

介護予防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） ジョイウエルス桔梗

（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、甲の要支援状態区分及び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、令和 年 月 日～令和 年 月 日までとします。但し、契約期間満了日以前に甲が要支援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2週間以上前に甲又は乙から更新拒絶の申し出がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は従前の契約期間経過の翌日から1年間毎に引き続き自動更新とします。
- 4 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。

（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、7日以上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 甲の要支援状態区分が、要介護又は自立とされた場合。

(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。

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、介護サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から5年間保存します。尚、介護サービス記録については、甲若しくは代理人の求めにより、乙の定める個人情報保護規定に則り開示することができます。

(連帯保証人)

第15条 連帯保証人は利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。

2 前項の負担は、極度額20万円を限度とします。

3 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者又は連帯保証人が死亡した時に確定するものとします。

4 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく、利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者のすべての債務の額等に関する情報を提供します。

(合意管轄)

第16条 本契約に起因する紛争に関しては訴訟の必要性が生じたときは、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、甲および甲の家族は予め合意します。

(契約に定めのない事項)

第17条 この契約に定めのない事項について疑義が発生したときは、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲、甲の後見人、甲の家族及び身元引受人と乙の間で協議の上誠意を持って解決するものとします。

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。

令和 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、身元引受人及び連帯保証人の責任について理解しました。

(第1身元引受人及び連帯保証人)

住 所

氏 名

印

甲との続柄 ()

電話番号 () -

(第2身元引受人及び連帯保証人)

住 所

氏 名

印

甲との続柄 ()

電話番号 () -

当施設は、甲の申し込みを受け、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（介護予防通所リハビリテーションサービス）

介護予防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 久恒
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
FAX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	
通所リハビリテーション	平成12年4月1日	0151480035	60人
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介護予防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、要支援状態にある利用者に対し、適正な介護予防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〕 事業所の介護予防通所リハビリテーション従業員は、要支援者等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り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、年末(12/31)、1月1日～3日までは除く
営業時間	通常は午前8時45分から午後5時15分まで 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になりますので、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	基本料金の利用回数割

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	9名(常勤兼務2名)
支援相談員	3名(常勤兼務3名)
理学療法士	3名(常勤兼務3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. 介護予防通所リハビリテーションの内容

介護予防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介護予防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リ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。

11. 利用料等

- (1) 介護予防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、当該介護予防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割又は2割若しくは3割の額とする。(利用料金参照)
また、当該介護予防通所リハビリテーションが法定代理受領サービスでないとき(区分支給限度基準を超えたサービス利用等)は、その全額を本人負担となります。
- (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20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、平田 弘司、関 大樹
	介護支援専門員	齋藤 宏和、堀合 匡、水野 利幸
	看護師長	森 敏子
	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。

函館市保健福祉部 高齢福祉課 相談支援担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3025 対応時間 午前8時45分～午後5時30分 ※養護者による高齢者虐待の通報等
函館市保健福祉部 指導監査課 高齢者担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3926 0138-21-3927 0138-21-3923 対応時間 午前8時45分～午後5時30分 ※養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報等
北斗市民生部 保健福祉課	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
七飯町福祉課 介護保険係	所在地 亀田郡七飯町本町6丁目1番1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15分
北海道国民健康保険 団体連合会 総務部介護障害者 支援課企画苦情係	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 電話番号 011-231-5175 (専用) Fax 番号 011-233-2178 対応時間 午前9時00分～午後5時00分

1 3. 協力医療機関 (1)

医療機関の名称	森 病院
---------	------

院長名	森 久恒
所在地	函館市桔梗町557番地
電話番号	0138-47-2222
診療科	内科、循環器内科、消化器内科、緩和ケア内科、リハビリテーション科
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	原口 浩一
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、脳神経内科、内科、循環器内科、整形外科、リハビリテーション科、小児科、麻酔科、放射線科、歯科
入院設備	155床

14. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	みさわ歯科口腔外科クリニック
院長名	三澤 肇
所在地	函館市桔梗5丁目14-1
電話番号	0138-47-3733
入院設備	無

15. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画に則り対応を行います。
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 ※消防法適合施設	スプリンクラー 避難階段 自動火災報知器 誘導灯 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 寺田昌弘

16. 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	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。
------------	--------------------------------

⑬ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	
・要支援 1	88円／月
・要支援 2	176円／月
⑭ 科学的介護推進体制加算	40円／月
⑮ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき所定単位×86／1000

2 利用料 介護保険給付外サービス

①日用品費

バスタオル	95円／枚
入浴用タオル	45円／枚
リンスインシャンプー	40円／回
ボディソープ	40円／回
食事用おしぼり	20円／枚
おやつ	50円／食

②教養娯楽費	材料費等の実費徴収
③朝 食	455円／食
④昼 食	500円／食
⑤夕 食	500円／食

3 その他の料金	①文書料（内税）	550～5,500円／通
----------	----------	--------------

個人情報の利用目的

介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗では、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】

〔介護老人保健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
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －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
 - －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
 - －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
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －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
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －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
 - －外部監査機関への情報提供

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次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
施設サービスを円滑に提供するために実施する担当者会議等において必要な場合
- 2 使用する職員の範囲
利用者に対してサービス提供または相談援助等を担当する職員
- 3 使用する期間
利用開始から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

- 4 条 件
 - (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
 - (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

介護老人保健施設介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護予防通所リハビリテーション利用の重要事項説明書及び(別紙1：個人情報の利用目的)(別紙2：個人情報使用同意書)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、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

印

代筆者

続柄 ()

印

代筆理由：手が不自由 認知症 その他 ()

<家族>

住 所

氏 名

続柄 ()

印

<身元引受人>

住 所

氏 名

続柄 ()

印

【請求書及び領収書、お知らせ等の送付先】

氏 名	(続柄：)
住 所	
電話番号	
支払方法	持参 ・ 振込 ・ 本人支払

【①緊急時及び事故発生時の連絡先】 左記の連絡先が上記と違う方は記載して下さい

氏 名	(続柄：)
住 所	
電話番号	携帯： - -

【②緊急時及び事故発生時の連絡先】 左記の連絡先が上記と違う方は記載して下さい

氏 名	(続柄：)
住 所	
電話番号	携帯： - -

介護予防通所リハビリテーションサービス契約の締結にあたり、重要事項及び別紙等の説明を致しました。

所在地：函館市桔梗町557番地

事業所名：介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗

説明者：

(支援相談員)

印