

タムス介護医療院 川口  
重要事項説明書

当施設は介護保険の許可を受けています。  
介護医療院（Ⅱ型）：第 11B0200041 号

医療法人社団 桐和会

1. 施設経営法人

A230601

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | 医療法人社団 桐和会      |
| (2) 法人所在地 | 東京都江戸川区篠崎町2-7-1 |
| (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  | 平成5年12月22日      |

## 2. ご利用施設の概要

|              |                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 施設の種類    | 介護医療院<br>令和5年6月1日                                                                                                                                                                                        |
| (2) 施設の目的    | 当施設は、要介護状態と認定された利用者（以下「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて、医学的管理下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる介護医療院のサービスを提供することを目的とした施設です。                               |
| (3) 施設の名称    | タムス介護医療院 川口                                                                                                                                                                                              |
| (4) 施設の概要    | 鉄筋コンクリート造 地上3階地下1階建<br>(延床面積7349.59㎡)                                                                                                                                                                    |
| (5) 施設所在地    | 埼玉県川口市西新井宿923-1                                                                                                                                                                                          |
| (6) 電話番号     | 048-286-3300                                                                                                                                                                                             |
| (7) F A X 番号 | 048-286-3301                                                                                                                                                                                             |
| (8) 管理者      | 佐野 淑江                                                                                                                                                                                                    |
| (9) 運営の方針    | 施設では、介護医療院が地域の中核施設となるべく居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において総合的サービス提供を受けることができるように努めます。サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし利用者又はその家族（代理人）に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するように努めます。 |
| (10) 開設年月    | 令和5年6月1日                                                                                                                                                                                                 |
| (11) 利用定員    | 150名                                                                                                                                                                                                     |
| (12) 併設事業    | 当施設では、次の事業を併設して実施しています。<br>短期入所療養介護<br>通所リハビリテーション                                                                                                                                                       |

### 3. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

| 名称                 | 種類   | 室数   | 設備                                         |
|--------------------|------|------|--------------------------------------------|
| 療養室                | 個室   | 58 室 | (個室内訳)                                     |
|                    | 4 人室 | 23 室 | 従来型 18 室 ユニット型 40 室<br>洗面台、介護用ベッド、収納家具、床頭台 |
| 食堂                 |      | 7 か所 | 洗面台、食卓テーブル、椅子、テレビ                          |
| 機能訓練室              |      |      | リハビリ機器                                     |
| 談話・<br>レクリエーションルーム |      | 7 か所 | ソファ、テーブル                                   |
| 診察室 処置室            |      | 1 室  | 診察台、診察・処置に必要な機器類                           |
| 薬剤室・検査室            |      | 1 室  | 薬品庫                                        |
| レントゲン室             |      | 1 室  | レントゲン撮影機                                   |
| 浴室                 | 個浴   | 8 室  | 個浴槽、脱衣室                                    |
|                    | 機械浴  | 2 室  | 機械浴槽、脱衣室                                   |

※利用者及び身元引受人から居室の変更希望があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。又、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者や家族（代理人）と協議の上で決定するものとします。

### 4. 職員の配置状況

#### (1) 主な職員の配置状況

(※職員の配置については、常勤換算方法での数値を記載しており、指定基準を満たしています。)

| 職種                | 員数       |
|-------------------|----------|
| 管理者               | 1 人      |
| 医師                | 1.5 人以上  |
| 薬剤師               | 0.5 人以上  |
| 看護職員              | 25 人以上   |
| 介護職員              | 37.5 人以上 |
| 放射線技師             | 0.1 人以上  |
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | 1 人以上    |

|         |      |
|---------|------|
| 介護支援専門員 | 2人以上 |
| 事務員     | 1人以上 |

(2) 勤務体制

日 勤 : 8 : 45 ~ 17 : 45  
 早 番 : 7 : 30 ~ 16 : 30  
 遅 番 : 10 : 30 ~ 19 : 30  
 夜 勤 : 17 : 00 ~ 翌 10 : 00

※ 上記の時刻は、業務都合により所定労働時間の範囲内で職場の全部または一部において変更する場合があります。

5. 当施設が提供するサービス

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 施設サービス計画の立案

施設サービスを提供するにあたっては、職員の協議によって「施設サービス計画」を作成し、それに基づいて介護サービスを提供いたします。その際、利用者及び家族（代理人）の意向を充分に取り入れ、又、計画の実施については、その内容を説明し、同意を得ることとします。

(2) 医療・看護

医師・薬剤師・看護職員により、適切な医療看護サービスを提供します。

(3) 介護

施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護及び日常生活上の世話をを行います。

(4) リハビリテーション

個々の利用者の状態に合わせたリハビリテーションを実施します。原則として機能訓練スペースで行いますが、当施設内における生活全般が機能訓練「生活リハビリ」という理念のもとリハビリテーションを提供します。

(5) 食事

食事は、次の時間から配膳を開始します。原則として各フロアの食堂にて召し上がって頂きますが、利用者の心身の状況に応じて、居室でお召し上がり頂く場合もあります。

朝 食 7 : 30      昼 食 12 : 00      夕 食 17 : 30      おやつ 15 : 00

(6) 入浴

週に最低2回ご利用頂きます。但し、利用者の身体状況に応じて清拭を行います。

(7) 行政手続きの代行

要介護認定の更新申請・区分変更申請等介護保険に関わる諸手続きを代行します。

(8) 介護支援専門員

介護支援専門員が、療養上の悩みについての相談や、介護保険その他の法令に則った制度についてのご相談に応じます。

6. サービス提供における事業者の責務

当施設は、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利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、利用者から聴取・確認します。

- ③利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④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、利用者又は身元引受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。
- ⑤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、身元引受人、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。
- ⑥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又は身元引受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

利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事、居住費等に係る自己負担額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度や所得に応じて異なります。）

### （1）施設サービス費

別途資料（料金表）参照。

### （2）加算

別途資料（料金表）参照。

### （3）居住費・食費

別途資料（料金表）参照。

※利用者負担金の減額には事前に「介護保険負担限度額認定証」の提示が必要です。

・イベント等で外食した場合の食事・おやつ・飲み物等の費用は、実費をご負担頂きます。

### （4）その他費用（実費負担）

別途資料（料金表）参照。

※その他費用（実費負担）については、利用者又は身元引受人の同意のもと、個別に提供させて頂くものであり、全ての利用者に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではありません。

#### ※医療費負担

施設外医療機関で診察等を受けた場合の費用、インフルエンザ等の予防接種費用

#### ※その他利用者が日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等、日常生活に要する費用で、利用者にご負担頂くことが適当であるものにかかる費用については実費をご負担頂きます。

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更する事由について、変更を行う 1 ヶ月前までに説明します。

### （5）利用料金のお支払方法

前記（1）から（4）の料金を月末締めで算定し、翌月中旬に「ご請求書」を送付致します。請求月の 28 日（休日の場合、翌営業日）のお支払いとなります（自動引き落とし）。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。お支払完了月の翌月の中旬までに領収書を発行させていただきます。

退所月に関して、退所日までの前記（1）から（4）の料金を日割りで算定し、翌月の中旬に

「ご請求書」を送付いたします。

但し、自動引き落とし手続き期間中は請求月 28 日までに以下の指定口座にお振込みください。

|      |   |       |      |    |               |
|------|---|-------|------|----|---------------|
| 指定口座 | : | りそな銀行 | 小岩支店 | 普通 | 1 6 8 4 8 3 5 |
|------|---|-------|------|----|---------------|

## 8. 利用中の医療の提供

介護医療院では困難な医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。又、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。)

### (1) 協力医療機関

|           |            |
|-----------|------------|
| 医療法人社団桐和会 | タムスさくら病院川口 |
|-----------|------------|

### (2) 協力歯科医療機関

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| 医療法人社団さくら | 六町駅歯科クリニック (歯科・訪問診療) |
|-----------|----------------------|

## 9. 施設を退所していただく場合 (契約の終了について)

当施設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、当施設との契約は終了し、利用者へ退所して頂くことになります。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>② 要介護認定により利用者の心身の状態が自立又は要支援と判定された場合</li><li>② 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介護医療院を閉鎖した場合</li><li>③ 施設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</li><li>④ 当施設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</li><li>⑤ 利用者から退所の申し出があった場合 (詳細は以下をご参照ください)</li><li>⑥ 事業者から退所の申し出が行なった場合 (詳細は以下をご参照ください)</li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### (1) 利用者からの退所の申し出 (中途解約・契約解除)

契約の有効期間中であっても、利用者から当施設へ退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する 30 日前までにお申し出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し施設を退所することができます。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>② 利用者が入院された場合</li><li>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介護医療院サービスを実施しない場合</li><li>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</li><li>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</li><li>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</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### (2) 事業者からの申し出により退所して頂く場合 (契約解除)

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所して頂くことがあります。

- |                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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、又は不実の告知を行い、その結果本契約が継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</li><li>② 利用者によるサービス利用料金のお支払いが本契約に定める利用料金を 2 か月分滞納し、支払いの督促をしたのにもかかわらず、3 か月目の請求書発行日までに支払いが無い場合</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 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若しくは他の利用者等の生命・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利用者が病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合
- ⑤利用者が他の介護施設等に入所した場合若しくは医療機関等に入院した場合

#### 10. 身元引受人及び連帯保証人

利用者が死亡した場合、その他契約が終了した場合に速やかに、ご遺体及び残置物（居室内に残置する日用品や身の回りの品等であり、高価品は除く）の引取りなど必要な処理を行うこととします。契約に基づく契約者の施設に対するサービス利用料金など経済的な債務（極度額は2,000,000円）につき、契約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、身元引受人及び連帯保証人にその旨連絡するものとします。

#### 11. 苦情の受付について

##### (1) 当施設における苦情の受付

当施設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 : 介護支援専門員  
苦情解決責任者 : 事務長

○受付時間 月曜日～金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日除く）  
午前9時から午後5時（電話：048-286-3300）

又、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

##### (2) 第三者委員 藍澤 大輔（電話：080-8815-4870）

黒坂 振一郎（電話：080-8865-1409）

##### (3) その他

当施設以外にも市役所、国民健康保険団体連合会等でも苦情相談を受付けています。

○市区町村 : 川口市役所介護保険課

電話 : 048-259-7293

○国保連 : 埼玉県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口

電話 : 048-824-2568

#### 12. 施設利用上の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

##### (1) 日常生活用品以外の持ち込みの制限等について

①当施設入所にあたり、危険物等は原則として持ち込むことはできません。なお、持ち込み希望電化製品につきましては事前にご相談ください。

各居室には、次の家電製品は持ち込み禁止です。

1) 電子レンジ 2) オーブントースター 3) 電気ストーブ 4) 電気毛布 5) 冷蔵庫 等

テレビ・ラジオ等の持ち込みは可能です。但し、音量等で他の利用者に迷惑を及ぼす場合には、ご遠慮いただく場合がございます。

- ②当施設の飲食の持ち込みは原則禁止です。医師・看護職員・管理栄養士（栄養士）が、利用者の栄養指導や健康管理を行っています。個人の身体状態等によってカロリー制限等の管理や摂取飲食物が制限されていることがあり、お持ちになる場合は事前にご相談ください。  
なお、食中毒を発生させる生ものや、お餅やゼリー食品など喉に詰まる可能性のある食べ物の持ち込みは厳禁です。また、他の入所者に飲食物を配ることを禁止しています。
- ③施設内へ金銭及び貴重品の持ち込みは禁止となっております。やむを得ず施設内へ持ち込まれた場合の紛失、破損等は一切の責任を負いかねます。また金銭及び貴重品のお預かりは行っておりません。

## （２）面会

面会時間 午前 9 時 30 分から午後 4 時まで（来訪者は都度、面会票をご記入ください。）  
※感染症の発生等により、面会を中止したり、時間や場所を変更する場合があります。

## （３）外出・外泊

外出・外泊される場合は、事前にお申し出ください。

## （４）施設・設備の使用上の注意

- ①居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用してください。
- ②故意に又は注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備、居室の家具や備品を壊したり、汚したりした場合、トイレを詰まらせた場合には、利用者の自己負担により原状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払い頂く場合があります。
- ③利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、利用者のプライバシー等の保護について十分配慮します。
- ④当施設の職員や他の利用者や来訪者に対し、迷惑を及ぼすような行為又は宗教活動、政治活動、署名運動や営利活動は行うことができません。

## （５）喫煙

敷地内は全面禁煙となります。

## 1 3．事故発生時の対応

当施設において利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、身元引受人に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。又、事故の状況及び事故に際して取った処置を記録します。

当施設において、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。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。利用者間に発生した損害等については、原則、利用者間でその損害を補償して頂きます。但し、その損害の発生について、利用者の心身の状況を鑑みて円満に解決して頂くよう事業者が介入する場合があります。

介護医療院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。

年 月 日

医療法人社団桐和会 タムス介護医療院 川口

説明者 職 名 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

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、介護医療院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 氏 名 \_\_\_\_\_

申 込 者 氏 名 \_\_\_\_\_

利用者との関係（ \_\_\_\_\_ ）