

通所リハビリテーション
利用契約書
重要事項説明書

介護保険在宅支援事業
つくだ整形外科(ロコモケアステーション)
指定番号 2812101638

〒676-0003 高砂市今市2丁目301-1
電話(079)444-5544

通所リハビリテーション契約書

(契約の目的)

第1条 事業所は、介護保険法等の関連法令及びこの契約書に従い、利用者がその有する能力に応じて可能な限り居宅で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サービス(以下サービス)を提供し、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持向上を図れるようにします。

(契約期間と更新)

第2条 この契約書の契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要介護認定有効期間の満了日までとします。ただし、上記の契約期間の満了日以前に、利用者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の満了日をもって契約期間の満了日とします。

- 2 前項の契約期間の満了日の7日前までに利用者から更新拒絶の意思表示がない場合は、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、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。

(通所リハビリテーション計画の作成・変更)

第3条 事業所は、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、「介護サービス計画」(ケアプラン)に沿って「通所リハビリテーション計画」を作成し、計画に従ってサービスを提供します。

- 2 事業所は、利用者がサービスの内容や提供方法などの変更を希望する場合には、その変更が介護サービス計画(ケアプラン)の範囲内で可能なときは、計画の変更を行います。
- 3 前項の変更に際して、介護サービス計画(ケアプラン)の変更が必要となる場合は、速やかに利用者の居宅介護支援事業者に連絡するなど必要な援助を行います。
- 4 事業所は、通所リハビリテーション計画書を作成又は変更した際には、これを利用者及びその後見人又は家族に対し説明し、その同意を得るものとします。

(サービス提供の記録等)

第4条 事業所は、利用者のサービスの実施状況等に関する記録を整備し、この契約の終了後5年間保管します。

- 2 利用者及びその後見人(後見人がいない場合は、利用者の家族)は、必要がある場合は、事業所に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、事業所の業務に支障のない時間に行うこととします。

(苦情対応)

第5条 事業所は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、事業所が提供したサービスについて利用者、利用者の後見人又は利用者の家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

- 2 事業所は、利用者、利用者の後見人又は利用者の家族が苦情申立てを行ったことを理由として、利用者に対し不利益な取扱いをすることはできません。

(緊急時の対応)

第6条 事業所は、現にサービスの提供を行っているときに利用者に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

(利用料金)

第7条 事業所が提供するサービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙【重要事項説明書】に記載した通りです。

(利用者負担額の滞納)

第8条 利用者が正当な理由なく利用者負担額を2ヶ月以上滞納した場合は、事業所は、1ヶ月以上の期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

- 2 事業所は、前項の催告をしたときは、利用者の介護サービス計画(ケアプラン)を作成した居宅介護支援事業者と、利用者の日常生活を維持する見地から計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。
- 3 事業所は、前項に定める協議を行い、かつ利用者が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書によりこの契約を解除することができます。

(守秘義務)

第9条 事業者及び事業者の従事者は、サービス提供にあたって知り得た利用者又は利用者家族の秘密及び個人情報について正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

- 2 事業者は、事業者の従業員が退職後、在籍中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者のサービス計画立案のためのサービス担当者会議並びに介護支援専門員及びサービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲で使用します。
- 4 第1項の規定にかかわらず、事業者は高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律124号)に定める通知ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

(利用者の解除権)

第10条 利用者は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日間以内の通知でもこの契約を解除することができます。

(事業者の解除権)

第11条 事業所は、利用者に対して、30日間以上の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することによって、この契約を解除することができます。

- 2 次の理由に該当した場合は、利用者は文章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2か月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず、30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
 - (3) 利用者またはその家族が事業者やサービス従事者または他の利用者に対して、この契約

を継続し難いほどの背徳行為をおこなった場合

- 3 事業所は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって利用者の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第12条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) 利用者が、要介護認定を受けられなかったとき
- (2) 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに利用者から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき
- (3) 第10条に基づき、利用者が契約を解除したとき
- (4) 第8条3項又は第11条に基づき、事業所が契約を解除したとき
- (5) 利用者が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- (6) 利用者が死亡したとき

(損害賠償)

第13条 事業所は、通所リハビリテーションの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者又は利用者の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 2 前項において、事故により利用者に損害が発生した場合は、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業所に故意、過失がない場合はこの限りではありません。また義務履行を確保するために、事業者は損害賠償保険に加入します。(当事業所は日本興亜株式会社と保険契約を結んでおります。)
- 3 前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(虐待防止について)

第14条 事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 2 成年後見制度の利用を支援します。
- 3 苦情解決体制を整備します。
- 4 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- 5 サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者(現に擁護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

(身体拘束について)

第15条 事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことができます。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止できない場合に限ります。

一時性・・・利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが無くなった場合は、他

たちに身体拘束を解きます。

(非常災害対策)

第16条 事業所は、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から火災・風水害・地震等の自然災害ならびに新型コロナウイルスなどの感染症に対処するため 事業継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練(シュミレーション)を年2回以上実施します。

(利用者代理人)

第17条 利用者は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 利用者の代理人選任に際して必要がある場合は、事業所は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(裁判管轄)

第18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、神戸地方裁判所姫路支部をもって、第一審管轄裁判所とすることを、利用者及び利用者代理人、事業者は予め合意します。

(本契約に定めのない事項義務)

第19条 この契約に定めのない事項及び疑義がある場合は、介護保険法令その他法令の定めるところにより、利用者及び利用者代理人、事業者が協議のうえ、誠意をもって処理するものとします。

【別紙1】

重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所の名称	介護保険在宅支援事業所 通所リハビリテーション つくだ整形外科 ロコモケアステーション
指定事業所番号	2812101638
サービスの種類	通所リハビリテーション
代表者	佃 政憲
事業所の所在地	兵庫県高砂市今市2丁目301-1
電話番号	079-444-5544
FAX番号	079-444-5656
開設年月日	2013年4月1日
施設の概要	機能訓練室、静養コーナー、相談室

2. サービス提供時間帯

営業日	月曜・火曜・水曜・木曜・金曜・土曜
休業日	日祝、夏季休暇、年末年始
営業時間	月・火・水・金 9:00～19:00 木・土 9:00～13:00
サービス提供時間	1時間以上2時間未満
その他臨時休業	施設の改修や職員研修及び天候悪化によって臨時的に休業する場合があります。施設改修等、臨時休業する日程が事前にお知らせできる場合については速やかに臨時休業の理由・休業日を利用者様にお伝えします。天候悪化などの場合は当日お電話によって臨時休業のお知らせをさせていただきます。

3. サービスの内容

健康状態の確認、個別機能訓練、生活指導、口腔機能向上、その他必要な介護。

4. 事業の目的と運営方針

目的	高齢者の方々にリハビリテーションを通じて体力の向上・維持を図り、いつまでも元気であり続けられるサービスの提供と、ご利用者の自己実現が叶い、心身ともに充実した日々をお過ごしいただくことを目的としています。 また、ご家族の精神的・身体的負担を軽減します。
運営方針	1. 人権の尊重 2. 主体性（自己決定）の尊重 3. 安全と安心感の尊重 4. 生きがいの発見のサポート 5. 地域との連携

5. 事業所の職員体制

従事者の職種	員数
管理者	1名
機能訓練指導員	2名以上
介護職員	1名以上

6.利用料

	算定報酬 (単位)	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	369 単位/回	376 円/回	751 円/回	1126 円/回
要介護2	398 単位/回	405 円/回	810 円/回	1215 円/回
要介護3	429 単位/回	437 円/回	873 円/回	1309 円/回
要介護4	458 単位/回	466 円/回	932 円/回	1398 円/回
要介護5	491 単位/回	500 円/回	999 円/回	1498 円/回

理学療法士等体制強化加算	30 単位/回	31 円/回	61 円/回	92 円/回
リハビリテーションマネジメント加算 ロ (6ヶ月迄)	593+270 単位/月	878 円/月	1756 円/月	2490 円/月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ (6ヶ月超)	273+270 単位/月	553 円/月	1105 円/月	1657 円/月
短期集中個別リハビリテーション実施 加算 ※1	110 単位/日	112 円/日	224 円/日	336 円/日
認知症短期集中リハビリテーション実 施加算 (I) ※2	240 単位/日	244 円/日	488 円/日	732 円/日
認知症短期集中リハビリテーション実 施加算 (II) ※3	1920 単位/月	1953 円/月	3906 円/月	5858 円/月
生活行為向上リハビリテーション実 施加算 ※4	1250 単位/月	1272 円/月	2543 円/月	3814 円/月
若年性認知症利用者受入加算 ※5	60 単位/日	61 円/日	122 円/日	183 円/日
退院時共同指導加算 ※6	600 単位/回	611 円/回	1221 円/回	1831 円/回
口腔栄養スクリーニング加算 (I)	20 単位/月	21 円/月	41 円/月	61 円/月
口腔栄養スクリーニング加算 (II)	5 単位/月	5 円/月	10 円/月	15 円/月
口腔機能向上加算 (II) ロ ※7	160 単位/月	163 円/月	326 円/月	489 円/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	41 円/月	82 円/月	122 円/月
送迎未実施減算	△47 単位/回	△48 円/回	△96 円/回	△144 円/回
移行支援加算 ※8	12 単位/日	13 円/日	25 円/日	37 円/日
サービス提供体制強化加算 (III) ※9	6 単位/回	7 円/回	13 円/回	19 円/回
		合計単位数×6.6%		

※1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8 は対象者のみの加算となります。

※9 は厚生労働省が定める基準に従い算定します。

【その他の費用(介護保険外)】

紙おむつ・紙パッド・布下着類・おやつ代等

7. 支払い方法

現金持込

8. 苦情相談窓口

(1) 当事業所のお客様相談窓口

窓口担当者:加藤 直子

電話番号:079-444-5544

FAX 番号:079-444-5656

(2) 当事業所以外にもお住まいの市町村及び、兵庫県国民健康保険団体連合の相談・苦情 窓口に伝えることもできます。

①兵庫県国民健康保険団体連合

電話番号:078-332-5618

FAX 番号:078-332-9520

②東播磨県民局加古川健康福祉事務局 介護保険相談センター

電話番号:079-421-9108

③高砂市市民部保険年金室介護保険課

電話番号:079-443-9063

④加古川市福祉部法人指導課

電話番号:079-427-9391

9. 緊急時及び事故発生時の対応

(1) サービスの提供中に、ご利用者の容体の変化等があった場合は、医療機関及びご家族並びに必要と判断される関係者等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

(2) ご利用者に対するサービスの提供に関して事故が発生した場合には、直ちにご利用者又はご家族にご連絡いたします。合わせて、保険者（市区町村）にも連絡し、事故の原因を解明するとともに再発を防ぐための対策を講じます。

(3) 事業所は、サービス提供に伴って、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。

10. 非常災害対策

非常災害に備えるため消防計画を作成し当該消防計画に基づく次の業務を行います。

①消火、通報及び避難の訓練

②消防設備、施設などの点検及び整備

③従業員の火気の使用または取扱いに関する監督

④その他防火管理上必要な業務

11. その他留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) 禁止事項

①サービス利用時間中の無断外出

②施設内での火気の使用

③事業所内での喫煙

④施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること

⑤営利目的の行為

⑥施設内での宗教活動及び政治活動

(2) 施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。当事業所の備品の利用に際しては清潔保持、整理整頓に心がけ大切に使用して下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。

- (3) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (4) 病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。
- (5) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (6) サービス利用に関係のない物の持ち込みはご遠慮ください。(特に金品類) 紛失された場合、当事業所では責任を負いかねますのでご了承ください。
- (7) 事業所内での食品をはじめとした様々な品物のやり取りはなさないようにお願いします。やり取りされた品物でトラブルが起こった場合、当事業所では責任を負いかねますのでご了承ください。

- (8) 下記のハラスメントに該当する行為がみられた場合はサービスを終了させていただくことがありますのでご注意ください。
 - ①暴力又は乱暴な言動、無理な要求 ・物を投げつける ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける ・怒鳴る、奇声、大声を発する ・対象範囲外のサービスの強要
 - ②セクシュアルハラスメント ・介護従事者の体を触る、手を握る ・腕を引っ張り抱きしめる ・ヌード写真を見せる ・性的な話し卑猥な言動をする など
 - ③その他 ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く ・ストーカー行為 など

サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

つくだ整形外科 ロコモケアステーション

説明担当者 _____

以上のとおり、利用契約が成立したことを証するために本利用契約書2通を作成し、利用者様及び事業者は記名押印の上、各自その1通を保有することとします。

サービス利用にあたり、利用契約書及び別紙1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、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

電話 _____

緊急時連絡先 _____ (続柄 _____)

上記代理人 (代筆者)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

事業者

名称 つくだ整形外科 ロコモケアステーション _____

所在地 兵庫県高砂市今市2丁目301-1 _____

代表者 佃 政憲 _____ 印

電話 079-444-5544 _____

FAX 079-444-5656 _____