

医療法人社団青雲会

介護老人保健施設 エバーグリーンハイツ室蘭

通所リハビリテーション  
契約書・重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション 契約書・重要事項説明書)

# 通所リハビリテーション利用契約書

利用者（以下「甲」という。）と医療法人社団青雲会 介護老人保健施設エバーグリーンハイツ室蘭（以下「乙」という。）とは、通所リハビリテーションサービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

## （目的）

### 第1条

1. 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り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を提供し、甲の心身の維持回復を図ります。
2. 乙は、通所リハビリテーションサービスの提供にあたっては、甲の要介護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います。

## （契約期間）

### 第2条

1. この契約書の契約期間は、令和 年 月 日から有効期間満了日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）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（支援）認定有効期間の満了日までとします。
2. 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲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（支援）認定有効期間の満了日までとします。

## （運営規程の概要）

### 第3条

1. 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、通所リハビリテーションサービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

## （通所リハビリテーション計画の作成・変更）

### 第4条

1. 乙は、診療又は運動機能検査等の結果を基に、甲の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。
2. 通所リハビリテーション計画には、リハビリテーションの目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。
3. 通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。

4. 乙は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する通所リハビリテーションサービスの目的に従い、通所リハビリテーション計画の変更を行います。

(1) 甲の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該通所リハビリテーション計画を変更する必要がある場合

(2) 甲が通所リハビリテーションサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合

5. 前項の変更に際して、居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに甲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。

6. 乙は、通所リハビリテーション計画を作成し又は変更した際には、これを甲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。

7. 通所リハビリテーションサービスの内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用する通所リハビリテーションサービスの内容、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契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

### **(通所リハビリテーションサービス内容及びその提供)**

#### **第5条**

1. 乙は、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づいて、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の通所リハビリテーションサービスを提供します。
2. 乙は、甲に対して通所リハビリテーションサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。
3. 乙は、甲の通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければなりません。
4. 甲及びその後見人(後見人がいない場合は、甲の家族)は、必要がある場合は、乙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、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

### **(居宅介護支援事業者等との連携)**

#### **第6条**

1. 乙は、甲に対して通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

### **(協力義務)**

#### **第7条**

1. 甲は、乙が甲のため通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

## (苦情対応)

### 第8条

1. 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した通所リハビリテーションサービスについて甲、甲の後見人又は甲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. 乙は、甲、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲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9条

1. 乙は、現に通所リハビリテーションサービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

## (費 用)

### 第10条

1. 乙が提供する通所リハビリテーション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とおりです。
2. 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。
3. 乙は、提供する通所リハビリテーションサービスのうち、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金を説明し、甲の同意を得ます。
4. 乙は、前二項に定める費用のほか、次の各号に掲げる費用の支払いを甲に請求することができます。
  - 一 乙の通常の事業の実施地域以外にある甲の居宅から、甲を送迎する場合に要する費用
  - 二 甲の要望により通常要する時間を超えて提供された通所リハビリテーションサービスの費用から通常提供される通所リハビリテーションサービス費用を差し引いた額
  - 三 食事の提供に要する費用
  - 四 おむつ代
  - 五 通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、甲に負担させることが適当と認められる費用
5. 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。
6. 乙は、甲が正当な理由もなく通所リハビリテーションサービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、契約書別紙サービス内容説明書に記載したキャンセル料の支払いを求めることができます。
7. 乙は、通所リハビリテーションサービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

8. 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

### **(利用者負担額の滞納)**

#### **第11条**

1. 甲が正当な理由なく利用者負担金を2月以上滞納した場合は、乙は、30日以上を定めて、利用者負担金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. 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、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. 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第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、この契約を文書により解除することができます。
4. 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として通所リハビリテーションサービスの提供を拒むことはできません。

### **(秘密保持)**

#### **第12条**

1. 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。
2. 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

### **(甲の解除権)**

#### **第13条**

1. 甲は、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。

### **(乙の解除権)**

#### **第14条**

1. 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三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になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。
2. 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって主治医、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、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15条

1. 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。
  - 一 甲が、要介護(支援)認定を受けられなかったとき
  - 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲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。
  - 三 第13条に基づき、甲が契約を解除したとき
  - 四 第11条3項又は第14条に基づき、乙が契約を解除したとき
  - 五 甲が、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
  - 六 甲が、死亡したとき

## (損害賠償)

### 第16条

1. 乙は、通所リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲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、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。
3. 前項の場合において、当該事故発生につき甲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。

## (利用者代理人)

### 第17条

1. 甲は、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. 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙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。

## (合意管轄)

### 第18条

1. この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、地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

## (協議事項)

### 第19条

1. この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

## 通所リハビリテーション重要事項説明書

### 1. 通所リハビリテーション事業者の概要

|         |                                                                                                                                                                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称／法人種別 | エバーグリーンハイツ室蘭／医療法人                                                                                                                                                                                      |
| 代表者名    | 理事長 上原 総一郎                                                                                                                                                                                             |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒050-0061 室蘭市八丁平1丁目49番地<br>(電話) 0143-46-4500<br>(FAX) 0143-46-4501<br>(URL) <a href="http://www.seiunkai.jp">www.seiunkai.jp</a><br>(Mail) <a href="mailto:info@seiunkai.jp">info@seiunkai.jp</a> |

### 2. 事業所の概要

#### (1) 事業所名称及び事業所番号

|         |                                                                                                                                                                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名    | エバーグリーンハイツ室蘭                                                                                                                                                                                           |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒050-0061 室蘭市八丁平1丁目49番地<br>(電話) 0143-46-4500<br>(FAX) 0143-46-4501<br>(URL) <a href="http://www.seiunkai.jp">www.seiunkai.jp</a><br>(Mail) <a href="mailto:info@seiunkai.jp">info@seiunkai.jp</a> |
| 事業所番号   | 0153580014                                                                                                                                                                                             |
| 管理者の氏名  | 上原 総一郎                                                                                                                                                                                                 |
| 利用定員    | 25名                                                                                                                                                                                                    |

#### (2) 事業所の職員体制

| 従業者の職種               | 人数 | 常勤                    | 非常勤 | 常勤換算後の人数 | 職務の内容    |
|----------------------|----|-----------------------|-----|----------|----------|
| 管理者                  | 1  | 1                     |     | 1        | 医師兼務     |
| 医師                   | 1  | 1                     |     | 1        | 管理者兼務    |
| 介護職                  | 8  | 6                     | 2   | 7.6      | 介護サービス   |
| 作業療法士・理学療法士<br>言語聴覚士 | 8  | 1                     | 7   | 1        | リハビリサービス |
| 看護師                  | 3  | 1                     | 2   | 1.7      | 医療サービス   |
| 支援相談員                | 1  | 1 <small>(兼務)</small> |     | 0.2      | 介護職兼務    |
| 運転技術員                | 1  |                       | 1   | 0.4      | 送迎業務     |

### (3) 勤務体制

| 従業者の職種      | 勤務体制       | 休暇 |
|-------------|------------|----|
| 管理者         | 9:00～17:30 |    |
| 医師          | 9:00～17:30 |    |
| 介護職員        | 8:30～17:30 |    |
| 作業療法士・理学療法士 | 9:00～17:30 |    |
| 看護職員        | 9:00～17:30 |    |
| 准看護師        | 9:00～17:30 |    |
| 支援相談員       | 9:00～17:30 |    |

### (4) 実施地域

|         |           |
|---------|-----------|
| 事業の実施地域 | 室蘭市・登別市一部 |
|---------|-----------|

＊上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

### (5) 営業日

| 営業日    | 営業時間               |
|--------|--------------------|
| 平日     | 8:30～17:30         |
| 土曜日    | 8:30～17:30         |
| 営業しない日 | 日曜日・祝日・12月31日～1月3日 |

## 3. サービスの内容及び費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### I. サービス内容

| 種類       | 内容                                                                                                  |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事       | (食事時間) 12:00～13:00<br>利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。食事サービスの利用は任意です。                  |
| 入浴       | 入浴又は清拭を行います。<br>寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。入浴のサービスの利用は任意です。                                     |
| 排泄       | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                       |
| 機能訓練     | 理学療法、作業療法、個別リハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。<br>＜当施設の保有するリハビリ器具＞<br>歩行器 車イス 杖 エルゴメーター 平行棒 |
| レクリエーション | 利用者の生活面での指導・援助を行います。各種のレクリエーションを                                                                    |

|        |                                       |
|--------|---------------------------------------|
|        | 実施します。                                |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。                |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。                  |
| 送迎     | ご自宅から施設までの送迎を行います。利用料は基本サービス料金に含まれます。 |

## Ⅱ．費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割が利用者負担となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

**負担割合2割の場合 2 倍、3割の場合3倍の金額になります。**

### ○所要時間・負担割合額

| 介護度  | 6時間以上<br>7時間未満                   | 5時間以上<br>6時間未満 | 3時間以上<br>4時間未満 | 1時間以上<br>2時間未満 |
|------|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| 要支援1 | 2, 268円/月 (2, 148円/月 (12カ月以上利用)) |                |                |                |
| 要支援2 | 4, 228円/月 (3, 988円/月 (12カ月以上利用)) |                |                |                |
| 要介護1 | 715円                             | 622円           | 486円           | 369円           |
| 要介護2 | 850円                             | 738円           | 565円           | 398円           |
| 要介護3 | 981円                             | 852円           | 643円           | 429円           |
| 要介護4 | 1.137円                           | 987円           | 743円           | 458円           |
| 要介護5 | 1.290円                           | 1.120円         | 842円           | 491円           |

- \* 上記の料金の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- \* 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますので、ご相談ください。

### (2) 介護保険給付対象外サービス

#### ○通常要する時間を超えるサービス

利用者様の希望により、通常提供する通所リハビリテーションサービスの所要時間を超えて、サービスを提供する場合は、料金表により、該当する所要時間の利用料から通常要する所要時間の利用料を差し引いた額を負担していただきます。

#### ○ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。

#### ○ おむつ代

おむつを使用される方は、オムツ代の実費が必要となります。

#### ○ 事業の実施地域以外の送迎費

実施地域以外の地域にお住まいの方は、送迎費が別途実費で必要です。

ただし、実施地域内は費用負担がありません。

○ その他の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、末日までに下記の口座に振り込み送金又は、御持参にてお支払ください。

|        |              |
|--------|--------------|
| 北洋銀行   | 中島町支店        |
| 普通預金口座 | 口座番号 4042959 |
| 口座名義   | イ)セイウンカイ     |

\* 入金確認後、領収書を発行します。

4. 事業所の特色

(1) 事業の目的

当施設が行う指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの事業は、要介護状態等となった場合においても、その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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 運営方針

- ・ 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは、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、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- ・ 事業者自らその提供する指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- ・ 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。
- ・ 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる従業者は、指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ・ 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。

- ・ 指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能 訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

### (3)その他

| 事項                     | 内容                                                                                                              |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価 | 相談員が利用者様の直面している課題等を評価し、利用者様の希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を診断記録に記載して利用者様に説明したうえ、交付します。 |
| 従業員研修                  | 年2回、実務研修を行います。                                                                                                  |

### 5. サービス内容に関する苦情等相談窓口

|              |                                                                                    |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 当事業所利用者様相談窓口 | 窓口担当者 太田 裕理<br>ご利用時間 9:00～17:30<br>ご利用方法 電話 0143-46-4500<br>面接 当事業所1F<br>苦情箱 1Fに設置 |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|

### 6. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあつた場合は、速やかに利用者様の主治医・救急隊・緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所等へ連絡をします。

|     |      |  |
|-----|------|--|
| 主治医 | 病院名  |  |
|     | 所在地  |  |
|     | 主治医  |  |
|     | 電話番号 |  |

|                      |      |  |
|----------------------|------|--|
| 緊急時<br>連絡先<br>(ご家族等) | 氏名   |  |
|                      | 続柄   |  |
|                      | 住所   |  |
|                      | 電話番号 |  |

## 7. 非常災害時の対策

|        |                                           |             |
|--------|-------------------------------------------|-------------|
| 非常時の対応 | 当施設の消防計画に基づいて対応します                        |             |
| 訓練     | 当施設の消防計画に基づいて、防火・避難訓練等を年に2回以上実施し、非常時に備えます |             |
| 防火設備等  | スプリンクラー                                   | ガス漏れ報知器     |
|        | 自動火災報知器                                   | 非常通報装置      |
|        | 防火扉                                       | 非常用階段       |
|        | 屋内消火栓                                     | 非常用電源(発電装置) |
| 防火管理者  | 江良 武幸                                     |             |

## 8. サービス利用に当たっての留意事項

- ① サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- ② 施設内の設備や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、弁償していただく場合があります。
- ③ 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ④ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ⑤ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ⑥ 施設内での他の利用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。