

通所リハビリテーション利用契約書

甲（利用者）

介護老人保健施設

乙（事業者） ジョイウェルス桔梗

（サービス契約の目的）

- 第1条 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い甲に対し、甲が可能な限り居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう各種サービスを提供します。
- 2 乙は、サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び本契約書末尾にその写しが添付されている甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、甲に対しサービスを提供します。
- 3 甲は、乙からサービスの提供を受けたときは、乙に対し別紙「重要事項説明書」の記載に従い利用料自己負担分を支払います。

（契約期間）

- 第2条 この契約の期間は、平成 年 月 日～平成 年 月 日 とします。
但し、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。
- 2 上記契約期間満了日の7日以上前に甲又は乙から更新拒絶の申し出がない場合、乙は甲に対し契約更新の意思を確認し、本契約と同一内容での更新の意思が確認された場合には、その旨の確認書を取り交わし本契約書末尾に添付します。
- 3 甲又は乙から更新拒絶の意思が表示された場合は、乙は他の事業者の情報を提供する等必要な措置をとります。

（サービス計画変更の援助）

- 第3条 乙は、甲が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

（サービス内容の変更）

- 第4条 甲が利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険法適用の有無については、別紙「重要事項説明書」の通りです。
- 2 甲は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。
乙は、甲からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護サービス契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。
- 3 サービス内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した「利用サービス変更合意書」を交わします。

（介護保険の適用を受けないサービスの説明）

- 第5条 乙は、その提供するサービスのうち介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料を説明し甲の同意を得ます。

（甲の解約権）

- 第6条 甲は、乙に対しいつでもこの契約の解約を申し入れることができます。

この場合には、7日以上の予告期間をもって届け出るものとし予告期間満了日に契約は解除されます。

(甲の解除権)

第7条 甲は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- 一 乙が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、甲の請求にもかかわらずこれを提供しようとししない場合。
- 二 乙が、第12条に定める守秘義務に違反した場合。
- 三 乙が、甲の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

(乙の解除権)

第8条 乙は、甲が法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、乙の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となったときは、1週間以上の予告期間をもって文書によりこの契約を解除します。

- 2 乙は、前項によりこの契約を解除する場合には、担当の介護支援専門員又は甲の代理人又は甲の家族等に連絡を取り必要な措置を講じます。

(利用料の滞納)

第9条 甲が、乙に支払うべき利用料の自己負担分を1ヶ月分以上滞納した場合には、乙は甲に対し7日以上の期間を定めて催告し、期間内に滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解除することができます。

- 2 乙は、前項の催告をした場合には、甲担当の介護支援専門員、甲の代理人又は家族等と連絡を取り、解除後も甲の健康・生命に支障のないように必要な措置を講ずる事に努めます。
- 3 乙は、前項の措置を講じた上で、甲が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもってこの契約を解除することができます。

(契約の終了)

第10条 次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- 一 甲が死亡したとき。
- 二 第6条に基づき、甲から解約の意思表示がなされたとき。
- 三 第7条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 四 第8条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 五 第9条3項に基づき、利用料の支払いが催告後も未納の場合。
- 六 甲が介護保険施設へ入所した場合。
- 七 甲の要介護状態区分が、自立とされた場合。

(事故発生時の対応及び損害賠償)

第11条 乙は、甲に対するサービスの提供にあたって、甲の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに甲又は甲の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

- 2 前項の場合において、当該事故の発生につき乙の故意若しくは重大な過失がある場合には損害を賠償します。
- 3 甲の行為により乙が何らかの被害・損害を受けた場合は、甲又は甲の代理人、甲の家族等は連帯して乙の被害を賠償します。

(秘密保持)

第12条 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供にあたって知り得た甲・甲の家族または身元引受人の秘密を漏らしません。

- 2 乙は、甲・甲の家族または身元引受人の個人情報を用いる場合は、甲・甲の家族または身元引受人の同意を得るものとします。

(苦情処理)

- 第13条 甲又は甲の家族は、乙により提供されたサービスに不満がある場合、別紙「重要事項説明書」記載の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。
- 2 乙は、前項による苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処するように努めます。
 - 3 乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(サービス内容等の記録作成・保存)

- 第14条 乙は、甲に対してサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日、内容及び介護保険から支払われる報酬等の必要事項を所定の書面に記載します。
- 2 乙は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から2年間保存します。

(合意管轄)

- 第15条 本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、函館地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを、乙、甲及び甲の家族は予め合意します。

(契約外条項)

- 第16条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

本契約を証するため、甲乙は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通保有します。

平成 年 月 日

私は、以上の契約につき説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

(利用者 甲) 住 所
氏 名 印
電話番号 () -

代 筆 者 続 柄 () 印
代筆理由：手が不自由 認知症 その他 ()

私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

(第1身元引受人) 住 所
氏 名 印
甲との続柄 ()
電話番号 () -

(第2身元引受人) 住 所
氏 名 印
甲との続柄 ()
電話番号 () -

当施設は、甲の申込を受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

(事業者 乙) 所 在 地 函館市桔梗町557番地
名 称 医療法人 聖仁会
介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗
代 表 者 管理者 森 久恒
電話番号 0138(46)8881

重要事項説明書（通所リハビリテーションサービス）

通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、厚生省令37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

法人の名称	医療法人 聖仁会
主たる事務所の所在地	函館市桔梗町557番地
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 森 敬
電話番号	0138(47)2222

2. ご利用施設

施設の名称	医療法人 聖仁会 介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗
施設の所在地	函館市桔梗町557番地
都道府県知事許可番号	0151480035
管理者の氏名	森 久恒
電話番号	0138(46)8881
ファクシミリ番号	0138(46)8880

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業所の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
入所サービス	平成12年4月1日	0151480035	100人
短期入所療養介護	平成12年4月1日	0151480035	
訪問リハビリテーション	平成16年7月1日	0151480035	
介護予防短期入所療養介護	平成18年4月1日	0151480035	
介護予防通所リハビリテーション	平成18年4月1日	0151480035	
介護予防訪問リハビリテーション	平成18年4月1日	0151480035	

4. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 医療法人聖仁会が開設する通所リハビリテーション事業所ジョイウェルス桔梗の適正な運営を行うために人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の職員が、要介護状態にある利用者に対し、適正な通所リハビリテーションサービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 事業所の通所リハビリテーション従業員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、理学療法、作業療法、言語療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業所その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提

供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了承を得ることとする。

5. 利用定員

定員	60名
----	-----

6. 通常の実施地域

実施地域	函館市、北斗市、七飯町
------	-------------

7. 営業日及び営業時間

営業日	月～土 但し、日曜日、祝祭日、年末と1月1日～3日までは除く
営業時間	通常は午前9時から午後5時まで 利用者の状況により通常時間外の利用も可能

8. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかにご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、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、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。(但し、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)
- (3) キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

期間	キャンセル料
利用日の前日まで	無料
利用日の当日	利用者負担金の100%

9. 職員体制

従業者の職種	人員
管理者	1名
医師	1名
看護職員	2名
介護職員	8名
支援相談員	3名(常勤兼務3名)
理学療法士	2名(常勤兼務2名)
作業療法士	1名(常勤兼務1名)
言語聴覚士	2名(常勤兼務2名)
管理栄養士	1名(常勤兼務1名)

10. 通所リハビリテーションの内容

通所リハビリテーションは、医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等リハビリスタッフによって作成される通所リハビリテーション計画及びリハビリテーション実施計画書に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なりハビリテーションを行う。

※守秘義務及び個人情報の保護

施設職員に対して、施設職員である期間および施設職員でなくなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を漏らすことがないよう指導教育を適時行うほか、施設職員等が本規定に反した場合は、違約金を求めるものとしております。

1 1. 利用料等

- (1) 通所リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該通所リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときは、その1割の額とする。(利用料金参照)
- (2) 前項のほか、介護保険給付外サービスの支払いを利用者から徴収する。
- (3) 支払い方法は毎月7日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の15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。なお、お支払いの方法は、現金、銀行振込等があります。

1 2. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設の各窓口までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

・相談窓口 ・苦情対応窓口	電話番号	0138-46-8881
	Fax 番号	0138-46-8880
	支援相談員	信太克則、佐藤大典、熊木清仁
	介護支援専門員	福崎伶子、木村トモ子、関大樹
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

函館市福祉部 福祉推進課 福祉サービス苦情 処理委員事務局	所在地	函館市東雲町4番13号
	電話番号	0138-21-3297
	Fax 番号	0138-26-6657
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分
北斗市民生経済部 健康推進課 介護保険グループ	所在地	北斗市中央1丁目3番10号
	電話番号	0138-73-3111 (内144 内145)
	Fax 番号	0138-74-2510
	対応時間	午前8時30分～午後5時00分
七飯町保健福祉課 介護福祉係	所在地	亀田郡七飯町字本町568番3号
	電話番号	0138-65-2511
	Fax 番号	0138-65-1472
	対応時間	午前8時30分～午後5時00分
北海道国民健康保険 団体連合会	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
	電話番号	011-231-5161
	Fax 番号	011-233-2178
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
北海道保健福祉部 福祉局介護保険課 保険運営グループ	所在地	札幌市中央区北3条西6丁目
	電話番号	011-231-4111 内線25-911
	Fax 番号	011-232-1097
	対応時間	午前8時45分～午後5時30分

1 3. 協力医療機関（1）

医療機関の名称	森 病院
院長名	森 敬
所在地	函館市桔梗町557番地
電話番号	0138-47-2222
診療科	内科、循環器、消化器科、理学診療科、放射線科
入院設備	135床

協力医療機関（2）

医療機関の名称	函館新都市病院
院長名	青野 允
所在地	函館市石川町331-1
電話番号	0138-46-1321
診療科	脳神経外科、内科、理学診療科、整形外科、歯科
入院設備	155床

協力医療機関（3）

医療機関の名称	遠藤整形外科
院長名	遠藤 尚暢
所在地	函館市桔梗町333番地の5
電話番号	0138-46-8525
診療科	整形外科、理学診療科
入院設備	19床

1 4. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	三ツ石歯科
院長名	三ツ石 信
所在地	函館市桔梗町327番地
電話番号	0138-47-1000
入院設備	無

1 5. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー 避難階段 自動火災報知器 誘導灯
※消防法適合施設	防火扉・シャッター 屋内消火栓 自動通報装置 漏電火災報知器 カーテン、布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	毎年5月提出 防火管理者 幸地長仁

1 6. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	全館禁煙となっております。 飲酒は原則禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	自己管理とさせていただきます。
現金等の管理	自己管理とさせていただきます。ご自分で管理できない方は職員に申し出てください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

17. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医

病院名

住 所 〒 —

電話番号 ()

(2) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医

病院名

住 所 〒 —

電話番号 ()

(3) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

緊急の場合には「利用同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します

18. 介護保険給付費と利用料等

(1) 介護保険給付による自己負担額（1日）

[3時間以上4時間未満]

・ 経過的要介護	338円
・ 要介護1	386円
・ 要介護2	463円
・ 要介護3	540円
・ 要介護4	617円
・ 要介護5	694円

[4時間以上6時間未満]

・経過的要介護	447円
・要介護1	515円
・要介護2	625円
・要介護3	735円
・要介護4	845円
・要介護5	955円

[6時間以上8時間未満]

・経過的要介護	591円
・要介護1	688円
・要介護2	842円
・要介護3	995円
・要介護4	1,149円
・要介護5	1,303円

- ①通所リハビリテーション計画上入浴介助を行うこととなっている場合は、上記通所リハビリテーション費に50円が加算されます。
- ②リハビリ実施計画書を作成し、リハビリを行った場合は1日につき20円が加算されます。
- ③②のリハビリにおいて集中的にリハビリを実施した場合に180円、若しくは130円、若しくは80円が加算されます。
- ④若年性認知症ご利用者のみのプログラムを別に作成し、通所リハビリテーションを実施した場合は60円が加算されます。
- ⑤この他、理学療法士、作業療法士等がご自宅に伺い、通所リハビリテーション計画の作成や見直しを行った場合は550円が加算されます。
- ⑥栄養改善サービスを行った場合は100円が加算されます。(月2回限度)
- ⑦摂食・嚥下機能に関する訓練若しくは指導を行った場合は100円が加算されます。(月2回限度)

(2) 介護保険給付外サービス

①食費

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

朝食	380円
昼食	500円
夕食	500円

②日用生活品費

バスタオル	45円/枚
フェイスタオル	20円/枚
リンスインシャンプー	8円/回
ボディソープ	15円/回
食事用おしぼり	15円/枚
おやつ	50円/食

カミソリ

15円／本

施設から一律に提供しているものではなく、利用者様よりご希望があったものに限りお支払いいただきます。

③教養娯楽費

倶楽部で使用する、習字、七宝焼、粘土等の材料等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。 材料費等の実費徴収

④基本時間外施設利用料／1時間

1,320円

利用者の家族の出迎え等の都合で、通所リハビリテーション終了後も利用者が長時間施設に滞在する場合にお支払いいただきます。

⑤文書料（内税）

525～5,250円

診断所等の文書の発行手数料としてお支払いいただきます。