

**(介護予防) 通所リハビリテーション
契約書別紙 (兼重要事項説明書)**

サービスの提供開始にあたり、新潟県条例の規定に基づき、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 新潟慈生会
主たる事務所の所在地	〒950-0217 新潟県新潟市江南区阿賀野 1-2-2
代表者（職名・氏名）	理事長 井上 隆二
設立年月日	平成7年4月3日
電話番号	0250-61-5070

2. 事業所の概要

利用事業所の名称	介護老人保健施設マチュアハウス中条通所リハビリテーション	
サービスの種類	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	
事業所の所在地	〒959-2708 新潟県胎内市中村浜字築地原 699-136	
電話番号・FAX 番号	TEL : 0254-45-5111	FAX : 0254-45-5115
指定年月日・事業所番号	平成7年10月18日指定	1552580019
管理者の氏名	下田 聡	
通常の事業の実施地域	胎内市、新発田市一部（加治川、紫雲寺等）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において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とともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法、その他の関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努める。

4. 提供するサービスの内容

通所リハビリテーション（又は、介護予防通所リハビリテーション）は、病状が安定している要介護者等に事業者が設置する事業所に通っていただき、その方の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員（以下「理学療法士等」といいます。）がリハビリテーションを行うことで、心身機能維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前10時から午後4時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業員の職種	勤務の形態・人数
医師	(兼務) 1人	理学療法士	(兼務) 1人以上
看護師	(兼務) 1人以上	作業療法士	(兼務) 1人以上
介護職員	5人以上	言語聴覚士	(兼務) 1人以上
管理栄養士	(兼務) 1人以上	栄養士	(兼務) 1人以上
支援相談員	1人以上	設備・運転手	3人以上

7. サービス提供の担当

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

相談担当者の氏名	支援相談員 宇佐美 勇士
管理責任者の氏名	管理者(医師) 下田 聡

8. 利用料、利用者負担額（介護保険を適応する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) (介護予防) 通所リハビリテーションの利用料

別紙料金表

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	利用負担金の100%の額

(3) 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求いたします。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月10日までに郵送いたします。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は翌営業日）に、指定する口座より引き落とします。

(4) 請求書・明細書及び領収書の送付先

氏名	
住所	
電話番号	

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医に連絡を行い、指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	()
	電話番号	

10. 事故発生時の対応

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、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。

11. 非常災害時の対応

事業所は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

12. リスク説明

安全に配慮したサービス提供に努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状の原因により、下記の危険性 (リスク) が伴うことを十分にご理解ください。

- イ) 立ち上がりや歩行時の転倒、ベッド及び車椅子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。
- ロ) 高齢者の骨はもろく、何らかの要因で容易に骨折する恐れがあります。
- ハ) 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ニ) 高齢者は免疫力の低下により、感染症にかかりやすく、悪化しやすい可能性があります。
- ホ) 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。

へ) 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。

13. 苦情相談窓口

(1) 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お受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0254-45-5111
	面接場所 当事業所の相談室

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	胎内市福祉介護課介護保険係	電話番号 0254-43-6111 (代表)
	新発田市高齢福祉課介護保険係	電話番号 0254-28-9201
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

14. 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定します。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備します。
- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	下田 聡（施設長）、齋藤與志朗（事務長）
-------------	----------------------

15. 個人情報の保護について

利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的】

(介護関係事業者の内部での利用に係る事例)

- ・ 当施設が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち、①入退所等の管理、②会計・経理、③事故等の報告、④当該利用者の介護・医療サービスの向上

(他の事業者等への情報提供を伴う利用目的)

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち、①利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、②照会への回答、③利用者の診療等に当たり外部の医師等の意見・助言を求める場合、④検体検査業務の委託、⑤家族等への心身の状況説明、⑥その他の業務委託
- ・ 介護保険事務のうち、①保険事務の委託、②審査支払機関へのレセプトの提出、③審査支払機関又は保険者からの照会への回答、④損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

(当施設の内部での利用に係る利用目的)

- ・ 当施設の管理運営業務のうち、①医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料、②当施設において行われる学生の実習への協力、③当施設において行われる事例研究(他の事業者等への情報提供に係る利用目的)
- ・ 当施設の管理運営業務のうち、①外部監査機関への情報提供管理等

16. 衛生管理等

- (1) サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 通所リハビリテーション事業者の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 施設都合(事業者内で感染症が蔓延、自然災害等)により、通所リハビリテーションの営業を一時休止する場合があります。その際は、速やかに利用者の家族、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。

17. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) 通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供にあたって次の行為は行いません。
 - イ) 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ロ) 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
 - ハ) 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
 - ニ) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除く)
 - ホ) その他利用者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- (2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)又は当事業者の担当者へご連絡ください。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、重要事項を説明しました。

事業者	所在地	新潟県胎内市中村浜字築地原 699-136		
	事業者(法人)名	マチュアハウス中条通所リハビリテーション		
	代表者職・氏名	管理者	下田 聡	印
	説明者職・氏名			印

同意書

この度、マチュアハウス中条通所リハビリテーションを利用するにあたり、諸規則及び下記の事項を守り、第三者による連帯保証人と連署をもち誓約いたします。

記

1. 利用料その他の費用については、定められたとおり遅滞なく支払います。
2. 利用者の健康状態に問題が生じた場合は協力病院等への受診を含め、必要な対処を事業者に委任いたします。
3. 利用者が施設及び備品等を汚損する等の行為を行った場合は連帯保証人が責任をもって解決いたします。
4. 連帯保証人に変更があった場合は、速やかに連絡し、改めて本書を提出いたします。
5. 事業者より重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書は契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

この契約書の説明年月日

令和 年 月 日

(利用者)

氏名

㊞

住所

(連帯保証人①)

ふりがな

氏名

㊞

本人との続柄

住所

(連帯保証人②)

ふりがな

氏名

㊞

本人との続柄

住所

(注) 連帯保証人②の記入欄は、利用者及び連帯保証人①とは別世帯・別住所の方と致します。