

通所リハビリテーション利用契約書

重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

事業者(通所リハビリテーション)は、要介護状態である利用者に対し、自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、心身の機能の維持回復を図ります。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の医療・保健・福祉サービス等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2 事業所の概要

事業所名:老人保健施設 はびねすケアセンター

所在地:愛媛県新居浜市多喜浜二丁目1番50号

事業者指定番号: 3857780161

提供可能サービス:通所リハビリテーション

利用定員:55名(予防介護通所リハビリテーションを含む)

施設長:清田 正夫

電話番号:0897-46-5188

サービス提供地域:新居浜市(別子山除く)、四国中央市土居町

・職員体制等

医師 1名

P T・O T 5名(兼務常勤含む)

看護職員 2名(常勤)、1名(非常勤)

介護職員 9名(常勤)、3名(非常勤)

管理栄養士 1名(兼務常勤)

・営業日・営業時間

月曜日～土曜日 8:30～17:00

3 サービス提供の責任者

サービス提供の責任者は、次のとおりです。サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

責任者:主任 日野貴之、主任 園部富美枝

電話番号:0897-46-5188

4 サービス利用料及び利用者負担

(1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金(別紙)は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。また、食事提供に関わる費用、おむつ代、衛生材料費、利用者の希望による時間延長料金、および日常生活で常に必要となるもので、利用者が負担することが適当と認められる費用については、利用者の実費負担となります。

朝食:350円、昼食:680円(おやつ含む)、夕食:670円

行事食:1,500円(弁当、飲み物)

日常生活費:100円

クラブ活動費:実費

延長料金:700円/30分ごと

(2) その他

ア:交通費:通常のサービス提供地域(又は送迎地域)以外の地域についてのみ、所定の交通費(実費)が必要となります。

イ:自己負担金は、次の方法によりお支払いいただきます。

自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座から毎月25日引き落とし)。

※上記の利用者負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料を支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求することになります。

※ 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります)。

※利用者負担金の滞納が3ヵ月分以上あり、その支払を督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合には、サービス利用を解除とさせていただきます。

5 キャンセル

(1) 利用者がサービス利用の中止をする際には、すみやかに下記窓口までご連絡ください。

窓口(連絡先)電話:0897-46-5188(ダイヤルイン)、0897-46-5177(代表)

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルはご遠慮下さい(ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は除きます。その場合は午前8時10分までにご連絡下さい)。

6 サービス利用に当たっての留意事項

(1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

(2) 貴重品等の持込は、ご遠慮ください。また、利用者の所持品に関わる事故(紛失、破損等)につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

(3) 当事業所は、利用者が他の利用者又は職員等に対し、利用継続が困難となる程度の信頼関

係が担保できなくなる状況(暴力、暴言、背信行為等)又は反社会的行為を行った場合、本契約に基づく利用を解除することができます。

- (4) 個人情報保護のため、ご利用中の撮影録音はご遠慮ください。
- (5) 営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止いたします。
- (6) ペットの持ち込みを禁止いたします。
- (7) 送迎はご自宅、施設間のみといたします。
- (8) 施設敷地内は禁煙です。

7 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない場合は、利用者および保証人の同意を書面にて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ことがあります。この場合には、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

8 相談窓口、苦情対応

○当事業所ではお客様からの相談や苦情に対して、次の様な体制で対応致します。

何かありましたら、先ず苦情受付担当者にご一報願います。

・担当役割担当者名および連絡先

苦情受付

担当者:主任 日野貴之、主任 園部富美枝

電話番号:0897-46-5188

対応時間:(月)～(土) 9:00～ 17:00

・苦情解決

担当者:事務長 安藤 慎

電話番号:0897-46-5188

対応時間:(月)～(金) 9:00～ 17:00

・第三者委員

氏名:岡崎克也

電話番号:090-8973-8258

氏名:中山博道

電話番号:0897-41-7383

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

・新居浜市役所介護福祉課 所在地 新居浜市一宮町1丁目5番1号

電話番号 (0897)65-1241 *8:30～17:15(土・日・祝・年末年始を除く)

・四国中央市役所高齢介護課 所在地 四国中央市三島宮川4丁目6番55号
電話番号 (0896) 28-6000 *8:30～17:15(土・日・祝・年末年始を除く)

・国民健康保険団体連合会 所在地 松山市高岡町101番地1
電話番号 (089) 968-8700 *8:30～17:15(土・日・祝・年末年始を除く)

・愛媛県社会福祉協議会 所在地 松山市持田町3丁目8番15号
電話番号 (089) 921-8344 *8:30～17:15(土・日・祝・年末年始を除く)

※ 総合事務室前に備えつけられた「ご意見承り箱」をご利用いただき、お申し出いただくこともできます。

9 第三者評価の実施の有無

実施なし

10 非常災害対策

(1) 地震・風水害等、災害発生時には、管理者、サービス提供の責任者、防災管理者及び施設長の判断により、当事業を休止する場合があります。

(2) 当事業所では、非常災害には次のような体制で対応します。

防災管理者(防火管理者) 主任理学療法士 日野貴之

非常時の対応方法 当事業所の定めるマニュアルによる平常時の訓練 2回／年、設備点検もあわせて実施(防災設備 自動火災報知器、非常警報装置、消火器、散水栓、スプリンクラー、非常発電装置など)

10 事故・問題発生時の対応

事故・問題が発生した場合、利用者の状態を確認し、必要な処置を行ないます。事故・問題の発生状況、利用者の状態については「事故報告書」に記録を残し、管理者より利用者のご家族に報告をします。また、必要であれば関連部署、市町村にも連絡をします。各部署で発生した事故・問題に対して、管理者は自分の部署の職員と発生した事故・問題について「事故報告書」を基に対処方法を検討、決定し、是正処置を行います。また、管理者は発生した事故・問題の内容を確認し、その事故・問題の発生原因を職員と共に究明し、再発防止に努めます。

11プライバシーポリシー

- ・当事業所は、ボランティア、実習生、見学者など受入に際しては、プライバシー保護に関して十分な配慮を心がけます。
- ・職員は、手紙や電話などについて通信の秘密を守ります。
- ・プライバシー保護のため、建物、設備その他の環境について、必要があれば改善措置を速やかに講じます。
- ・更衣、排泄、入浴介助の際は、カーテン、ドアを閉め他者から見えないようにします。
- ・カルテなど個人情報が記載された物の管理を徹底します。
- ・個人情報の含まれるデータは、パスワード設定により権限外の者のアクセスを防止するシステムにて管理します。

(別紙)

利用料金および個人情報の利用目的について

(通所リハビリテーション)

【介護保険料法定利用料自己負担金】*利用者負担割合1割の場合です。

○大規模型通所リハビリテーション(1回あたり)

・1時間以上2時間未満

要介護1 357円

要介護2 388円

要介護3 415円

要介護4 445円

要介護5 475円

・2時間以上3時間未満

要介護1 372円

要介護2 427円

要介護3 482円

要介護4 536円

要介護5 591円

・3時間以上4時間未満

要介護1 470円

要介護2 547円

要介護3 623円

要介護4 719円

要介護5 816円

・4時間以上5時間未満

要介護1 525円

要介護2 611円

要介護3 696円

要介護4 805円

要介護5 912円

・5時間以上6時間未満

要介護1	584円
要介護2	692円
要介護3	800円
要介護4	929円
要介護5	1053円

・6時間以上7時間未満

要介護1	675円
要介護2	802円
要介護3	926円
要介護4	1,077円
要介護5	1,224円

・7時間以上8時間未満

要介護1	714円
要介護2	847円
要介護3	983円
要介護4	1,140円
要介護5	1,300円

○各種加算(1回あたり)

・入浴加算 40円

・リハビリテーションマネジメント加算(イ)

開始月から6ヶ月以内 560円(月1回)

開始月から6ヶ月超 240円(月1回)

・リハビリテーション提供体制加算 24円

＊リハビリテーションに関わる専門職を基準よりも多く配置しサービス提供している。

・短期集中個別リハビリテーション実施加算 110円

＊退院・退所日又は新たに要介護認定を受けてから3ヶ月以内

・重度療養管理加算 100円

＊要介護3以上で、手厚い医学的管理が必要な場合

・サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22円

＊介護職員のうち介護福祉士の割合が70%以上または勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上

- ・中重度者ケア体制加算 20円
 - ＊中重度の要介護者を積極的に受け入れる体制
- ・科学的介護推進体制加算 40円(月1回)
 - ＊介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を提供
- ・退院時共同指導加算 600円(1回)
 - ＊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退院時共同指導を行う
- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)
 - ＊上記通所リハビリテーション費及び各種加算の8.6%に相当する額

＊上記施設利用料及び加算料金等は1日あたりの利用者負担割が1割の場合です。

＊上記介護保険報酬に係る料金は、介護保険報酬改定により変動する事をご理解、ご同意下さい。

【その他利用料金】

- ・食事提供にかかる費用

朝食:350円 ＊時間外利用時のみ

昼食:680円(おやつ含む)

夕食:670円 ＊延長利用時のみ

行事食:1,500円(弁当、飲み物)

- ・その他提供にかかる費用

日用生活費:100円

クラブ活動費:実費

延長料金:700円／30分ごと

領収書再発行:500円(一月あたり)

＊上記料金は変動する事をご理解、ご同意下さい。

＊別添「通所リハビリテーション利用料金表」をご参照下さい。

○個人情報の利用目的

老人保健施設 はびねすケアセンター 通所リハビリテーションでは、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。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔当施設内部での利用目的〕

- ・当施設が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

ー利用者の管理

ー会計・経理

ー事故等の報告

ー当該甲の介護・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

ー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）、照会への回答

ー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

ー家族等への心身の状況説明

- ・介護保険事務のうち

ー保険事務の委託

ー審査支払機関へのレセプトの提出

ー審査支払機関又は保険者からの照会への回答

- ・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】

〔当施設内部での利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち

ー医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

ー当施設において行われる学生の実習への協力

ー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

ー外部監査機関への情報提供

当事業所個人情報に関するお問い合わせは以下にお願いいたします。

個人情報問い合わせ窓口 事務長 安藤 慎

TEL0897-46-5177

20240601

【契約および説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、重要事項および別紙内容を説明しました。

(事業所)

愛媛県新居浜市多喜浜二丁目1番50号

老人保健施設 はびねすケアセンター 通所リハビリテーション

施設長 清 田 正 夫 印

説明担当者: _____ 印

サービス契約の締結にあたり、重要事項および別紙内容の説明を受け同意します。

(利用者)

住所: _____

氏名: _____ 印

(連帯保証人1)

住所: _____

氏名: _____ 印

(連帯保証人2)

住所: _____

氏名: _____ 印

【契約および説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、重要事項および別紙内容を説明しました。

(事業所)

愛媛県新居浜市多喜浜二丁目1番50号

老人保健施設 はびねすケアセンター 通所リハビリテーション

施設長 清 田 正 夫 印

説明担当者: _____ 印

サービス契約の締結にあたり、重要事項および別紙内容の説明を受け同意します。

(利用者)

住所: _____

氏名: _____ 印

(連帯保証人1)

住所: _____

氏名: _____ 印

(連帯保証人2)

住所: _____

氏名: _____ 印

