

(介護予防)通所リハビリテーション 別紙契約書 兼 重要事項説明書

I、事業者の概要

事業者名称	新潟医療生活協同組合
事業者所在地	新潟県新潟市東区竹尾4-13-3
代表者	鈴木 克夫
電話/FAX 番号	025-273-2151 / 025-273-8360

II、ご利用事業所の概要

施設名称	新潟医療生活協同組合 通所リハビリテーションなじょも
施設所在地	新潟県新潟市東区上木戸5-2-1なじょも1号館2階
管理者	須永 隆夫
電話/FAX 番号	025-278-8433 / 025-278-8435
事業所番号	1510125980

III、事業の目的と運営の方針

事業目的	要介護又は要支援状態にある利用者に対し、その有する能力に応じ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こと、および安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所リハビリテーションサービスを提供することを目的とします。
運営方針	利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活をその居宅において営むことができるよう、理学療法等必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を行うよう努めます。

IV、提供するサービスの概要

居宅介護支援事業者の作成する居宅サービス計画と、事業者が作成する通所リハビリテーション計画書に従い、理学療法その他のリハビリテーションサービスを提供し、心身の機能の維持、回復の援助をいたします。サービスの提供については、医師の指示に基づき行います。医師から指示を受け、通所リハビリテーション計画書及び（介護予防）通所リハビリテーション報告書を作成し、これらを医師、居宅介護支援事業者に提出します。

V、営業日及び利用定員、職員体制

営業日及び休業日	月曜日から金曜日まで ※祝日は営業あり 土・日曜日、年末年始12月30日午後～1月3日は休業
営業時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間	9時15分～11時30分/13時00分～15時15分
利用定員	1日48名（午前24名、午後24名）
職員体制	（1）管理者兼医師 1人（資格：医師） （2）理学療法士 2人 （3）介護職員 4人

VI、利用者負担金

介護保険の給付サービスを利用する場合、原則として料金は総単位数に地域区分加算を乗じた額の利用者負担割合に応じた金額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

① 通所リハビリテーションの利用料（通常規模型）

【基本部分】

1 回あたり	利用者の要介護度	基本料金（単位数）	円換算（10割）
通常規模型 病院又は 診療所の場合 2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	3 8 3 単位	3, 8 9 5 円
	要介護 2	4 3 9 単位	4, 4 6 4 円
	要介護 3	4 9 8 単位	5, 0 6 4 円
	要介護 4	5 5 5 単位	5, 6 4 4 円
	要介護 5	6 1 2 単位	6, 2 2 4 円

【加算】

加算の種類	加算の要件	加算単位数	円換算(10割)
リハビリテーション マネジメント加算 (ロ)	医師・理学療法士等と協同して継続的にリハビリテーションの質を管理した場合	6 か月以内 5 9 3 単位/月	6, 0 3 0 円
		6 か月超 2 7 3 単位/月	2, 7 7 6 円
サービス提供体制強化加算 I	厚生労働大臣が定める基準に適合していると県に届けた場合	2 2 単位/回	2 2 3 円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合	4 0 単位/月	4 0 6 円
退院時共同指導加算	医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合	6 0 0 単位	6, 1 0 2 円
介護職員等処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場合 ※区分支給限度額の算定対象外	1 月の利用料金の 8. 6 % (基本料金+各種加算減算)	

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算単位	円換算(10割)
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する利用者	－ 9 4 単位	－ 9 5 5 円
送迎減算	送迎を行わない場合（片道につき）	－ 4 7 単位	－ 4 7 7 円

② 介護予防通所リハビリテーションの利用料（通常規模型）

【基本部分】

1 月につき	利用者の要介護度	基本料金（単位数）	円換算（10割）
介護予防通所リハビリテーション費	要支援 1	2, 2 6 8 単位	2 3, 0 6 5 円
	要支援 2	4, 2 2 8 単位	4 2, 9 9 8 円

【加算】

加算の種類	加算の要件	加算単位数	円換算(10割)
サービス提供体制強化加算 I	厚生労働大臣が定める基準に適合していると県に届けた場合	要支援 1 8 8 単位/月	8 9 4 円
		要支援 2 1 7 6 単位/月	1, 7 8 9 円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合	4 0 単位/月	4 0 6 円
退院時共同指導加算	医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合	6 0 0 単位	6, 1 0 2 円
介護職員等処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場合 ※区分支給限度額の算定対象外	1 月の利用料金の 8. 6 % (基本料金+各種加算減算)	

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	利用者の介護度	減算単位	円換算（10割）
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する利用者	要支援1	－376単位/月	－3,823円
		要支援2	－752単位/月	－7,647円
利用開始月から1年超え	要件を満たさない場合	要支援1	－120単位/月	－1,220円
		要支援2	－240単位/月	－2,440円

【①、②共通事項】

※1単位＝10.17円、円換算の金額は10割の表示金額です。

※自己負担額は「介護保険負担割合証」における負担割合によって変わります。

※おむつ代や利用者希望による日常生活費は実費を頂きます。

Ⅶ、相談及び苦情の窓口

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受け付けます。

相談窓口	相談場所：通所リハビリテーションなじも 電話番号：025-278-8433 開設時間：9：00～17：15（土日は休業しております） 担当職員：坂上 千絵（管理者代理 理学療法士）
------	---

Ⅷ、事故発生時の対応および急変時や大規模災害の対応方法

- ① 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（身元引受人）、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。サービス提供の送迎時に事故が発生した場合も同様の対応を行うものとしします。
- ② 利用者の病状に急変が起きた場合や事故等が発生した場合は、必要に応じて臨時の応急手当を行い、緊急車両の要請を行います。また、家族等緊急連絡先に連絡を行います。
- ③ 大規模災害が発生した場合は、安全の確認が取れるまでは事業所内で待機、もしくは指定の避難所（木戸中学校）へ避難します。事業所での送迎が不可能な場合、家族に避難所までお迎えに来ていただく場合がありますのでご了承ください。

Ⅸサービスのご利用にあたりご注意いただきたいこと

- ① 発熱など体調が優れない時は、ご利用を控えていただいております。急変時以外の体調不良が原因で早退される場合、家族に送迎をお願いする場合がありますのでご了承ください。
- ② 金銭の取り扱いはできません。お荷物等の管理は自己責任でお願いいたします。
- ③ （介護予防）通所リハビリテーション契約書の第7条1項の1における「著しい不信行為」とは、暴力・暴言、セクシャルハラスメント等以外に料金の支払いがしばしば遅れる、嘘や根拠のない噂を立てる、職員の制止を無視する等して勝手な行動をする等、信頼関係を維持する事が困難になる行為であり、「著しい身体機能の低下、または認知症の悪化等」とは、歩行や日常生活動作において常に職員の介助が必要となった状態の事を指します。これらに該当した場合、契約書第7条1項に基づいてこの契約を解約いたします。
- ④ 通所リハビリテーションの必要がなくなったときや、居宅サービス計画と私共が作成する通所リハビリテーション計画書における目標が達成できた場合、もしくは身体機能・日常生活の評価において、改善もしくは維持ができた場合は（介護予防）通所リハビリテーション契約書の第8条に関係なく、利用者もしくはその家族の同意を得て、サービス提供を終了いたします。

- ⑤ 当日お伺いしたにもかかわらず、利用者の都合によりキャンセルされた場合は基本利用料（10割）を頂きます。キャンセルについては、ご利用予定日の前日までにご連絡ください。前日までにご連絡頂けた場合、料金は発生いたしません。また、当日の急な疾病、その他やむを得ない事情によりキャンセルされた場合も料金は頂きません。
- ⑥ 送迎について、送迎の時間や順番・ルート・座席・車種の選定・同乗者については事業者に一任させていただきます。一回の送迎において複数の利用者を送迎するため、他の利用者と同乗となりますのでご了承ください。また、運転要員の指定する座席に着席していただきます。運転要員は、乗降時、運転中ともに最大の安全への配慮を行い、交通法規を遵守した運転を行います。利用者もシートベルトの着用等、安全運転にご協力をお願いいたします。ドアの開閉は職員が行いますので、お手を触れないようお願いいたします。また、車両への乗降は自力で行うものとしますが、交通安全への配慮から、運転要員は必要最小限の乗降介助については行うものとします。
- ⑦ 送迎範囲は事業所から利用者の自宅前、集合住宅の場合は共用エントランスとなります。路上駐車となりますので、近隣の方のご迷惑にならないよう、送迎車が到着したら速やかにご乗車ください。送迎時間は事前にお伝えいたしますが、道路状況に応じて前後する場合がありますのでご了承ください。送迎時間の変更がある場合は個別にご連絡いたします。また、運転要員として介護の資格を持たない運転手のみで対応となる場合がありますので、その際は玄関出入り等を家族にお手伝いいただく場合がございますのでご了承ください。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記の通り重要事項を説明しました。上記の契約を証するために、本書を2通作成し、利用者、事業者が署名押印の上、保有するものとします。

事業者

住 所 新潟市東区竹尾4丁目13番3号

事業者名 新潟医療生活協同組合

理事長 鈴木 克夫

㊞

私は、事業所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となることについても同意します。

西暦 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

㊞

代理人

住 所

氏 名

㊞