

# 介護老人保健施設 あやがわ

## 介護老人保健施設 通所リハビリテーション利用契約

契約書、別紙1【重要事項説明書】、別紙2【個人情報の利用目的と使用同意書】、  
を含む



# 介護老人保健施設あやがわ 通所リハビリテーション契約書

通所リハビリテーション利用者（以下、「利用者」といいます。）と、公益社団法人地域医療振興協会 介護老人保健施設あやがわ（以下、「事業者」といいます。）は事業者が利用者に対して行う通所リハビリテーションについて、次のとおり契約します。

## 第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用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を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

## 第2条（契約期間）

- 1 この契約の期間は、令和 年 月 日 から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 契約満了の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

## 第3条（通所リハビリテーション計画）

- 1 事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「通所リハビリテーション計画」を作成します。事業者はこの「通所リハビリテーション計画」の内容を利用者及びその家族に説明します。

## 第4条（通所リハビリテーションの提供場所・内容）

- 1 通所リハビリテーションの提供場所は、「介護老人保健施設あやがわ1階通所リハビリ室」です。所在地及び設備の概要は【別紙1重要事項説明書】のとおりです。
- 2 事業者は、第3条に定めた通所リハビリテーション計画に沿って通所リハビリテーションを提供します。事業者は、通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、その内容について利用者に説明します。
- 3 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限り利用者の希望に添うようにします。

## 第5条（サービス提供の記録）

- 1 事業者は、サービスの提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。
- 2 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。但し、複写物に係る経費につきましては、利用者より実費相当分をいただきます。

## 第6条（料金）

- 1 利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく介護保健施設サービスの対価として、【別紙1重要事項説明書】に定める料金をもとに計算された月定額の合計額を支払います。
- 2 当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに発行し、所定の方法により交付する。利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の25日までに支払うものとします。
- 3 当施設は、利用者又は身元引受人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

## 第7条（サービスの中止）

- 1 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日午後6時までに通知することにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
- 2 事業者は、利用者の体調不良等の理由により、通所リハビリテーションの実施が困難と判断した場合、サービスを中止する事ができます。この場合の取り扱いについては、【別紙1重要事項説明書】に記載したとおりです。

## 第8条（料金の変更）

- 1 事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用料及び食費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。
- 2 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく【別紙1重要事項説明書】を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

## 第9条（契約の終了）

- 1 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- 2 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- 3 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
  - ② 事業者が守秘義務に反した場合
  - ③ 事業者が利用者やその家族等に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
  - ④ 事業者が破産した場合

- 4 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ① 利用者のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
  - ② 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
  - ③ 利用者またはその家族が事業者やサービス従事者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- 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 利用者が介護保険施設に入所した場合
  - ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
  - ③ 利用者が死亡した場合

#### 第10条（秘密保持）

- 1 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。その守秘義務は、契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、本人、利用者と家族の個人情報を用いません。

#### 第11条（賠償責任）

事業者はサービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

#### 第12条（緊急時の対応）

事業者は、現に通所リハビリテーションの提供を行っているときに利用者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、家族また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とる等、必要な措置を講じます。

#### 第13条（連携）

事業者は、通所リハビリテーションの提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

#### 第14条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対し、迅速に対応する窓口を設置し、通所リハビリテーションに関する利用者の要望・苦情等に対し、迅速に対応します。

この場合の取り扱いについては、【別紙1重要事項説明書】に記載しております。

#### 第15条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 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諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

#### 第16条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

【別紙 1】

重 要 事 項 説 明 書

(通所リハビリテーション)

当事業所は、介護保険の指定を受けています。

(香川県指定 第3751580055号)

当事業所は、契約者に対して通所リハビリテーションサービスを提供します。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とおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果、要介護1～要介護5と認定された方が対象となります。

◇ ◆ 目次 ◇ ◆

1. 事業所の概要
2. サービスの内容
3. 利用料金
4. 支払方法
5. 利用の中止、変更、追加
6. 苦情の受付
7. 事故発生時の対応

# 介護老人保健施設あやがわ 通所リハビリテーション重要事項説明書

## ※介護保険被保険者証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。

## ※リハビリテーション

当事業所での通所リハビリテーションは、医師及び理学療法士、作業療法士、その他の利用に関わる職員の協議によって作成される通所リハビリテーション計画に基づいて提供されます。通所リハビリテーション計画作成の際には、ご本人、扶養者の希望を十分に取り入れ、又、計画の内容については同意をいただくようになります。

- ・通所リハビリテーション計画：ご利用者の要介護状態の軽減若しくは、悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、目標を設定し計画的に行います。
- ・リハビリテーション：基本的に施設内におけるすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

## 1. 事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

- |              |                              |
|--------------|------------------------------|
| ・事業者法人名      | 公益社団法人地域医療振興協会               |
| ・事業所名        | 介護老人保健施設あやがわ 通所リハビリテーション     |
| ・事業所所在地      | 香川県綾歌郡綾川町陶1720番地1            |
| ・介護保険事業所番号   | 指定通所リハビリテーション<br>3751580055号 |
| ・電話番号        | (087) 876-6260               |
| ・通所リハビリテーション | (087) 876-6266               |
| ・FAX番号       | (087) 876-6261               |
| ・管理者名        | 施設長 佐々木 宏起                   |

### (2) 通所リハビリテーションの目的と運営方針

- ・目的  
要介護状態となった場合においても、ご利用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、必要なリハビリテーションを行うことにより、ご利用者の心身の機能回復を図ることを目的としています。
- ・運営方針  
事業所は、ご利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、ご利用者との信頼関係を基礎として人間関係の確立を図り、ご利用者の主体性の尊重とその家族との交流を目指します。

### (3) 事業所の職員体制

当事業所では、ご利用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、以下の職員を配置しています。

|                      |           | 業 務 内 容                                                                 |
|----------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------|
| 管理者 (医師)             | 1 名       | 利用者の診療、健康管理、保健衛生指導に関すること                                                |
| 理学療法士<br>又は<br>作業療法士 | 1 名<br>以上 | 利用者の機能回復訓練並びに日常生活動作能力の改善に関すること<br>通所リハビリテーション計画の検討と実施に関すること             |
| 看護職員                 | 1 名<br>以上 | 利用者の日常生活の看護に関すること<br>通所リハビリテーション計画の検討と実施に関すること<br>なお、配置する看護職員は、常勤兼務とする。 |
| 介護職員                 | 3 名<br>以上 | 利用者の日常生活の介護、支援に関すること<br>通所リハビリテーション計画の検討と実施に関すること                       |

※看護職員については、常勤兼務者1名を配置します。

## 2. サービスの内容

- ・定 員 25名
- ・送迎車両 5台 (リフト車3台：助手席昇降型軽自動車1台  
：車椅子スロープ軽自動車1台)
- ・営業日 月曜日～土曜日 (祝日含む)
- ・休業日 日曜日、年末年始の12月29日～1月3日
- ・提供時間 6時間以上7時間未満の通所リハビリテーション
- ・利用時間： 9：30～16：00
  - ①送迎： ご利用者の自宅まで送迎いたします。
  - ②食事： 栄養士の献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
  - ③入浴： 一般浴槽、入浴介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。
  - ④リハビリテーション： 日常生活上の支援、生活行為を向上させるためのサービスを提供をいたします。
  - ⑤レクリエーション： 多職種で担当します。

## 3. 利用料金

下記利用料金によって、ご利用者の要介護度に応じた利用料金から介護保険給付費を除いた額(自己負担額)をお支払い願います。介護度によって異なります。

※自己負担額は1割負担の方、2割負担、3割負担の方がおられます。

提供を受ける介護保険施設サービスのうち、介護保険の適用を受けない部分(介護保険の認定を受けない場合等)については、利用料全額をお支払いいただきます。

(1) 通所リハビリテーション費(1日につき)

| 所要時間           | 要介護状態区分 | 自己負担額 (1割) |
|----------------|---------|------------|
| 3時間以上<br>4時間未満 | 要介護1    | 486円/回     |
|                | 要介護2    | 565円/回     |
|                | 要介護3    | 643円/回     |
|                | 要介護4    | 743円/回     |
|                | 要介護5    | 842円/回     |
| 4時間以上<br>5時間未満 | 要介護1    | 553円/回     |
|                | 要介護2    | 642円/回     |
|                | 要介護3    | 730円/回     |
|                | 要介護4    | 844円/回     |
|                | 要介護5    | 957円/回     |
| 5時間以上<br>6時間未満 | 要介護1    | 622円/回     |
|                | 要介護2    | 738円/回     |
|                | 要介護3    | 852円/回     |
|                | 要介護4    | 987円/回     |
|                | 要介護5    | 1,120円/回   |
| 6時間以上<br>7時間未満 | 要介護1    | 715円/回     |
|                | 要介護2    | 850円/回     |
|                | 要介護3    | 981円/回     |
|                | 要介護4    | 1,137円/回   |
|                | 要介護5    | 1,290円/回   |
| 7時間以上<br>8時間未満 | 要介護1    | 762円/回     |
|                | 要介護2    | 903円/回     |
|                | 要介護3    | 1,046円/回   |
|                | 要介護4    | 1,215円/回   |
|                | 要介護5    | 1,379円/回   |

(2) 加算(以下のサービスを希望された場合、上記の費用に加算されます。)

|     |                                 |            |                 |         |
|-----|---------------------------------|------------|-----------------|---------|
| 有・無 | 入浴介助加算 (I)                      |            | 40 円/日          |         |
|     | 入浴介助加算 (II)                     |            | 60 円/日          |         |
| 有・無 | 科学的介護推進体制加算 (I)                 |            | 40 円/月          |         |
| 有・無 | リハビリテーション<br>提供体制加算             | 3時間以上4時間未満 | 12 円/回          |         |
|     |                                 | 4時間以上5時間未満 | 16 円/回          |         |
|     |                                 | 5時間以上6時間未満 | 20 円/回          |         |
|     |                                 | 6時間以上7時間未満 | 24 円/回          |         |
|     |                                 | 7時間以上      | 28 円/回          |         |
| 有・無 | リハビリテーション<br>マネジメント加算           | イ          | 6月以内            | 560 円/月 |
|     |                                 |            | 6月超             | 240 円/月 |
|     |                                 | ロ          | 6月以内            | 593 円/月 |
|     |                                 |            | 6月超             | 273 円/月 |
|     |                                 | ハ          | 6月以内            | 793 円/月 |
|     |                                 |            | 6月超             | 473 円/月 |
| 有・無 | リハビリテーションマネジメント加算に係る医師<br>による説明 |            | 270 円/月         |         |
| 有・無 | 短期集中個別リハビリテーション実施加算             |            | 110 円/日         |         |
| 有・無 | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)        |            | 240 円/日         |         |
| 有・無 | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)       |            | 1,920 円/月       |         |
| 有・無 | 若年性認知症利用者受入加算                   |            | 60 円/日          |         |
| 有・無 | 生活行為向上リハビリテーション実施加算             |            | 1,250 円/月(6月以内) |         |
| 有・無 | 栄養アセスメント加算                      |            | 50 円/月          |         |
| 有・無 | 栄養改善加算                          |            | 200 円/回(月2回)    |         |
| 有・無 | 口腔・栄養スクリーニング加算                  | (I)        | 20 円/回(6月に1回)   |         |
|     |                                 | (II)       | 5 円/回(6月に1回)    |         |
| 有・無 | 口腔機能向上加算                        | (I)        | 150 円/回(月2回)    |         |
|     |                                 | (II) イ     | 155 円/回(月2回)    |         |
|     |                                 | (II) ロ     | 160 円/回(月2回)    |         |
| 有・無 | 重度療養管理加算                        |            | 100 円/日         |         |
| 有・無 | 中重度者ケア体制加算                      |            | 20 円/日          |         |
| 有・無 | 移行支援加算                          |            | 12 円/日          |         |
| 有・無 | サービス提供体制強化加算                    | (I)        | 22 円/回          |         |
|     |                                 | (II)       | 18 円/回          |         |
|     |                                 | (III)      | 6 円/回           |         |
| 有・無 | 退院時共同指導加算 (1回につき)               |            | 600 円           |         |

|     |              |              |
|-----|--------------|--------------|
| 有・無 | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 所定単位×86/1000 |
| 有・無 | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 所定単位×83/1000 |
| 有・無 | 介護職員等処遇改善加算Ⅲ | 所定単位×66/1000 |
| 有・無 | 介護職員等処遇改善加算Ⅳ | 所定単位×53/1000 |
| 有・無 | 送迎を行わない場合    | -47円/片道      |
| 有・無 | 食事提供         | 630円/日       |
| 有・無 | 日常生活費        | 100円/日       |
| 有・無 | 教養娯楽費        | 50円/日        |

#### 【退院時共同指導加算】

医療機関の許可が得られれば退院の予定の際にリハビリ職員が退院カンファレンスに参加する事で、主治医の意見を基に円滑にリハビリテーションでのリハビリを始められるよう務めます。

#### 4. 支払方法(契約書第6条参照)

##### 利用料金の支払い方法

- ・毎月15日までに、前月分の請求書を発送しますので、その月の25日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。通所リハビリテーション契約時にお選びください。

##### ① 現金

月曜日から土曜日(年末年始は除く)の9時00分から17時00分までに、介護老人保健施設あやがわ1階事務所にてお支払い下さい。

##### ② 銀行振込

香川県農業協同組合・綾南支店(451)

口座種別・番号 普通・0067310

口座名義人 公益社団法人地域医療振興協会 介護老人保健施設あやがわ  
理事長 吉新通康

※振込時のカタカナ表記は、下記の通りです。

シャ) チイイヨウシンコウキョウカイ カイゴロウジンホケンシツアヤガワ リジチョウ ヨシアラミチヤス

百十四銀行・綾南支店(228)

口座種別・番号 普通・0665117

口座名義人 公益社団法人地域医療振興協会 介護老人保健施設あやがわ

※入金確認後、領収証を発行します。振込手数料は利用者負担となります。

### ③ 口座引落

銀行印を登録している金融機関の口座からの引き落としが可能です。  
(百十四銀行・香川銀行・高松信用金庫・観音寺信用金庫・香川県信用組合・四国労働金庫・JA) \*その他一部取り扱い可能の金融機関もございます。

事務所にて、「預金口座振替依頼書」を準備しております。

ご入用の際には事務所までご連絡ください。所定の用紙をお渡ししますのでご記入・金融機関へのお届け印を捺印していただき事務所までご提出ください。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担を変更します

## 5. 利用の変更、追加、中止 (契約書第9条参照)

- ・利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、通所リハビリテーションの利用を中止又は変更、もしく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、サービスの実施日前日までに申し出てください。
- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間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。

## 6. 苦情・相談の受付について (契約書第14条参照)

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。

- 苦情・相談窓口 087-876-6260
- 綾川町健康福祉課 087-876-1113
- 国保連合会 087-822-7453

## 7. 事故発生時の対応 (契約書第11条・12条参照)

- ・当事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- ・当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

## 【別紙2】

# 個人情報の利用目的と使用同意書

介護老人保健施設あやがわ 通所リハビリテーションは、保有するご利用者様の個人情報の適切な取扱いに努力するとともに、個人情報に関連する法令その他の厚生労働省ガイドラインを遵守し個人情報の保護を図ることを宣言致します。

私及び私の家族の個人情報の利用については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

事業者が介護保険法に基づく「通所リハビリテーション契約書」第10条（秘密保持）に関し、私のより良い居宅サービス計画（通所リハビリテーション計画）の作成のために、サービス担当者会議等において必要な場合に使用する。

#### 2 使用する条件

個人情報の利用については、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に洩れることのないよう、細心の注意を払うこと。

#### 3 個人情報の内容

- ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等事業者が通所リハビリテーションを行うために必要な、利用者やその家族個人に関する情報
- イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

#### 4 使用する期間

事業者と私（または代理人）の間に交わされた通所リハビリテーション契約書に定めた期間に限るものとし、契約が解消された後は私（利用者）及び家族に関する個人情報の使用は認めない。

#### 5 ご利用者様の写真を、施設広報誌、ならびに施設内での掲示物等に掲載する場合。

#### **以下のいずれかに☑を記入して下さい。**

- 同意します。
- 同意しません。

## 通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設あやがわ 通所リハビリテーションの利用するにあたり、契約書及び別紙1【重要事項説明書】、別紙2【個人情報の利用目的と使用同意書】を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、提供の開始に際し十分に理解した上で同意します。

\*上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

利用者

< 住所 > \_\_\_\_\_

< 氏名 > \_\_\_\_\_ 印

身元引受人

< 住所 > \_\_\_\_\_

< 氏名 > \_\_\_\_\_ 印

(代理人が署名した場合)

利用者との続柄: \_\_\_\_\_

< 住所 > \_\_\_\_\_

< 氏名 > \_\_\_\_\_ 印

事業者

< 住所 > 香川県綾歌郡綾川町1720-1

< 事業者法人名 > 公益社団法人地域医療振興協会

< 施設名 > 介護老人保健施設 あやがわ  
事業所番号 3751580055号

< 代表者名 > 施設長 佐々木 宏起 印

