

# 通所リハビリテーション契約書（重要事項説明書）

No. 1

## 第1条 契約書の目的

通所リハビリテーション デイケアセンターうつのみやは要支援状態又は要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅でその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るように、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を提供し一方、利用者及び身元引受人（又は保証人）は当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払う事について取り決める事を、この契約書の目的とします。

## 第2条 適用期間

本契約は、利用者が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利用契約書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、身元引受人（又は保証人）に変更があった場合は、新たに契約を得る事とします。

- 2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約書、別紙1及び別紙2の改定が行われな限り、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当施設の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を利用できるものとする。

## 第3条 利用者からの解除

利用者及び身元引受人（又は保証人）は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本契約書に基づく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利用を解除・終了する事が出来ます。尚、この場合利用者及び身元引受人（又は保証人）は速やかに、当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由無く、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実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用頂いた当施設にお支払い頂きます。

## 第4条 当施設からの解除

当施設は利用者及び身元引受人に対し次に掲げる場合には、本契約に基づく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利用を解除・終了する事が出来ます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画で定められた当該利用時間を超える場合
- ③ 利用者及び身元引き受け人が、本契約に定める利用料金を2ヶ月以上滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な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サービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者が当施設の職員又は他利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の責任行為又は反社会行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により、当施設を利用する事が出来ない場合

**第5条 利用料金**

当施設に対し本契約に基づく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サービスの対価として、別紙1の利用単科ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計金額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

- 2 当施設は、利用者及び身元引受人（又は保証人）が指定する送付先に対し、前月料金合計額の請求・明細書を毎月12日までに送付し、利用者及び身元引受人（又は保証人）は連帯して当施設に対し、当該合計金額をその月の20日までに引き落としとなりますので準備をお願いします。

**第6条 記録**

当施設は、利用者の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提供に関する記録作成し、その記録を利用終了後5年間保管致します。

- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧・謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、その他のもの（利用者の代理人を含みます）これに対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限りこれに応じます。

**第7条 身体拘束**

当施設は原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は施設長が判断し身元引受人（もしくは保証人）の同意を得た上で身体拘束・その他利用者の行動を制限する行為を行う事があります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載します。

**第8条 個人情報保護**

利用者の個人情報保護については、当施設の個人情報保護方針、個人情報に関する規程等のほか関係法令及びその他のガイドラインを遵守する事。また、個人情報の利用目的を明確にし、収集した個人情報については適切な安全管理、措置をします。

**第9条 緊急時の対応**

当施設は利用者に対し、施設医師の医学的判断により診察を行う場合もあります。

- 2 前項の他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サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は利用者及び身元引受人又は保証人が指定する者に対し緊急に連絡します。

**第10条 要望又は苦情等の申し出**

利用者及び身元引受人（又は保証人）は、当施設の提供する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に対しての要望又は苦情等について、担当介護職員に申し出る事が出来ます、又管理者宛の文書、備え付けの用紙で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出る事が出来ます。※別紙1－6に苦情処理の流れ等について記載

**第11条 賠償責任**

利用者及び身元引受人やそのご家族が、故意又は過失によって、施設設備や備品等に損害を与えたり、無断で備品の形状を変えた時には、その損害について弁償して頂く事があります。

この契約に定められていない事項は、介護保険法令、その他書諸法令に定める所により、当施設が誠意を持って協議して定める事とします。

## 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について 別紙1

### 1、介護保険証の確認

申し込み時や更新時に、ご利用者の介護保険証・健康手帳・医療保険証・老人医療受給者証などを確認させていただきます。

### 2、通所リハビリテーションについての概要

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については、要介護者及び要支援者の家族等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用頂き理学療法などその他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するに当たっては、利用者に関わる医師及び理学療法士などその他専ら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提供に当たる従事者の協議によって、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計画が作成されますが、その際利用者やご家族身元引き受け人などの希望を十分取り入れ、計画内容について説明同意をお願いします。

### 3、営業日と営業時間

営業日 月曜～土曜 ※休みは年末年始（12/31～1/3）とお盆（8/13～15）です。

営業時間 午前8時30分～午後5時30分

※提供時間（通常のサービス提供時間は午前8時45分～午後4時26分とする）  
は延長利用などが可能ですのでご希望の時はご相談下さい。

### 4、利用料金

#### （1）基本料金

①施設利用料：介護保険制度では、要介護認定による要介護度の程度によって利用料が異なります。下記料金は自己負担分（1割負担の場合）について表示しています。

※2割・3割の方は別紙参照下さい。

### 5、お持ちいただく物

- ・お昼の薬（必要な服薬がある場合のみ）、歯ブラシ、歯磨き粉
- ・連絡ノート（初日の利用日にこちらからお渡しします）
- ・入浴時の着替えとそれを入れるビニール袋（タオル等は必要ありません）
- ・替えの紙パンツ、オムツ等（当デイケアにも用意していますが有料となります）

### 6、苦情申し立て窓口等について

ご利用頂くサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情などがございましたら、担当職員や相談窓口：福井・藤川へ（電話63-2515）お気軽にご相談ください。

苦情処理の流れ：①上記担当者が申立てられた方及び関係者に状況確認実施→

②院内にて検討会議実施→③改善等につき回答→④改善・実施→⑤定期評価による確認  
サービスに関する他の苦情・相談窓口

- ・佐賀県国民健康保険団体連合会介護保険係（苦情処理）（電話0952-26-1477）

- ・ 住所地の住民福祉課、唐津市保健福祉部介護保険課 （電話 0955-70-0101）

## 7、その他

- ・ 当日お休みされる場合は早めにご連絡下さい。（午前 8 時にはスタッフがいます）
- ・ 道路状況などにより定時に送迎出来ない場合（10 分前後）がありますのでご了承下さい。
- ・ 必要のない現金等貴重品は管理出来ませんので持ってこないで下さい。又、職員へ管理依頼なく紛失された場合は責任を負いかねますのでご注意下さい。
- ・ デイケア利用中に利用者様同士の物のやりとりは禁止しています。
- ・ デイケア利用が 2 ヶ月以上ない場合は、協議のもと利用を検討させていただきます。
- ・ ご利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状等が原因となり、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。このことは、ご自宅などでも起こりうることでありますので十分ご注意頂きますようお願い申し上げます。なお、説明でわからない事があれば遠慮なくお尋ね下さい。（高齢者の特徴に関して）

- ☐ 歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 当法人は、原則としてご本人の身体拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- ☐ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ☐ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ☐ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ☐ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当病院配置医師の判断で緊急に急性期病院へ搬送を行う事があります。

### （ご家族の皆様へ）

- ☐ 上記の危険が伴うご利用者様の中には、職員等への遠慮からご自身でトイレに行こうとされたり、ひとりで歩行や起床などをされる方がいらっしゃいますが、遠慮せずに職員等をお呼びようにご家族様からもお伝えください。
- ☐ 転倒・転落のリスクの高いご利用者には見守り歩行、手引き歩行を実施するよう努めています。
- ☐ 誤嚥・誤飲・窒息のリスクの高いご利用者の食事介助には経験のある介助者が実施し、医師や言語聴覚士等の指導のもと専門知識・技術の習得に努めています。
- ☐ 緊急と判断し、救急搬送にて急性期病院を受診する場合、幸いにして軽症である場合もありますが、現場判断は救命を最優先としていますので、予めご了承ください

## 利用料金表

### 介護予防通所リハビリテーション費（要支援者）

★介護保険外（実費）

|              |          |                     |          |
|--------------|----------|---------------------|----------|
| 要支援 1        | 2,268円/月 | 要支援 2               | 4,228円/月 |
| 提供体制強化加算Ⅰ（Ⅰ） | 88円/月    | 提供体制強化加算Ⅰ（Ⅱ）        | 176円/月   |
| 口腔機能向上加算     | 160円/月   | 栄養改善加算              | 200円/月   |
|              |          | 生活行為向上リハビリ実施加算 6月以内 | 562円/月   |
|              |          | 科学的介護推進加算           | 40円/月    |
|              |          | ★食費（1日）             | 600円/日   |

※選択のサービス複数実施加算 口腔機能向上、栄養改善サービス 480 単位/月

※介護職員処遇改善加算Ⅲ

### 通所リハビリテーション費（要介護者）

利用時間 7 時間以上～8 時間未満

★介護保険外（実費）

|                    |          |                 |          |
|--------------------|----------|-----------------|----------|
| 要介護 1              | 762円/日   | 要介護 2           | 903円/日   |
| 要介護 3              | 1,046円/日 | 要介護 4           | 1,215円/日 |
| 要介護 5              | 1,379円/日 | リハビリ提供体制強化加算    | 28円/日    |
| 科学的介護推進体制加算        | 40円/月    | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22円/日    |
|                    |          | 生活行為向上リハビリ実施加算  | 1,250円/月 |
|                    |          | 入浴介助加算（Ⅰ）       | 40円/日    |
| リハビリマシント加算 Ⅰ（6月以内） | 593円/月   | 栄養マシント加算        | 200円/回   |
| リハビリマシント加算 Ⅱ（6月超）  | 273円/月   | 口腔機能向上加算（Ⅱ）     | 160円/回   |
| 短期集中個別リハビリ実施加算     | 110円/日   | 移行支援加算          | 12円/日    |
| 送迎を行わない場合（片道）      | －47円/日   | ★食事（1日）         | 600円/日   |

※重度療養管理加算 要介護 3 又は 4 又は 5 で、手厚い医療が必要な方は 100 単位/日

※介護職員処遇改善加算Ⅲ

利用時間 6 時間以上～7 時間未満

|         |          |              |          |
|---------|----------|--------------|----------|
| 要介護 1   | 715円/日   | 要介護 2        | 850円/日   |
| 要介護 3   | 981円/日   | 要介護 4        | 1,137円/日 |
| 要介護 5   | 1,290円/日 | リハビリ提供体制強化加算 | 24円/日    |
| 以下 上記同様 |          |              |          |

利用時間 5 時間以上～6 時間未満

|         |          |              |        |
|---------|----------|--------------|--------|
| 要介護 1   | 622円/日   | 要介護 2        | 738円/日 |
| 要介護 3   | 852円/日   | 要介護 4        | 987円/日 |
| 要介護 5   | 1,120円/日 | リハビリ提供体制強化加算 | 20円/日  |
| 以下 上記同様 |          |              |        |

#### 利用時間 4 時間以上～ 5 時間未満

|         |        |              |        |
|---------|--------|--------------|--------|
| 要介護 1   | 553円/日 | 要介護 2        | 642円/日 |
| 要介護 3   | 730円/日 | 要介護 4        | 844円/日 |
| 要介護 5   | 957円/日 | リハビリ提供体制強化加算 | 16円/日  |
| 以下 上記同様 |        |              |        |

#### 利用時間 3 時間以上～ 4 時間未満

|         |        |              |        |
|---------|--------|--------------|--------|
| 要介護 1   | 486円/日 | 要介護 2        | 565円/日 |
| 要介護 3   | 643円/日 | 要介護 4        | 743円/日 |
| 要介護 5   | 842円/日 | リハビリ提供体制強化加算 | 12円/日  |
| 以下 上記同様 |        |              |        |

#### 利用時間 2 時間以上～ 3 時間未満

|         |        |       |        |
|---------|--------|-------|--------|
| 要介護 1   | 383円/日 | 要介護 2 | 439円/日 |
| 要介護 3   | 498円/日 | 要介護 4 | 555円/日 |
| 要介護 5   | 612円/日 |       |        |
| 以下 上記同様 |        |       |        |

#### 利用時間 1 時間以上～ 2 時間未満

|         |        |             |        |
|---------|--------|-------------|--------|
| 要介護 1   | 369円/日 | 要介護 2       | 398円/日 |
| 要介護 3   | 429円/日 | 要介護 4       | 458円/日 |
| 要介護 5   | 491円/日 | 理学療法士体制強化加算 | 30円/日  |
| 以下 上記同様 |        |             |        |

※2 割負担、3 割負担の方は上記金額の 2 倍、3 倍の額になります。

通所型サービス C における費用額及び利用者負担額は次のとおりとする。

(1) 事業における費用額

1 回あたり ¥ 5, 1 7 8 - ( 1 回あたりの委託額 ¥ 4, 8 7 8 - )

(1) 利用者負担額

1 回あたり ¥ 3 0 0 -

※福祉サービス 第三者評価の実施なし

#### 介護保険外での利用料金

利用料 3000 円 + 食事代 600 円 = 3, 600 円

オヤツのみの場合 70 円/日

#### お支払い方法

毎月 1 2 日頃までに、先月分の請求書を発行致しますので、その月の 2 0 日までに契約口座に準備を御願い致します。後日、領収書を発行致します。

銀行口座引き落とし手数料は利用者様のご負担になります。

## 施設の職員体制

|              |          |
|--------------|----------|
| 医 師          | 1 名（専 任） |
| 理学療法士又は作業療法士 | 2 名以上    |
| 言語聴覚士／管理栄養士  | 必要数      |
| 看護職員         | 1 名以上    |
| 介護職員         | 6 名以上    |
| その他職員        | 必要数      |

作成日 H21 4.1

改訂日 R6 6.1