

「指定通所リハビリテーション（デイケア）」
「指定介護予防通所リハビリテーション（介護予防デイケア）」
はっぴー・クリニック 通所リハビリテーション

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(鹿児島県指定 第4610124606号)

当事業所はご契約者に対して指定通所リハビリテーションサービス(指定介護予防通所リハビリテーションサービス)(以下「通所リハビリテーションサービス」という)を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者について.....	2P
2. 事業所の概要について.....	2P
3. 事業実施地域及び営業時間について.....	3P
4. 職員の配置状況について.....	3P
5. 当事業所が提供する介護保険サービスと利用料金について.....	4. 5.6.7P
6. 介護保険外サービスと利用料金支払い方法、利用の中止等について.....	8・9P
7. 苦情の受付について.....	9P
8. サービス提供における事業者の義務・情報開示について.....	10P
9. オンラインツール等を活用した会議の開催について.....	10P
10. ご利用者様との契約・説明・同意について.....	10P
11. サービス利用に関する留意事項について.....	11P
12. 損害賠償について.....	11P
13. 虐待・身体拘束について.....	11P
14. 感染防止について.....	12P
15. 業務継続に向けた取り組みについて.....	12P
16. ハラスメントについて.....	12P
17. サービス利用の中止・終了について.....	12・13・14P
18. 事故発生時の対応について.....	14P
19. 緊急時や急変時の対応について.....	14P
20. 初回利用の持参物について.....	14P

1. 事業者

- (1) 事業者名 医療法人 まこと会
- (2) 法人所在地 鹿児島県 鹿児島市 坂之上4丁目5番3号
- (3) 電話番号 099-284-6550
- (4) 代表者氏名 理事長 松村 武久
- (5) 設立年月 平成 19 年 3 月 30 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定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)
平成 19 年 3 月 30 日 再指定 鹿児島県 4610124606 号
- (2) 事業所の名称 はっぴー・クリニック 通所リハビリテーション
- (3) 事業所の所在地 鹿児島県 鹿児島市 坂之上 4 丁目 5 番 6 号
- (4) 電話番号 (直通)099-284-6560
- (5) 事業所長(管理者) 氏名 有馬 純久
- (6) 利用定員 40名 (予防給付対象者含む)
- (7) 建物の構造 鉄骨造2階建て
- (8) 建物の延べ面積 638.68㎡(1階317.50㎡、2階321.18㎡)

(9) 事業所の周辺環境

事業所は坂之上地区の中央に位置し、事業所周辺は幹線道路沿でわかりやすい場所に位置しております。周囲に高い建物も無く日当たりも良好です。

(10) 事業所の目的

契約者が可能な限りその居宅において、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、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法、作業療法その他のリハビリテーションを行い、契約者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上並びに契約者の家族の身体及び精神的負担の軽減を図ります。

(11) 当事業所の運営方針

当事業所において提供する通所リハビリテーションは、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。

契約者の人格を尊重し、常に契約者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、契約者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所リハビリテーション計画を作成することにより、契約者が必要とする適切なサービスを提供する。

契約者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。

適切な介護技術をもってサービスを提供する。

常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。

居宅介護サービス計画に沿った通所リハビリテーションを提供する。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

鹿児島市（但し旧桜島町と旧東桜島町、及び旧郡山町を除く）。
鹿児島県南さつま市金峰町・鹿児島県日置市吹上町。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
サービス提供時間	8時30分～17時00分
営業しない日	祝日・5月大型連休・お盆・年末年始(12月31日～1月3日)他

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所リハビリテーションを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※配置人員については、介護予防通所リハビリテーションと通所リハビリテーションを兼務します。

<主な職員の配置状況>

職種	常勤換算
1. 事業所長(管理者・医師と兼務)	1名
2. 看護職員	1名以上
3. 介護職員	1名以上
4. 理学療法士等	1名以上
5. 栄養士	1名以上

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 8:00～17:00 ☆ 原則として1名以上の介護職員が勤務します。
2. 看護職員	勤務時間 8:00～17:00 ☆ 原則として1名以上の看護職員が勤務します。
3. 理学療法士等	勤務時間 8:00～17:00 ☆ 原則として1名以上の理学療法士等が勤務します。

5. 当事業所が提供する介護保険サービスと料金

〈サービス利用料金(1回あたり)〉(契約書第6条参照)

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。ただし、サービスの利用料金はご契約者の要介護度と負担割合に応じて異なります。

介護給付の場合(7時間以上8時間未満 1回単位)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 7,620円	要介護2 9,030円	要介護3 10,46円	要介護4 12,150円	要介護5 13,790円
2. サービス利用に係る自己負担額(1割負担時)	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円

介護給付の場合(6時間以上7時間未満 1回単位)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 7,150円	要介護2 8,500円	要介護3 9,810円	要介護4 11,370円	要介護5 12,900円
2. サービス利用に係る自己負担額(1割負担時)	715円	850円	981円	1,137円	1,290円

介護給付の場合(5時間以上6時間未満 1回単位)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 6,220円	要介護2 7,380円	要介護3 8,520円	要介護4 9,870円	要介護5 11,200円
2. サービス利用に係る自己負担額(1割負担時)	622円	738円	852円	987円	1,120円

介護給付の場合(4時間以上5時間未満 1回単位)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 5,530円	要介護2 6,420円	要介護3 7,300円	要介護4 8,440円	要介護5 9,570円
2. サービス利用に係る自己負担額(1割負担時)	553円	642円	730円	844円	957円

介護給付の場合(3時間以上4時間未満 1回単位)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 4,860 円	要介護2 5,650 円	要介護3 6,430 円	要介護4 7,430 円	要介護5 8,420 円
2. サービス利用に係る自己負担額(1割負担時)	486 円	565 円	643 円	743 円	842 円

介護給付の場合(2時間以上3時間未満 1回単位)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 3,830 円	要介護2 4,390 円	要介護3 4,980 円	要介護4 5,550 円	要介護5 6,120 円
2. サービス利用に係る自己負担額(1割負担時)	383 円	439 円	498 円	555 円	612 円

介護給付の場合(1時間以上2時間未満 1回単位)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 3,690 円	要介護2 3,980 円	要介護3 4,290 円	要介護4 4,580 円	要介護5 4,910 円
2. サービス利用に係る自己負担額(1割負担時)	369 円	398 円	429 円	458 円	491 円

① リハビリテーション提供体制加算 →理学療法士の配置基準を満たしているため利用時間に
応じ以下の通り加算します。(1回単位)

利用時間:3 時間以上 4 時間未満 12 単位/回
 利用時間:4 時間以上 5 時間未満 16 単位/回
 利用時間:5 時間以上 6 時間未満 20 単位/回
 利用時間:6 時間以上 7 時間未満 24 単位/回
 利用時間:7 時間以上 8 時間未満 28 単位/回

② リハビリテーションマネジメント加算 →医師、理学療法士、その他の職種の者が協働し継続
的にリハビリテーションの質を管理するものとして諸条件に応じ以下のいずれかを加算します

- (1)リハビリテーションマネジメント加算イ →[6ヶ月以内] 560 単位/月
- (2)リハビリテーションマネジメント加算 [6ヶ月以上] 240 単位/月
- (3)リハビリテーションマネジメント加算ロ →[6ヶ月以内] 593 単位/月
- (4)リハビリテーションマネジメント加算 [6ヶ月以上] 273 単位/月
- (5)リハビリテーションマネジメント加算ハ→ [6ヶ月以内] 793 単位/月
- (6)リハビリテーションマネジメント加算 [6ヶ月以上] 473 単位/月
- (7)医師が利用者またはその家族に説明した場合イ・ロ・ハに加えて 270 単位

③通所リハ 短期集中個別リハ加算 →理学療法士等が契約者に対して、集中的なりハビリテー

ションを行った場合(退院、退所日または認定日から起算して3ヶ月以内に個別リハビリテーションを集中的に行なった場合)に1日につき 110 単位 を加算します。

- ④ 入浴介助加算→入浴またはシャワー浴を行った場合に加算します(ご契約者の希望及び心身の状況にて中止することもあります)。入浴介助加算(I) 40 単位(1回につき)
- ⑤ サービス提供体制強化加算 →介護福祉士の介護職員に占める割合に応じていずれかの加算をします。
サービス提供体制強化加算(I) →介護福祉士が70%以上配置された場合22単位を加算します。
サービス提供体制強化加算(II) →介護福祉士が50%以上配置された場合18単位を加算します。
サービス提供体制強化加算(III) →介護福祉士が40%以上配置された場合6単位を加算します。
- ⑥ 介護職員等処遇改善加算(I) ご利用単位数の1000分の86に相当する単位数を加算します。
- ⑦ 介護職員等処遇改善加算(II) →ご利用単位数の1000分の83に相当する単位数を加算します。
- ⑧ 介護職員等処遇改善(III) →ご利用単位数の1000分の66に相当する単位数を加算します。
- ⑨ 介護職員等処遇改善(IV) →ご利用単位数の1000分の53に相当する単位数を加算します。
- ⑩ 介護職員等処遇改善(V(1)) →ご利用単位数の1000分の76に相当する単位数を加算します。
- ⑪ 介護職員等処遇改善加算(V(2)) →ご利用単位数の1000分の73に相当する単位数を加算します。
- ⑫ 介護職員等処遇改善加算(V(3)) →ご利用単位数の1000分の73に相当する単位数を加算します。
- ⑬ 介護職員等処遇改善加算(V(4)) →ご利用単位数の1000分の70に相当する単位数を加算します。
- ⑭ 介護職員等処遇改善加算(V(5)) →ご利用単位数の1000分の63に相当する単位数を加算します。
- ⑮ 介護職員等処遇改善加算(V(6)) →ご利用単位数の1000分の60に相当する単位数を加算します。
- ⑯ 介護職員等処遇改善加算(V(7)) →ご利用単位数の1000分の58に相当する単位数を加算します。
- ⑰ 介護職員等処遇改善加算(V(8)) →ご利用単位数の1000分の56に相当する単位数を加算します。
- ⑱ 介護職員等処遇改善加算(V(9)) →ご利用単位数の1000分の55に相当する単位数を加算します。
- ⑲ 介護職員等処遇改善加算(V(10)) →ご利用単位数の1000分の48に相当する単位数を加算します。
- ⑳ 介護職員等処遇改善加算(V(11)) →ご利用単位数の1000分の43に相当する単位数を加算します。

算します。

②①介護職員等処遇改善加算(V(12))→ご利用単位数の1000分の45に相当する単位数を加算します。

②②介護職員等処遇改善加算(V(13))→ご利用単位数の1000分の38に相当する単位数を加算します。

②③介護職員等処遇改善加算(V(14))→ご利用単位数の1000分の28に相当する単位数を加算します。

○通所リハ送迎減算 → デイケアご利用時にご利用者様自らが通われる場合、またはご家族の方が送迎を行われる場合は片道につき47単位/回 減算されます。

○通所リハ送迎について→利用者の居宅と事業所の送迎を原則とするが、利用者の居住実態(例えば、近隣の親戚の家)がある場所に限り、当該場所への送迎を可能とする。

②④科学的介護推進体制加算→40単位/月

○科学的介護推進体制加算とは、利用者ごとにADL値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況その他の利用者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こと。

介護予防給付の場合(ひと月単位)

1. ご契約者の要介護度とサービス 利用料金	要支援1 22,680円	要支援2 42,280円
2. サービス利用に係る 自己負担額 (1割負担時)	2,268円	4,228円

① 介護予防通所リハサービス提供体制強化制加算(Ⅲ)

要支援1の場合1月につき24単位/月 を加算します。

要支援2の場合1月につき48単位/月 を加算します。

② 介護職員等処遇改善加算については、介護と同じなので別紙をご参照下さい。

③ 科学的介護推進体制加算→40単位/月

④ 利用日より1年経過した場合、下記の要件を満たさない時は下記の通り減算を行います。

○3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催しリハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じリハビリテーション計画を見直す。

利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出しリハビリテーションの提供にあたって、当該情報その他のリハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用します。

要支援1の場合120単位/月減算

要支援2の場合240単位/月減算

6. 介護保険外(自費)サービスと料金の支払い方法、利用の中止・変更について

当事業所では、ご契約者に対して以下の自費サービスを提供します。

〈サービスの概要〉

(1) 介護保険給付の対象とならないサービス。

- ① 昼食代(食材料費)として1食あたり **550 円** を頂きます。当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。(食事時間)12:00~13:00
- ② 排泄 ご契約者の排泄の介助を行います。おむつ代は実費をご負担いただきます。おむつの実費代として **150 円**、尿パットの実費代として **30 円** を頂きます。
- ③ 送迎サービスを行います。ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。※送迎距離片道10km以上については1回あたり **300 円** を頂きます。
- ④ レクリエーション、クラブ活動。ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 利用料金:材料代等の実費をいただきます。
- ⑤ 複写物の交付。ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。1枚あたり10円を頂きます。
- ⑥ その他ご契約者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用についてはその実費をご負担いただきます。
- ⑦ 入浴介助実費に対応しています。(週3回以上何らかの理由があった場合のみ)
入浴介助実費分として1回あたり **400 円**を頂きます。

(2) 利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

前記の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月10日前後に請求書および集金封筒をお渡しいたしますので次回利用日に利用料金を持参して頂きますようお願いいたします。

(3) 利用の中止、変更、追加(契約書第7条参照)

- 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所リハビリテーションサービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日か利用日の朝8時頃までに事業所に申し出てください。

- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等、正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所のご利用者の利用状況によりご利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

7. 苦情の受付について(契約書第 20 条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。また、苦情受付ボックスをデイルームに設置しています。

○苦情受付窓口(担当者) リハビリ 部長 齊野洋一 ・ 相談員 西野 美幸

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:00

○電話 099-284-6560 080-1541-9396

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市 介護保険課	所在地 鹿児島市山下町11番1号 電話番号 099-216-1280 受付時間 8時30分～17時15分
鹿児島県 国民健康保険団体連合会	所在地 鹿児島市鴨池新町6番6号 電話番号 099-213-5122 受付時間 8時30分～17時15分

8. サービス提供における事業者の義務・情報開示(契約書第9条、第10条参照)

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

《事業者の義務》

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又はその家族(代理人)の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)また、ご契約者との契約終了の際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

《情報開示》

- ① サービス担当者会議においては、ご契約者ならびにご家族に関する情報を関係事業者に対して情報を開示します。但し、その場で知り得た情報を関係者以外に漏れることのないよう細心の注意をはらいます。
- ② ご契約者のサービス向上を目的とした会議においては職員に対して適切な情報を開示します。(デイケア会議・処遇会議・ミーティング等)但し、その場で知り得た情報を関係者以外に漏れることのないよう細心の注意をはらいます。
- ③ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合には速やかに主治医や医療機関へ対しご契約者の心身等の状況、情報を開示します。
- ④ 介護保険サービスの質の向上を目的とした学会、研究会等での事例研究発表等にて、ご契約者の個人情報を用いさせていただく場合に情報を開示します。但し、ご契約者個人を特定できないように仮名等を使用し、プライバシーの保護に配慮することを厳守します。

9. オンラインツール等を活用した会議の開催について

ご利用者又はその家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスをテレビ電話装置等(オンラインツール)にて活用して行うことができるものとします。その際、個人情報の適切な取扱いに留意いたします。

10. ご利用者との契約・説明・同意について

ケアプランや重要事項説明等における利用者などへの説明や同意については、電磁的記録による対応が認められるようになったことから、利用者などの署名や押印についても求めないことが可能となり、様式例から押印欄が削除されることになりました。

11. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意(契約書第 11 条参照)

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の契約者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

* 伝染性疾患の診断が下りた場合その疾患が完治するまではご利用をご遠慮頂きます。

(2) 喫煙 事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

12. 損害賠償について(契約書第 12 条、第 13 条参照)

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

13. 虐待・身体拘束について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待及び身体拘束等の発生またはその防止するために次にあげる通り必要な措置を講じます。

○虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催しその結果について従業員に周知徹底を図っております。

○虐待防止・身体拘束等の適正化のため指針の整備をしています。

○従業員に対して虐待防止・身体拘束等の適正化のため定期的に研修を実施する等の必要な措置を講じます。

○サービス提供中に当該事業所従業員またはご家族等による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

○事業者は利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。

○やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者または家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、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を記録いたします。

○虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選任しています。

14.感染防止について

- 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- 事業所における感染等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底しています。
- 事業所における感染等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- 従業者に対し、感染等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施しています。

15.業務継続に向けた取り組みの強化について

- 感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の事業再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16.ハラスメントについて

- 事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。
- 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は事業所として許容しません。
 - ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
 - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ③ 意に沿わない性的言動、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は当該職員、取引先事業所、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し再発防止会議等により、同時案件が発生しないための再発防止策を検討します。
- 職員に対しハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。
- また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

17. サービス利用の中止・終了について(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更にも同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。(契約書第15条参照)

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損(きそん)により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい)
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい)

(1)ご契約者からの解約・契約解除の申し出(契約書第 16 条、第 17 条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院・入所された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所リハビリテーションサービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑤他の契約者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

(2)事業者からの契約解除の申し出(契約書第 18 条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが請求後1か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の契約者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)

- ⑤ 職員の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。
- ⑥ 上記⑤により契約解除する場合、事業者は居宅介護支援事業所又は保険者である市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業者等の紹介その他の必要な処置を講じる。

(3) 契約の終了に伴う援助(契約書第 15 条参照)

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

18. 事故発生時の対応について

指定通所リハビリテーション事業者は、契約者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、契約者の家族等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

19. 緊急時や急変時の対応について

ご契約者がサービス提供中に病状が急変した場合や事故が発生した場合は事業所に備え付けてある緊急対応実施手順にて対応いたします。

20. 初回利用の持参物について

デイケア利用の際は動きやすい服装（ズボン）で来所下さい。靴は運動靴でもかまいません。持参物につきましては下記を参照下さい。

●入浴ご希望時

あかすりタオル 1 枚、フェイスタオル 2 枚程度、バスタオル 1 枚、着替え（衣類）、下着の替え 1 組程度。

シャンプー・ボディシャンプーは備え付けてありますので宜しければご利用ください。

●お昼の内服薬・点眼薬・軟膏等。

●お薬の情報書（お薬手帳でも可能）。

●健康保険証（初回利用時のみ、医師による診察があります）。

●洗面道具。

コップ、歯ブラシ、歯磨き粉 宜しければ事業所で保管させて下さい。定期的に洗浄と交換をお願いします。

指定通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項ならびに虐待・身体拘束・感染防止・業務継続に向けた取り組み・ハラスメント等についての説明を行いました。

説明者名

氏名

印

私は、重要事項説明書の内容及び虐待・身体拘束感染防止・業務継続に向けた取り組み・ハラスメント等についての説明を受け、了承いたしました。

令和 年 月 日

ご契約者

住所

氏名

印

代理人(選任した場合)

住所

氏名

印