

# 通所リハビリテーション たの（短時間） 利用契約書 及び 重要事項説明書

ご利用者様 様（以下「甲」という）、事業者 医療法人曰 井会 通所リハビリテーション たの（以下「乙」という）の当事者間において、事業者がご利用者様に対して行う通所リハビリテーションサービス及び介護予防通所リハビリテーションサービスについて、次の通り契約します。

## 第1条事業の目的及び運営の方針

### 事業の目的

乙は、介護保険法令の趣旨に従い、甲に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、通所リハビリテーションのサービスを提供することを目的とします。

### 運営の方針

- （1）事業所は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その機能の維持回復を目指し、ご利用者様に応じたサービスの提供ができる体制を整えるものとする。
- （2）サービス提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

## 第2条（契約期間）

この契約の契約期間は、契約締結日から要介護認定の有効期間までとします。

## 第3条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

1. 第2条に基づく、契約期間が満了したとき。
2. 第4条に基づき、甲からの解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
3. 第5条に基づき、乙から解約されたとき。
4. 第6条に基づき、乙から契約の解約の意思表示がなされたとき。
5. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
  - （1）甲の要介護認定区分が自立と認定されたとき。
  - （2）甲が介護保険施設へ入所したとき。  
※但し、入退所を繰り返している場合や、再利用が決定している場合は適応としない。
  - （3）甲が死亡したとき。
  - （4）入院若しくは病気により3ヵ月以上にわたってサービス利用が出来ない状態であることが明らかになった場合

## 第4条（利用者の解約権）

甲は乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合には、7日以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

## 第5条（事業者の解約権）

乙は甲等の著しい不信行為\*により契約を継続することが困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解約することができます。この場合、乙は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者に連絡をします。

※【本契約を継続し難いほどの不信行為とは】

1) パワーハラスメント

ア) 身体的暴力（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

○物を投げつける

○たたく、蹴る、ひっかく、つねる、首を絞める、手を払いのける、強く引っ張る

○服を引きちぎる

○その他、上記に準じると考えられる行為

イ) 精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉によって傷つけたり、貶めたりする行為）

○大声を発する、怒鳴る

○威圧的な態度で文句を言い続ける、気にいらぬ職員に対し批判的言動をする

○刃物をちらつかせる行為や恫喝、脅迫

○理不尽なサービスを要求する

○その他、上記に準じると考えられる行為

2) セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的嫌がらせ行為）

○必要もなく手や腕を触る、抱きしめる

○わいせつな写真などを見せる、卑猥な言動を繰り返す

○職員の住所や電話番号など個人情報を執拗に聞く

○ストーカー行為

○その他、上記に準じると考えられる行為

3) モラルハラスメント

○悪い噂の噂を流布する

○嘲笑する、無視する

○その他、上記に準じると考えられる行為

第6条（利用者負担金の滞納）

1. 甲が正当な理由なく、乙に支払うべき負担金を3ヶ月分以上滞納した場合には、乙は1ヶ月以上の期間を定め、期間満了までにその支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

2. 乙は、前項の催告をしたときは、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者と協議し、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について、必要な調整を行なうよう要請するものとします。

3. 乙は、上記に定める協議等の努力を行ない、かつ第1項に定める期間が満了した場合は、文書によりこの契約を解約することができます。

第7条（契約外条項）

この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他の関係法令を尊重して、利用者と事業者が誠意を持って協議のうえ定めます。

## 第8条（重要事項）

### 1. 事業所の概要

事業所名	通所リハビリテーション たの
指定番号	第3912010745号
所在地	高知県安芸郡田野町1414-1
電話番号	090-9555-0787
FAX 番号	0887-38-5568
管理者	臼井 隆
業務概要	通所リハビリテーション事業 介護予防通所リハビリテーション事業
サービス提供地域	田野町・安田町・北川村・奈半利町・安芸市・室戸市

### 2. 事業所の職員体制（主な職種の配置状況）

職 種	常勤	非常勤	計
管 理 者	1		1
医 師	1以上（兼務）		1以上
理学療法士			
作業療法士		1以上（専従）	1以上（専従）
言語聴覚士			

※職員配置に関して、若干の増減がある場合がありますが、指定をうけている施設基準を下回ることはありません。

### 3. 営業日、営業時間

- (1) 営業日 月曜日～金曜日（12月31日～1月3日は除く）
- (2) 営業時間 午前8時15分～午後5時15分
- (3) サービス提供時間 午前9時00分～午後3時00分  
①9:00～10:30 ②10:40～12:10 ③13:30～15:00

### 4. 利用定員

1日の利用定員は15名とする。

### 5. サービスの内容

- (1) 健康チェック (2) 機能回復訓練 (3) 物理療法 (4) 作業療法 (5) 言語療法
- (6) 日常生活動作訓練・指導 (7) 家庭訪問・指導

### 6. 介護保険給付対象サービス費（介護予防・通所リハビリテーション利用料）

介護保険からの給付サービスを利用される場合のご利用負担額は、市町村から発行される「自己負担割合証」に記載されている割合となります。

但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用につきましては、全額自己負担となります。

※自己負担が2割の方は、下記料金表の金額が2倍、3割の方は3倍となります。自

己負担割合については、市町村から発行される自己負担割合証にてご確認ください。

○介護予防通所リハビリテーション

基本報酬・各種加算	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費 ※医師がリハビリテーションの指示を行い、理学療法士等の他職種が計画・実施し、その見直しや介護の工夫等の情報伝達等を行う等、リハビリの質を管理する。	2268 単位/月	4228 単位/月
長期利用減算 ※利用開始から1年以上経過した場合に、基本報酬から減算	- 120 単位/月	- 240 単位/月
科学的介護推進体制加算（全利用者対象） ※計画書等を作成し、厚生労働省へデータを送信する事でフィードバックを受け、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、ケアの質の向上に繋げていくといった過程で算定する加算。	40 単位/月	

○通所リハビリテーション『通常規模』

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		369 単位/日	398 単位/日	429 単位/日	458 単位/日
通所リハビリテーション費 (1～2時間)	退院時共同支援加算 リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行なったことを評価する加算。			600 単位/回	
	送迎減算 ※送迎を行わないことによる減算			- 47 単位/片道	
	科学的介護推進体制加算（全利用者対象） ※計画書等を作成し、厚生労働省へデータを送信する事でフィードバックを受け、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、ケアの質の向上に繋げていくといった過程で算定する加算。			40 単位/月	

## 7. その他利用料

開示基本料 5,500円 コピー代 22円

## 8. キャンセル

ご利用様がサービスのご利用を中止される場合は、速やかに下記の連絡先までご連絡下さい。

**連絡先 : 090-9555-0787**

ご利用様のご都合でサービスの利用を中止される場合は、できるだけサービス利用前までにご連絡下さい。以降のキャンセルは、次のキャンセル料をいただく事になりますのでご了承下さい。

### 【キャンセル料金】

ご利用の前日午後5時15分までにご連絡 いただいた場合	無 料
ご連絡頂けなかった場合	通所リハビリテーション利用料の10%

## 9. 利用料の支払方法

利用料、その他の 費用の請求	(1) 利用料、その他の費用は利用者負担のあるサービス提供者ごとに計算し、ご利用のあった月の合計金額によりご請求いたします。 (2) <u>請求書は、利用された月の翌月にお渡し</u> いたします。 ご利用のない月はお届けいたしません。
利用料、その他の 費用の支払い方法	(1) 下記のいずれかの方法によりお支払いください。 ① 事業者指定機関の <u>口座振替</u> （毎月26日引き落とし） ※初月のみ現金でお支払い頂く場合があります。 ② <u>現金払い</u> （請求月末日までに） → 集金袋をお渡し致しますので、サービス利用日に持参して下さい。 なるべくお釣りの無いようにご準備下さい。 ※上記が困難な場合は、事業者指定口座への振込も可能です。 (2) お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しいたします。 （平日は当日、土曜日・祝日は翌営業日以降の対応です） お渡ししました領収書は、必ず保管をお願い致します。

### 第9条（緊急時等における対応方法）

事業者は、サービスの提供を行っているときに、ご利用者の状態の急変が生じた場合、その他必要な場合は、ご家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

又、緊急時等の措置について記録を取るものとします。

### 第10条（非常災害対策）

事業者は、非常災害が発生した場合には、医療法人臼井会田野病院の消防計

画に準じて対応します。

#### 第11条（事故発生時の対応）

- (1) 事業所は、サービス提供により事故が発生した場合、ご家族、市町村、ご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、必要時は速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講ずることとします。
- (2) 事故の状況及び事故に際して取った処置について、担当者は『インシデント・アクシデント報告書』により記録を取るとともに、サービス提供責任者が必要と判断した場合には、改善処置により業務の改善を実施する。

#### 第12条（身体拘束廃止に関する事項）

- (1) サービスの提供にあたっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を禁止しています。しかしながら、以下の3つの要件を満たす状態にある場合は、それらの要件等の手続きが慎重に実施されているケースについて必要最低限の身体拘束を行うことがあります。

ア) 切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

イ) 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

ウ) 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

※身体拘束を行う場合には、以上三つの要件を全て満たすことが必要です。その場合には、利用者及び家族に対して説明書を用い、身体拘束の内容・目的・理由・拘束期間・時間帯・場所等を説明する。十分な理解を得られた場合は説明書に説明を受けた旨の記名押印を頂くものとする。

- (2) 身体拘束防止検討委員会を設置し、定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (3) 身体拘束の防止のための指針を整備する。
- (4) 従業者に対して、身体拘束の防止のための研修を定期的実施する。
- (5) 身体拘束の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。

#### 第13条（高齢者虐待防止に関する事項）

ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止検討委員会を設置し、定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対して、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (5) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、市町村へ速やかに報告する。

サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（ご利用者のご家族など高齢者を現

に養護する者)による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

#### 第14条 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情につきましては、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	090-9555-0787
	FAX番号	0887-38-5568
	管理者	臼井 隆
	責任者	松岡 賢也
	対応時間	月曜日～金曜日 8時15分から17時15分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

市町村介護保険相談窓口	各市町村役場の介護保険担当課	
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8409
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	8時30分から17時15分

中芸広域連合介護サービス課	所在地	安芸郡田野町1828-6
	電話番号	0887-32-1165
安芸市民課介護保険班	所在地	安芸市矢ノ丸1-4-40
	電話番号	0887-35-1003
室戸市保健介護課介護保険班	所在地	室戸市領家87
	電話番号	0887-22-5155

#### (3) 苦情に対する措置の概要

事業所は、ご利用者様又はそのご家族様から苦情を受けたときは、担当者は速やかに「インシデント・アクシデント報告書」に記録をする。また、サービス提供責任者が、業務上の改善が必要であると判断した場合には、「是正処置報告書」を作成し、原因の追究・是正処置の提案・是正処置の実施・効果の確認を行う。

#### 第15条 提供するサービスの第三者評価

実施の有無	無
-------	---

(附則) この規程は、令和6年6月1日から施行する