅(門前・集合住宅の場合は1階)と、施設の往復となります。この範囲外での事故につきましては責任を負いかねますので予めご了承下さい。また途中での下車は出来ませんのでご了承下さい。
- ・ 当事業所の職員は、利用者様のご自宅の開錠・施錠は行ないませんので、利用者様が安全に出入できるようにご配慮をお願いします。
- ・ 送迎時にご家族様(またはホームヘルパー等)の立会いを必要とする場合もございます。
- ・ 送迎の時間につきましては、ご希望に添えない場合もありますので、ご了承下さい。
- ・ 送迎の時間は変更がない限りご連絡致しませんので、ご不明な方はお尋ねください。

(5) 営業日・時間

営業日・営業時間	月曜日～金曜日(祝日は営業) / 8:30~17:15
サービス提供時間	9:00~16:00
定休日	土曜・日曜・年末年始(12/30~1/3)・施設の定める日

2. サービスの内容及び費用

(1) サービスの内容

食 事	利用者様に合わせた食事を提供いたします。
健康管理	体温・血圧測定等利用者様の健康を管理します。
機能訓練	理学療法士または作業療法士が、各利用者様に適した個別訓練を行ない、身体機能の維持・向上に努めます。リハビリを行なうにあたり、血圧、脈拍、体温の上限値などを定めた中止基準を設けています。利用当日、ご利用者様の血圧が高いなどの理由で実施できない場合もありますのでご了承下さい。
相 談	利用者様・ご家族様のご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

(2) サービスの費用

ア. 利用約款または別紙「通所リハビリテーション利用料金表」をご確認下さい。

イ. キャンセル料

欠席の場合に利用日前日の 17 時までに連絡がなかった場合はキャンセル料として 500 円請求させていただきます。

ただし、利用者様の病状の急変など緊急やむを得ない事情がある場合で、当日朝 8:30～8:45（自家送迎の方は 8:30～9:00、午後からご利用の方は 8:30～12:00）までにご連絡いただければキャンセル料は不要です。

3. お支払方法

- ・毎月 15 日前後に前月分の請求書を発行いたしますので、月末までにお支払下さい。
- ・お支払いいただきますと領収書を発行致します。原則として領収書は再発行致しませんので大切に保管して下さい。
- ・お支払の方法は、お引き落とし又はお振込となります。契約時にどちらかお選び下さい。変更する場合は相談員にお申出下さい。

4. サービスの終了

(1) 利用者様の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する一週間前までにお申し出下さい。

(2) 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございます。

(3) 自動終了

ア. 介護保険施設にご入所された場合

イ. 要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合

ウ. お亡くなりになられた場合

(4) その他

- ア. 当事業所が、正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様・ご家族様に対して社会的通念を逸脱する行為を行なった場合、または当法人が破産した場合、利用者様は文書で解約を通知することによって即座に、サービスを終了することができます。
- イ. 利用者様がサービス利用料金の支払を 1 ヶ月分以上滞納し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず 14 日以内に支払がなされない場合、利用者様が正当な理由無くサービスの中止を繰り返した場合、利用者様が病気・入院・自己都合等により一ヶ月以上に渡ってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合（再度利用を希望する場合には新たにお申込みが必要となります）、利用者様・ご家族様などが当法人やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行なった場合は文書で通知することにより即座に契約を終了させていただく場合がございます。

5. 当事業所の特色

(1) 運営方針

加齢や障害により身体機能が低下した高齢者が、住み慣れた地域や自宅での生活を続けることができるよう、理学療法中心のリハビリを軸にした運営を行います。

(2) サービスご利用にあたっての留意事項

ア. 欠席のご連絡は前日 17 時までにお問い合わせ致します。

ご連絡の方法は、お電話（必ずフルネームで）、または連絡帳に記載してご連絡いただくようお願い致します。（ケアマネージャーに連絡された場合にも、必ず施設にご連絡いただきますようお願い致します。）

イ. 一週間以上ご入院された場合には、お体の状態を確認させていただき、新たに診療情報提供書の提出をお願いする場合があります。

ウ. 体調不良の場合は無理せずお休みいただきますようお願い致します。当施設は医療機関ではございませんので加療はできません。緊急時を除きご利用中に体調が悪くなられた場合には、ご家族様にお迎えに来ていただくようお願いすることがあります。

エ. 金銭・貴重品のお持込は原則禁止させていただきます。やむを得ない事由によりお持込みになる際には自己管理にてお願いいたします。

オ. 携帯電話のご利用は正面玄関ホールのみでお願いいたします。

カ. 食べ物のお持込はお断りさせていただきます。

キ. 危険物のお持込はお断りさせていただきます。

ク. 施設内は全館禁煙となっております。

ケ. 施設内での利用者様同士の物品のやりとり、金品の貸し借りはトラブルの原因となりますので禁止させていただきます。

コ. 利用の回数について、より多くの方に利用していただく為上限を設けさせていただきます。介護 1～5 の方は週 3 回、要支援 1 の方は週 1 回、要支援 2 の方は週 2 回までとさせていただきますので予めご了承ください。

サ. 職員への御心付け等は固くお断りしておりますのでご理解とご協力をお願いします。

シ. 介護保険の更新時には、必ず新しい介護保険証の提示をお願いします。

※ 認定の有効期間が終了し、かつ新しい介護保険証の提出がない場合、その期間のご利用についてご相談させていただく場合がございます。

6. 非常災害対策

別途定める施設の消防計画に則り対応を行ないます。

防災設備	スプリンクラー、消火器、屋内消火栓、誘導灯、防火扉、消火栓
防災訓練	消防計画に則り年 2 回実施

7. サービスに対する苦情 <相談窓口>

担当者	田山 豪（支援相談員）
電話番号	0422-70-0700
苦情箱	正面玄関ホール・デイルームに設置

※上記の他、各区市町村・東京都国民健康保険団体連合会にも苦情申し立て窓口があります。

8. 当事業所母体組織の概要

事業所名	医療法人社団永寿会 三鷹中央病院
住所	東京都三鷹市上連雀 5-23-10
代表者名	理事長 吉田 正一

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族など）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡致します。

<緊急時連絡先等>

家 族 等	①	氏 名	(続柄)
		住 所	
		電 話	
	②	氏 名	(続柄)
		住 所	
		電 話	
主 治 医 ・ 病 院	病 院 名		
	主 治 医		
	住 所		
	電 話		
居 宅 介 護 支 援 事 業 所	事 業 所 名		
	担 当 者 名		
	住 所		
	電 話		

当事業所は重要事項説明書に基づいて通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業所名 医療法人社団永寿会 介護老人保健施設
三鷹中央リハケアセンター
住 所 東京都三鷹市下連雀9-2-7
事業所番号 1357081417

説明者名 _____ 印

私は重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、内容を確認致しました。

利 用 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

代 理 人 住 所 _____
(選任した場合)
氏 名 _____ 印