

通所リハビリテーションゆうあい利用契約書

(契約の目的)

第1条 通所リハビリテーションゆうあい（以下「当事業所」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）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自宅において、能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように通所リハビリテーションサービスを提供し一方、利用者及び利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当事業所に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 本契約は、利用者が通所リハビリテーション利用契約書を当事業所に提出したときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、重要事項説明書、別紙1、別紙2の改定が行なわれない限り、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当事業所の通所リハビリテーションを利用することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び扶養者は、当事業所に対し、サービス利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅介護サービス計画にかかわらず、本契約に基づくサービス利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び扶養者は、速やかに当事業所及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。但し、利用者が正当な理由なく、通所リハビリテーション実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当事業所にお支払いいただきます。

(当事業所からの解除)

第4条 当事業所は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立・要支援と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画で定められた当該利用日数を満了した場合。
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所での適切な通所介護の提供を超えると判断された場合。
- ④ 利用者及び扶養者が、本約款に定める利用料金を3ヶ月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当事業所内において、当事業所の職員又は他の利用者等に対して、金品の借用、物品の販売、宗教活動や政治活動等を行った場合
- ⑥ 利用者が、他の利用者に対して迷惑となるような言動、行為が認められた場合
- ⑦ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当事業所を利用することができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対し、本契約に基づく通所リハビリテーションの対価として、重要事項説明書の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当事業所は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

2 当事業所は、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに送付し、利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

3 当事業所は、利用者及び扶養者が指定する送付先に対して、領収書を発行します。

(記録)

第6条 当事業所は、利用者の通所リハビリテーションの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。

2 当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者(利用者の代理人を含みます。)に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

第7条 当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、当事業所管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、利用者又は扶養者の同意を得た上で、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を介護記録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第8条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は身元引受人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的等を別紙2のとおり定め、予め同意(「通所リハビリテーション利用同意書」の同意内容に含むこととする)を得た上で、適切に取り扱います。また、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として、次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第9条 当事業所は、利用者に対し、事業所医師の医学的判断により受診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

- 2 通所リハビリテーション提供中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

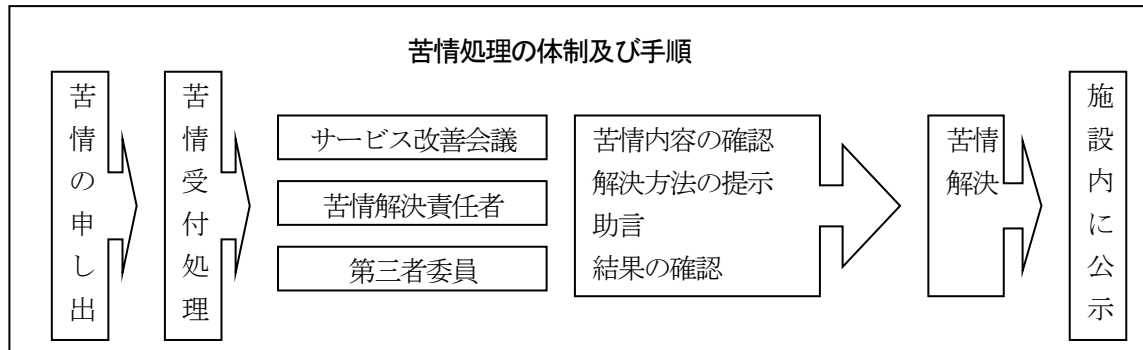
- 2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者及び扶養者は、当事業所の提供する通所リハビリテーションに対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

受付担当者 内田 智弘 (支援相談員) 電話 0954-63-5533

また当法人が設置する第三者委員会の委員に、直接、苦情を申し立てることができます。



当施設以外にも以下の相談・苦情窓口等へ苦情を伝えることができます。

- ① 杵藤地区広域市町村圏組合介護保険事務所 0954-69-8222
- ② 佐賀県国民健康保険連合会 介護保険係 0952-26-1477
- ③ 佐賀県福祉サービス運営適正化委員会 0952-23-2151
- ④ 鹿島市地域包括支援センター 0954-63-2128

(賠償責任)

第12条 通所リハビリテーションの提供に伴って当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第13条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

通所リハビリテーション利用契約書

前記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名のうえ、各1通を保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者

<事業者名> 社会医療法人 祐愛会
介護老人保健施設 ケアコートゆうあい

<住 所> 佐賀県鹿島市大字高津原 2962-1

<代表者名> 施設長 千々岩 親幸

利用者

<住 所>

<氏 名>

(代理人)

<住 所>

<氏 名>

<続 柄>

重要事項説明書

通所リハビリテーションゆうあいのご案内

(令和7年4月1日現在)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- ・事業所名 社会医療法人祐愛会 通所リハビリテーションゆうあい
- ・開設年月日 平成 9 年 6 月 17 日
- ・所在地 佐賀県鹿島市大字高津原 2962 番地 1
- ・電話番号 0954-63-5533
- ・ファックス番号 0954-63-3955
- ・管理者名 千々岩 親幸
- ・介護保険指定番号 (4150780015 号)

(2) 事業所の目的と運営方針

通所リハビリテーションゆうあいは、要介護状態にある者に対し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に支援することを目的とします。

この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[通所リハビリテーションゆうあいの運営方針]

- 1) 指定居宅サービスに該当する当事業は、要介護状態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、理学療法、作業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、利用者の心身機能の維持回復を図るものです。
- 2) 当事業は、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、計画的に行います。
- 3) 当事業は、自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い常にその改善を図ります。

(3) 事業所の職員体制

| | 員 数 | 業務内容 |
|--|-------|--------------------------------------|
| ・管理者 | 1人 | 職員を指揮監督し、施設の業務を統括する。 |
| ・事務員（兼務） | 3人以上 | 事務員は、施設の事務に従事する。 |
| ・医 師（兼務） | 1人以上 | 利用者の保健衛生及び医療に関する業務に従事する。 |
| ・理学療法士（兼務） ・作業療法士（兼務） ・言語聴覚士（兼務） | 3人以上 | 医師の指示により、利用者の機能回復に関する業務に従事する。 |
| ・看護職員 | 1人以上 | 医師の指示により、利用者の保健衛生及び医療に関する業務の補助に従事する。 |
| ・介護職員（兼務） | 10人以上 | 利用者の介護に従事する。 |
| ・支援相談員（兼務） | 1人以上 | 利用者の生活指導及び相談業務に従事する。 |

(4) 利用定員 月曜日から土曜日：100名

(5) 営業時間 9時30分～16時00分(延長サービス有り)

(6) 通常のサービスの実施地域 鹿島市、嬉野市、白石町、太良町

2. サービス内容

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には個別浴槽で対応）
- ③ 医学的管理・看護
- ④ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑤ 相談援助サービス
- ⑥ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑦ 行政手続代行
- ⑧ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

3. 利用料金

(1) 基本料金（介護サービス1割負担）

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です）

| 提供時間 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|------|------|------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 369円 | 398円 | 429円 | 458円 | 491円 |
| 2時間以上3時間未満 | 383円 | 439円 | 498円 | 555円 | 612円 |
| 3時間以上4時間未満 | 486円 | 565円 | 643円 | 743円 | 842円 |
| 4時間以上5時間未満 | 553円 | 642円 | 730円 | 844円 | 957円 |
| 5時間以上6時間未満 | 622円 | 738円 | 852円 | 987円 | 1,120円 |
| 6時間以上7時間未満 | 715円 | 850円 | 981円 | 1,137円 | 1,290円 |

(2) 体制加算料金

| 提供時間 | リハビリテーション提供体制加算 | 理学療法士等配置加算 | サービス提供体制加算（I） | 移行支援加算 | |
|------------|-----------------|------------|---------------|--------|-----|
| 1時間以上2時間未満 | / | 30円 | 22円 | 12円 | |
| 2時間以上3時間未満 | | / | | | |
| 3時間以上4時間未満 | | | | | 12円 |
| 4時間以上5時間未満 | | | | | 16円 |
| 5時間以上6時間未満 | | | | | 20円 |
| 6時間以上7時間未満 | | | | | 24円 |

(3) その他の加算料金

① リハビリテーションマネジメント加算（月額）

| 計画書の説明、同意を得た日の属する月から起算して | | ロ | ハ |
|--------------------------|--|-------|------|
| | | 6ヶ月以内 | 863円 |
| 6ヶ月以上 | | 543円 | 743円 |

② 短期集中個別リハビリテーション実施加算

| | | |
|--------------------|------|--------|
| 退院（所）日または認定日から起算して | 3ヶ月間 | 110円/日 |
|--------------------|------|--------|

③ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

| | | |
|---|-------------------|--------|
| I | 3ヶ月間：1週間に2回を限度・個別 | 240円/日 |
|---|-------------------|--------|

④ 生活行為向上リハビリテーション加算

| | | |
|-------------------------|--------|--------|
| 利用を開始した日の 属する月から起算して | 6ヶ月間以内 | 1,250円 |
|-------------------------|--------|--------|

- ⑤ 若年性認知症利用者受入加算 60円/日
- ⑥ 重度療養管理加算（要介護度3.4.5に限る） 100円/日
- ⑦ 栄養アセスメント加算 50円/月
- ⑧ 栄養改善加算（月2回限度） 200円/日
- ⑨ 口腔機能向上加算（月2回限度） 150円/回（※155円/回）
- ⑩ 入浴介助加算 40円/回（※60円/回）
- ⑪ 科学的介護推進体制加算 40円/月
- ⑫ 介護職員等処遇改善加算（I）
1か月の総額（介護保険適用分）に対し8.6%を乗じた金額
- ⑬ 退院時共同指導加算 600円/回

(4) その他の料金（介護保険給付外費用）

- ① 食費（昼食：500円 夕食：500円）
- ② 実費として頂くもの
- ・レクリエーション材料費（希望により異なります）
 - ・おむつ代 尿パット（男女兼用）：27円、尿パット（男性用）38円
パンツタイプM：100円、L：110円
テープタイプM：105円、L：120円

(5) 支払い方法

- ・毎月15日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末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、または金融機関（佐賀銀行、郵便局、JA）口座振り替えの2方法があります。利用契約時にお選びください。

4. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

- ・協力医療機関
 - ・名称 社会医療法人祐愛会 織田病院
 - ・住所 佐賀県鹿島市大字高津原 4306 番地
- ・協力歯科医療機関
 - ・名称 寺尾歯科医院
 - ・住所 佐賀県嬉野市塩田町大字馬場下甲 50-3

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

5. 施設利用に当たっての留意事項

- 喫煙
敷地内は全面禁煙です。
- 火気の取扱い
当施設では堅くお断りいたします。
- 設備・備品の利用
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、修理費を頂く事があります。
- 所持品・備品等の持ち込み
施設内に所持品や備品を持ち込みたい場合には、予め職員へ申し出てください。危険物は持ち込み不可となります。
- 金銭・貴重品の持ち込み
紛失の恐れがありますので持ち込まないようにしてください。

- 宗教活動・ペットの持ち込み
当施設では堅くお断りいたします。

6. 非常災害対策

- 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知器、誘導灯、防火扉、シャッター
- 防災訓練 年6回

7. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心してサービス利用をしていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

又、飲酒されてからのご利用は、通所リハビリテーションの目的の概念に反し、他利用者の迷惑となる場合もありますので固く禁止とさせていただきます。

8. その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

<別紙1>

通所リハビリテーションについて

◇介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

◇通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションは、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るために提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

◇他機関・施設との連携

協力医療機関への受診：

当施設では、病院・診療所や歯科診療所に協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

他施設の紹介：

当施設での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関を紹介しますので、ご安心ください。

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡いたします。

<別紙2>

個人情報利用のお知らせ

ゆうあいビレッジでは、利用者様に質の高いケアを提供するため、利用者様より得られた個人情報を、法律に則り以下の目的で利用させていただきます。それ以外での利用は、原則として同意を得て行います。もし、利用者様が下記に示した利用目的の中で同意しがたいものがある場合はお申し出ください。なお、同意されても、その後、いつでも変更することは可能です。

<介護療養目的のための利用>

1. 医師・看護師・介護士・理学療法士・作業療法士が、診療方法・看護方法・介護方法・リハビリテーション方法を検討し、計画を立て実施するため
2. 利用者様が医療・介護・福祉サービス等を利用する場合に、相談員・ケアマネージャーが情報を提供するため
3. 利用者様が当施設以外の医療機関等を利用される場合の情報提供のため
4. 他の医療機関等より照会があった場合に応じたり、外部の医師に意見・助言を求めるため
5. 利用者様と一緒に家族等への病状説明を行うため

<介護療養目的以外での利用>

1. 管理運営業務（入退所の療養棟管理、ケアサービス向上、医療事故等の報告）のため
2. 保険請求事務（介護保険、医療保険、労災保険等）のため
3. 関係行政機関等の要請による照会・届出・調査・検査・実施指導のため
4. 施設機能評価機構などの外部監査機関への情報提供のため
5. 医薬品副作用の報告のため
6. 事業者から委託を受けて行ったケアプラン等の結果報告のため
7. 施設内で行われる症例検討のため
8. 実習生の教育のため

令和3年4月1日

社会医療法人祐愛会
ゆうあいビレッジ
理事長 織田正道

通所リハビリテーション 利用同意書

通所リハビリテーションゆうあいを利用するにあたり、通所リハビリテーション利用契約書、重要事項説明書、別紙1、別紙2を受領し、これらの内容に関して、
担当者（職名 氏名 ）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

<扶養者>

住 所

氏 名

【本契約書第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

| | |
|-------|----------------------------|
| ・氏 名 | (続柄) |
| ・住 所 | |
| ・電話番号 | |

【本契約書第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

| | |
|-------|----------------------------|
| ・氏 名 | (続柄) |
| ・住 所 | |
| ・電話番号 | |