

社会医療法人社団 順心会 順心かんの<sup>のぞみ</sup>希  
通所リハビリテーション  
(介護予防通所リハビリテーション)

利 用 契 約 書  
重 要 事 項 説 明 書

# 順心かんの<sup>のぞみ</sup> 希 通所リハビリテーション

## (介護予防通所リハビリテーション)利用契約書

\_\_\_\_\_ (以下「契約者」という。)と、社会医療法人社団順心会 順心かんの希 (以下「事業者」という。)は、\_\_\_\_\_ (以下「利用者」という。)が事業所から提供される通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)サービスを受けることについて、次のとおり契約を締結します。

### 第1条 (サービスの目的及び内容)

1. 事業者は、介護保険法の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、次の介護給付の対象となるサービスを提供します。
  - ・通所(介護予防通所)リハビリテーション(重要事項説明書参照)
2. 提供する介護サービスの利用時間及び曜日を変更する場合は、下記の方法に基づき変更する。
  - ・居宅介護支援事業者から当事業者に提出されるサービス利用票に基づき対応する。(但しサービスの利用開始を急ぐ場合は、居宅介護支援事業者に連絡の上変更する)

### 第2条 (契約期間)

1. この契約の期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定有効期間満了日までとします。但し、有効期間満了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に変更された場合には、変更後の要介護認定期間の満了日とします。
2. 上記の契約期間満了日の7日前までに利用者又は契約者からの更新をしないという意思表示がない場合は、自動的に同じ条件で更新されるものとします。

### 第3条 (個別サービス計画等)

1. 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、「通所(介護予防通所)リハビリテーション計画書」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。
2. 事業者は、利用者又は契約者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合は可能な限り「通所(介護予防通所)リハビリテーション計画書」の変更等の対応を行います。

### 第4条 (サービス提供の記録等)

1. 事業者は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「サービス提供記録書」等の書面に必要事項を記入します。
2. 事業者は、「サービス提供記録書」等の記録を作成した後、2年間(診療録については5年間)はこれを適正に保存しなければならない。
3. 事業者は、利用者又は契約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なければならない。

4. 事業者は、連帯保証人もしくはその代理人又は、その他の者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、利用者又は契約者の承諾を得て、その他必要と認められる場合に限りこれに応じることができる。

#### 第5条（サービス利用料金・支払方法）

1. 事業者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. 利用者は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月毎に算定された利用者負担額を事業者に支払いただきます。
3. 事業者は、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、利用者の同意を得ます。
4. 事業者は、第2項に定める費用の他、次の各号にあげる費用の支払いを利用者に請求することができます。
  - ① 事業者の通常の事業地域以外にある利用者の居宅から、利用者を送迎する場合に要する費用
  - ② 利用者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の費用を差し引いた額
  - ③ おむつ代
  - ④ 通所リハビリテーションの中で提供される便宜のうち日常生活において通常必要となるものに関わる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用(日用品費)
5. 事業者は、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、あらかじめ利用者に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ます。
6. サービス利用料金は毎月月末締めとし、翌月当月分を請求します。

#### 第6条（利用料金の変更）

1. 第5条第2項に定めるサービス利用料金について、介護給付費体系の変更があった場合、事業者は当該サービスの利用料金を変更することができるものとします。
2. 契約者は、前項の変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

#### 第7条（利用者負担金額の滞納）

1. 契約者及び連帯保証人が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月以上滞納した場合には、事業者は契約者及び連帯保証人に対し催告を行い、利用者は14日以内に滞納分の利用料の支払いを行うものとします。
2. 前項の催告をしたときは、事業者は居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と協議し、利用者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等について必要な調整を行うよう要請するものとします。
3. 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第2条に定める期間が満了した場合には、この契約を文面により解除することができるものとします。

#### 第8条（契約者の解約権）

契約者は、事業者に対しいつでも7日以上予告期間をもって、契約を解除することができます。

#### 第9条 (事業者の解約権)

事業者は、利用者の著しい不信行為、精神的・身体的な状態の悪化により契約の継続が困難となった場合は、その理由を記載した文書により、1ヶ月以上の予告期間をもって解除理由を通知し、この契約を解除することができます。この場合事業者は、居宅サービス計画(ケアプラン)を作成した居宅介護支援事業者にその旨を連絡するものとします。

#### 第10条 (契約の終了)

次の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 第2条の規程により事前に更新の合意がなされず契約の有効期間が満了したとき
- ② 第5条の事業者から解除の意思表示がなされたとき
- ③ 第6条の利用者及び契約者から解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- ④ 第7条の規程により事業者から解除契約の意思表示がなされたとき
- ⑤ 次の理由で利用者にサービスを提供できなくなったとき
  - (1) 利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合
  - (2) 利用者について要介護認定が受けられなかった場合
  - (3) 利用者が死亡した場合

#### 第11条 (損害賠償責任)

事業者は、本契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償責任を負います。第12条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、利用者に過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減することができるものとします。

#### 第12条 (損害賠償がなされない場合)

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① 契約者が、契約締結時に利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意または重大な過失によりこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② 契約者が、利用者へのサービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意または重大な過失によりこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ④ 契約者及び利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ⑤ 不可抗力による事故の場合(歩行時自らバランスを崩して転倒した場合等)

#### 第13条 (事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能)

1. 事業者は、契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。
2. 前項の場合に、事業者は、契約者及び連帯保証人に対して、既に実施したサービスについては所定のサービス利用料金の支払いを請求できるものとします。

#### 第14条 (守秘義務等)

1. 事業者、サービス従事者又は職員は、介護保険サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
2. 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報及び必要な個人情報を提供できるものとします。
3. 事業者は、介護保険事務、事故等の報告、損害賠償保険手続き、学術研究および人材育成、外部監査等に、利用者に関する情報を提供できるものとします。
4. 情報提供についての同意は、利用契約における本契約書への署名・捺印で同意を得たものとします。

#### 第15条 (苦情対応)

1. 利用者及び契約者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村又は、国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
2. 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
3. 事業者は、利用者及び契約者が苦情申し立て等を行ったことを理由として、何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

#### 第16条 (契約外条項等)

1. この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、介護保険法その他関係法令の主旨を尊重し、利用者及び契約者と事業者の協議により定めます。
2. この契約書は、介護保険法に基づくサービスだけを対象としたものですので、それ以外のサービスを利用者が希望する場合には、別途契約が必要になります。
3. 上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

#### 第17条 (契約当事者の変更)

契約者は、契約の有効期間中に死亡した場合、又は心神喪失その他の事由により判断能力を失った場合に備えて、契約者の家族等をあらかじめ連帯保証人とすることを定めるか、又は契約者の家族等を含む第三者に契約者を変更することに同意し、すみやかに事業者に契約者の変更を伝え、再度契約書を提出するものとします。

#### 第18条 (契約者)

1. 契約者は、次に定める責任を負います。
  - ① 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合に、入院申込み、費用負担等その入院手続きを円滑に遂行すること
  - ② 本契約が終了した場合に、事業者と協力して利用者の状態に応じた受入先を確保すること
  - ③ 利用者が死亡した場合、速やかに遺体及び残置物の引取りなど必要な処理を行うこと
2. 契約者は、連帯保証人が本契約継続中に死亡もしくは破産した場合には、1ヵ月以内に新たな連帯保証人を立てるものとします。

#### 第19条 (連帯保証人)

連帯保証人は、本契約に基づく契約者の事業者に対する一切の債務につき、契約者と連帯してその履行の責任を負います。

順心かんの<sup>のぞみ</sup>希の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）  
を利用するにあたり、利用契約を受領し、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。

(契約書説明者： )

令和 年 月 日

事業者 住所 加古川市神野町石守1632番地

事業所名 社会医療法人社団 順心会 順心かんの<sup>のぞみ</sup>希

代表者 理事長 栗原 英治 印

契約者 住所

電話番号

氏 名 (印) (続柄 )

利用者 住所

電話番号

氏 名 (印) (続柄 )

契約者と同一人である場合には、利用者欄記載の必要はございません。

連帯保証人 住所

電話番号

氏 名 (印) (続柄 )

連帯保証人は、事業所に対し、利用者が本契約上負担する一切の債務を連帯して保証する。

# 順心かんの<sup>のぞみ</sup> 通所リハビリテーション

## (介護予防通所リハビリテーション)重要事項説明書

(重要事項説明書 令和6年6月現在)

### 1. 介護保険証等の確認

ご利用にあたり介護保険証、居宅介護サービス計画書（居宅介護支援事業者から提出）等の確認をさせていただきます。

### 2. 施設の概要

#### ①施設の概要

施設名：社会医療法人社団 順心会 順心かんの<sup>のぞみ</sup> 希  
通所開設日：平成20年3月1日  
営業時間：8時45分～17時（日曜日及び年末年始は休み）  
利用時間：1単位（8時45分～17時のうち1～2時間）  
所在地：〒675-0005 加古川市神野町石守1632番地  
電話番号：079-438-9070  
FAX番号：079-438-9071  
管理者名：小畑 好伸  
建物構造：鉄筋コンクリート2階 デイケアルーム・機能訓練室・研修室  
建築面積：1,139㎡（建物1階）  
介護保険事業所番号：2812202261号

#### ②目的

病状安定期にあり、入院治療する必要はないが、介護・リハビリテーションを中心としたリハビリテーション医療を必要とする要支援及び要介護者に対し、医療サービス・生活サービスを合わせて提供する施設です。この目的に沿って当施設では、以下のような運営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。

#### ③運営方針

利用者の自立を支援し、心身機能・日常生活活動の維持向上を目指し、社会参加が出来るように地域や家庭と連携した運営を行います。

#### ④利用定員

定員 1単位50名

#### ⑤職員体制

管理者(医師)・看護師・介護福祉士・介護士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・事務員

### 3. サービス内容

当院でのサービスは、利用者やご家族の希望を取り入れたサービス計画に基づいて提供致します。

- ①医学的管理
- ②機能訓練（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるリハビリテーション）
- ③居宅介護支援事業者との連携

### 4. サービス提供の手順

当施設でのサービスを希望される場合は、ご本人・ご家族の希望に沿って、担当されている介護支援専門員（ケアマネージャ）と相談の上サービスプランを決定させていただきます。変更等のご希望がある場合はご相談ください。

### 5. 利用料金

介護保険制度では、要介護区分、利用時間により異なります。

地域区分単価（加古川市・高砂市・稲美町） 7級地⇒1単位=10.17円 換算となります

#### 要介護対象者（要介護1～5の方）

##### ①基本料金

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単位	398単位	429単位	458単位	491単位

##### ②加算

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位/日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6単位/日
理学療法士等体制加算	30単位/日
移行支援加算	12単位/日
科学的介護推進体制加算	40単位/月

リハビリテーションマネジメント加算（イ）	6ヶ月以内 560単位/月 6ヶ月超 240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	6ヶ月以内 593単位/月 6ヶ月超 273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	6ヶ月以内 793単位/月 6ヶ月超 473単位/月
事業所の医師が利用者に説明し、利用者の同意を得た場合	270単位/月



短期集中リハビリテーション加算 (退院・退所及び介護認定日から3ヶ月以内)	110単位/日
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 6月に1回	20単位/回
口腔機能向上加算 (II) ロ (月2回を限度)	160単位/回
退院時共同指導加算 (退院時1回を限度)	600単位/回

③減算

送迎のない場合 (片道につき)	△47単位/回
-----------------	---------

要支援対象者 (要支援1～2の方)

①基本料金

要支援1	要支援2
2,268単位/月	4,228単位/月

②利用開始から12月を超えた期間の減算

要支援1	要支援2
120単位/月	240単位/月

※リハビリテーション会議が開催できなかった際に一時的に適用

③加算

サービス提供体制強化加算 (II)	要支援1 72単位/月 要支援2 144単位/月
サービス提供体制強化加算 (III)	要支援1 24単位/月 要支援2 48単位/月
科学的介護推進体制加算	40単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 6月に1回	20単位/回
口腔機能向上加算 (II)	160単位/月
退院時共同指導加算 (退院時1回を限度)	600単位/月

実費料金 \* 次回のご利用時に使用分をお支払いいただきます。

項目	金額	内 訳
おむつ代	100円	パンツ式おむつ、パット
マスク代	20円	

\*ズボンの無償貸し出しをご利用の場合は、洗濯後にご返却ください

## 6. お支払い方法

月末で翌月の10日以降に請求書をお渡しします。口座振替にて翌月22日又は25日（休日の場合は翌営業日）に引き落としとなります。領収書は翌月の請求書と一緒にお渡しします。

## 7. 施設利用にあたっての留意事項

### ①設備・備品

故意に破損された場合は修繕などに関わる費用を実費請求させていただく場合があります。

### ②所持品・備品の持込み

本人又は他の利用者の療養に差し支えるものは持込みを遠慮していただく場合があります。なお、私物については全てにお名前をお書きください。

### ③金銭・貴重品

できるだけお持ちにならないでください。紛失の場合には責任を負えません。

## 8. 感染予防対策

感染防止に関する対策委員会を設置。毎月一回実施しています。

## 9. 非常災害対策

①防災設備：避難階段、避難口、療養室などの内装等に防火材使用

②消防設備：屋内消火栓、自動火災警報設備、スプリンクラー、非常警報装置など

③防災訓練：年2回実施。避難誘導・通報訓練・消火訓練等

## 10. 禁止事項

当院では、多くの方に安心して利用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。

## 11. 要望・苦情について

要望・苦情等について、当院の職員までお気軽にご相談ください。施設1階の入口に備え付けられた「ご意見箱」もご利用ください。

\*当施設 苦情相談担当 松下 かおり 079-438-9070

\*国保連合会 苦情相談窓口 078-332-5617

\*加古川市介護保険課 苦情相談窓口 079-427-9123

順心かんの<sup>のぞみ</sup>希の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、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

事業者 住所 加古川市神野町石守1632番地  
事業所名 社会医療法人社団順心会 順心かんの<sup>のぞみ</sup>希

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)