

**(介護予防) 訪問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	訪問リハビリテーションマチュアハウス中条
サービスの種類	訪問リハビリテーション・介護予防訪問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：0254-28-7505 FAX：0254-28-7526
指定年月日・事業所番号	令和4年4月1日指定 1572500476
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

訪問リハビリテーション（又は、介護予防訪問リハビリテーション）は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下、「理学療法士等」といいます。）が、利用者のお宅を訪問して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、リハビリテーションを行うことで、心身機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月16日）を除きます。 ※ 国民の祝日（振替休日を含む）については、原則お休みとなりますが、緊急やむを得ない場合、利用者様からご希望がある場合などは、この限りではありません。
営業時間	午前9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	従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤兼務1人	作業療法士	常勤兼務1人以上
理学療法士	常勤兼務1人以上	言語聴覚士	常勤兼務1人以上 非常勤兼務1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	(資格：理学療法士) 大久保 樹
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) 訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分】

サービスの内容	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担額1割の場合) (=基本利用料の1割)
訪問リハビリテーション費	3,080円	308円
当該事業所医師以外が診療している利用者へ、当該事業所の理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合(1回につき)	2,580円	258円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、利用料金表も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下のサービスを実施した場合、以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担 1割の場合)
短期集中 リハビリテーション加算	3ヶ月以内の期間に、1週につき概ね2日以上、1日当たり20分以上のリハビリテーションを実施した場合(1日につき)	2,000円	200円
認知症短期集中 リハビリテーション加算	認知症の方に対して、生活機能を改善するためのリハビリテーションを行った場合(1日につき)	2,400円	240円
リハビリテーション マネジメント加算(イ)	厚生労働大臣が定める基準に該当すると県に届出した事業所が、医師、理学療法士等と協働して、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合(1ヶ月につき)	1,800円	180円
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)		2,130円	213円
医師が利用者又はその家族に説明し、同意を得た場合		2,700円	270円
口腔連携強化加算	事業者が口腔の健康状態について、歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供した場合(1ヶ月に1回に限り)	500円	50円
退院時共同指導加算	入院中の利用者が退院するに当たり、事業者の医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加した場合(1回に限り)	6,000円	600円
移行支援加算	厚生労働大臣が定める基準に該当すると県に届出した事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合(1日につき)	170円	17円
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち、勤続年数が7年以上のものがある場合(1回につき)	60円	6円

(2) 介護予防訪問リハビリテーションの利用料

【基本部分】

サービスの内容	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担額1割の場合) (=基本利用料の1割)
1回につき	2,980円	298円
当該事業所医師以外が診療している利用者へ、当該事業所の理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合(1回につき)	2,480円	248円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下のサービスを実施した場合、以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
短期集中 リハビリテーション加算	3ヶ月以内の期間に、1週につき概ね2日以上、1日当たり40分以上のリハビリテーションを実施した場合(1日につき)	2,000円	200円
口腔連携強化加算	事業者が口腔の健康状態について、歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供した場合(1ヶ月に1回に限り)	500円	50円
退院時共同指導加算	入院中の利用者が退院するに当たり、事業者の医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加した場合(1回に限り)	6,000円	600円
サービス提供体制 強化加算 I	直接訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち、勤続年数が7年以上のものがある場合(1回につき)	60円	6円

【減算】

減算の種類	減算の要件	減算額
		基本利用料
長期期間利用の適正化	利用開始から一定期間が経過した後の評価の見直しを行う。 利用開始日が属する月から12月を超えた場合	300円/回

(3) 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

(4) 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。

(5) 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. 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。
- ヘ) 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。

12. 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	0254-28-7505
	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

13. 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）
-------------	-----------------------

14. 身分証携行義務

訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

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. 衛生管理及び安全管理

- (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) 訪問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) 訪問を予定していた職員が体調不良等の理由により訪問できなくなった場合は、別の職員が交代して訪問リハビリテーションを提供いたします。交代が必要な場合は、次のとおりです。
 - イ) 出勤時又は施設出発時の検温で、「37.5℃」以上の者
 - ロ) その他、自覚症状のある者
- (4) 施設都合により、訪問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。営業を休止する場合は、次のとおりです。
 - イ) 施設内で感染症がまん延している場合
 - ロ) 自然災害により営業が困難な場合その際は、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) 訪問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	訪問リハビリテーションマチュアハウス中条		
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、訪問リハビリテーションマチュアハウス中条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。