

介護老人保健施設 通所リハビリテーション利用契約書

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設ケアタウンひまわり通所リハビリテーション事業所(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、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、通所リハビリテーションを提供し、一方、利用者又は利用者を保証する者(以下「保証人」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、保証人に変更があった場合及び認定の有効期間が満了した場合は、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・契約書別紙の改定が行われないう限り、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 利用者及び保証人は、当事業所に対し、利用中止の意志表明をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本契約に基づく通所リハビリテーション利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び保証人は、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頂いた費用を当事業所にお支払い頂きます。

(当事業所からの解除)

第4条 当事業所は、利用者及び保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく通所リハビリテーションの利用を解除・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非該当又は要支援状態と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- 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リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び保証人が本契約に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当事業所、当事業所の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 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、当事業所を利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び保証人は、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サービスの対価として、重要事項説明書・契約書別紙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。

また、当事業所は社会福祉事業法第2条第3項目第10号の規定により、生計困難者を対象とする費用の減免事業を行っておりますので、適用される方は担当支援相談員までお問い合わせください。

2 当事業所は、1日から月末までのご利用分で月1回請求明細書にて請求させていただきます。利用者及び保証人は、連帯して、当事業所に対し、当該請求額を窓口が発行日より一ヶ月以内に支払うものとします。

3 当事業所は、利用者又は保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けた時は利用者又は保証人に対し領収書を発行する。

(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サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5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、保証人その他の者(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、管理者又は所長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行なうことがあります。この場合には、保証人に対して予め同意を得た上で実施し、当事業所の医師がその様態及び時間、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診療録に記載することとします。

(秘密の保持)

第8条 当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又は保証人若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当事業所は、利用者及び保証人から、予め同意を得た上で行なうこととします。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
 - ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なおこの場合、利用者個人を特定できないように仮名を使用することを厳守します。
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

(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対診が必要と認める場合、協力医療機関での診療を依頼することがあります。

- 2 当事業所は、利用者に対し、当事業所における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
- 3 前2項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第10条 利用者及び保証人は、当事業所の提供する通所リハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、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。

(賠償責任)

第11条 通所リハビリテーションサービス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、当事業所は利用者に対して、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12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、利用者又は保証人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。

以上の契約の証しとして本契約書を2通作成し、利用者、当事業所は署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所
氏 名 印
電 話 番 号

(保証人)

住 所
氏 名 (続柄) 印
電 話 番 号
緊急時の連絡先

(代理人)

住 所
氏 名 (続柄) 印
電 話 番 号

(当事業所)

住 所 福島県福島市伏拝字沼ノ上2番地の17
施 設 名 介護老人保健施設 ケアタウンひまわり
通所リハビリテーション事業所
管 理 者 名 佐藤 百合子 印
電 話 番 号 024-547-2211

介護老人保健施設通所リハビリテーション事業所 「重要事項説明書」 (令和8年6月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名	介護老人保健施設ケアタウンひまわり 通所リハビリテーション事業所
開設年月日	平成16年8月20日
所在地	福島県福島市伏拝字沼ノ上2番地の17
電話番号	024-547-3220
FAX番号	024-547-3221
管理者名	佐藤 百合子
介護保険指定番号	介護老人保健施設(0750180051号)
苦情解決責任者	佐藤 百合子
苦情受付担当者	會澤 沙織

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設通所リハビリテーション事業所は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで入所者の能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにし、一日でも早く家庭での生活に戻ることが出来るよう支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を一日でも長く継続できるよう、通所リハビリテーションサービスを提供し在宅ケアを支援することを目的とした施設です。通所リハビリテーションについては、要介護者及び要支援者の家庭での生活を継続させる為に立案された居宅介護サービス計画に基づき、当事業所をご利用いただき、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ない、利用者の心身機能の維持回復を図るため提供されます。

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下さい。

〔介護老人保健施設ケアタウンひまわり通所リハビリテーションの運営方針〕

「医療と福祉の中間的機能を備えた施設において療養を行い、生活援助の場として明るく家庭的な雰囲気をもとに、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行う。」

(3) 施設の職員体制

	常	勤	非	常	勤	備	考
・管理者兼医師		1人				介護老人保健施設と兼務	
・看護職員		1人以上				専任	
・介護職員		3人以上				専任	
・支援相談員		2人以上				介護老人保健施設と兼務	
・理学療法士等		1人以上				介護老人保健施設と兼務	
・管理栄養士		1人以上				介護老人保健施設と兼務	
・事務員		2人以上				介護老人保健施設と兼務	
・その他必要な職員		必要数				介護老人保健施設と兼務	

(4) 通所者定員数

- ・定員 30名

(5) 職員の職務内容

・管理者	事業所の業務を統括し実行する。
・医師	通所利用者の健康管理および医療など適切な処置を行う
・看護職員	通所利用者の保健衛生および看護、介護業務を行う
・介護職員	通所利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う
・支援相談員	通所利用者に対する支援相談業務を行う
・理学療法士等	通所利用者に対する理学療法業務等を行う
・管理栄養士	通所利用者に対する食事の提供、栄養管理、給食管理を行う
・事務員	会計経理その他一般的事務処理、施設等の保守管理を行う

(6) 営業日及びサービス提供時間

- ・営業日 月曜日～金曜日（土・日曜日、12月31日、1月1日～2日を休日とする）
- ・営業時間 8時30分～17時30分
- 提供時間 9時45分～15時50分

(7) 実施地域

- ・福島市の利用可能な地域。

2. サービス内容

当事業所通所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで、懇切丁寧なリハビリテーションを提供し、常に利用者及びご家族の立場に立って運営いたします。

① 送迎

ご自宅まで送迎をさせていただきます。但し、座席や利用方面の都合等により、当事業所での対応が困難な場合、やむを得ずご家族様による送迎をお願いすることもございます。また、多人数の為、乗車時間の短縮の都合上、ご協力をお願いすることもございます。

② 通所リハビリテーション計画の立案

ご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・保証人（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頂くようになります。

③ 食事

ご利用者それぞれの状態に合わせたお食事・介助を提供させていただきます。

④ 入浴 （一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）

午前中に利用者の身体状態をチェックした後、入浴となります。

⑤ 医学的管理・看護

通所リハビリテーションは入院の必要のない程度の要介護・要支援者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行ないます。

⑥ 介護

通所リハビリテーション計画に基づいて実施します。

⑦ 機能訓練

原則として機能訓練室にて行ないますが、施設内すべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

⑧ レクリエーション

ご希望・状態にあわせたリハビリテーションやレクリエーションを提供します。

⑨ 相談援助サービス

⑩ その他

※ これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂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

(通所リハビリテーション 通常型)

6時間以上7時間未満	1日あたり (1割)	1日あたり (2割)	1日あたり (3割)
要介護 1	715円	1,430円	2,145円
要介護 2	850円	1,700円	2,550円
要介護 3	981円	1,962円	2,943円
要介護 4	1,137円	2,274円	3,411円
要介護 5	1,290円	2,580円	3,870円

各種加算

	1割	2割	3割
入浴介助加算Ⅰ	40円/日	80円/日	120円/日
入浴介助加算Ⅱ	60円/日	120円/日	180円/日
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月
リハビリテーションマネジメント加算 イ 開始月より6ヵ月以内	560円/月	1,120円/月	1,680円/月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ 開始月より6ヵ月超	240円/月	480円/月	720円/月
リハビリテーションマネジメント加算 ハ 開始月より6ヵ月以内	830円/月	1,660円/月	2,490円/月
リハビリテーションマネジメント加算 (事業所の医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合)	270円/月	540円/月	810円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日	220円/日	330円/日
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算	240円/日	480円/日	720円/日
重度療養管理加算 (該当者のみ)	100円/日	200円/日	300円/日
生活行為向上リハビリテーション実施加算 利用開始より6ヵ月以内	1,250円/月	2,500円/月	3,750円/月
栄養アセスメント加算	50円/月	100円/月	150円/月
中重度ケア体制加算	20円/日	40円/日	60円/日
栄養改善加算 (原則3月以内1ヵ月に2回限度)	200円/回	400円/回	600円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6ヵ月に1回限度)	20円/回	10円/回	15円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6ヵ月に1回を限度)	5円/回	40円/回	60円/回
口腔機能向上加算(Ⅰ) (原則3月以内、月2回を限度)	150円/回	300円/回	450円/回

口腔機能向上加算（Ⅱ）イ （原則 3 月以内、月 2 回を限度）	1 5 5 円／回	3 1 0 円／回	4 6 5 円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ （原則 3 月以内、月 2 回を限度）	1 6 0 円／回	3 2 0 円／回	4 8 0 円／回
介護職員処遇改善加算Ⅰ	当月利用者負担額 × 11.1 % 円／月	当月利用者負担額 × 11.1 % 円／月	当月利用者負担額 × 11.1 % 円／月
退院時共同指導加算	6 0 0 円／回	1, 2 0 0 円／回	1, 8 0 0 円／回
サービス提供体制強化加算Ⅰ	2 2 円／日	4 4 円／日	6 6 円／日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 8 円／日	3 6 円／日	5 4 円／日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 円／日	1 2 円／日	1 8 円／日
リハビリテーション体制加算 4	2 4 円／日	4 8 円／日	7 2 円／日

その他の料金

① 食費	6 0 0 円	(昼食分)
② 日用消耗品費※1	5 0 円	おしぼり清拭おしぼり ペーパータオル・ティッシュペーパー 液体石鹸・シャンプー
③ おむつ代 (利用時のみ)	リハビリパンツ 紙おむつ 尿とりパット	1 5 0 円／枚 1 2 0 円／枚 4 0 円／枚

※1 日用消耗品費については施設で用意するものをご利用した場合にお支払いいただきます。

支払方法

毎月 1 日～月末日までの月 1 回のご請求とさせて頂き、ご利用月の翌月 10 日前後に請求明細書を発行させていただきます。支払いは原則として、各指定の金融機関又は郵便局からの引き落としの方法でお支払い下さい。

当事業所では社会福祉事業法第 2 条第 3 項目第 1 0 号の規定により、生計困難者を対象とする費用の減免事業を行っております。適用される方は、担当支援相談員までお問い合わせ下さい。

4. 協力医療機関

当事業所では下記医療機関に協力頂いておりますので、利用者の状態が急変した場合は速やかに対応をします。

○ 協力医療機関

- ・ 済生会福島総合病院
住所：福島県福島市大森字下原田 2 5 番地
電話：0 2 4 - 5 4 4 - 5 1 7 1
- ・ 福島西部病院
住所：福島県福島市東中央 3 丁目 1 5 番地
電話：0 2 4 - 5 3 3 - 2 1 2 1
- ・ あづま脳神経外科病院
住所：福島県福島市大森字柳下 1 6 - 1
電話：0 2 4 - 5 4 6 - 3 9 1 1
- ・ 福島南循環器科病院
住所：福島県福島市方木田字辻の内 3 番地の 5
電話：0 2 4 - 5 4 6 - 1 2 2 1

当事業所での対応が困難な状態や、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ご紹介します。

△ 緊急時の連絡先 緊急の場合は「契約書」にご記入頂いた連絡先に連絡します。

5. 事業所利用にあたっての留意事項

- ・ 飲酒・喫煙…原則として禁酒・禁煙です。
- ・ 携帯電話…施設内での使用は原則として禁止しております。
- ・ 火気の取り扱いはご遠慮ください。
- ・ 設備・備品の利用…施設内の設備・備品につきましては、適切なお取り扱いをお願いいたします。
- ・ 所持品等の持ち込み…利用時に必要な物以外はトラブルの原因となる事がありますのでお持ち込みしないようお願い致します。
(例：食品、他利用者への贈答物等)
- ・ 金銭・貴重品の管理…多額の金銭及び貴重品を持ち込まないようにして下さい。
紛失・盗難に関しては責任を負いかねます。
- ・ ペットの持ち込みは原則できませんのでご了承ください。
- ・ 利用中の病院受診…利用中に他医療保健施設（病院、医院、クリニック）を受診する場合は、必ず前もって職員に申し出て指示に従って下さい。薬だけもらう場合も同様です。
- ・ その他…「施設利用申込書」の記入事項の変更や健康保険証に変更があった場合は速やかに連絡して下さい。

6. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知機
- ・ 防災訓練 年2回

7. 禁止事項

当事業所では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」を禁止します。

8. 要望及び苦情等の相談

支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談ください。

責任者	管理者	さとう ゆりこ 佐藤 百合子
-----	-----	-------------------

受付担当者	あいざわ さおり 會澤 沙織
-------	-------------------

電話番号 024-547-3220

受付時間は原則として8：30～17：30となっております。

2階公衆電話脇に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接申し出頂くことも出来ます。

下記の方を第三者委員として委嘱しております。施設に直接申し出にくい場合は、第三者委員にご相談いただくことも可能です。

氏名 安田 眞澄
電話 024-548-3423

氏名 横田 照彦
電話 024-549-7530

公的機関として下記の機関でも苦情相談を受け付けております。

福島市役所 介護保険課

福島市五老内町 3-1

電話 024-525-6587

福島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課苦情相談窓口

福島市中町 3-7

電話 024-528-0040

<https://www.fukushima-koikuho.jp/ippan/ka-kujyo.html>

福島県運営適正化委員会

福島市渡利字七社宮 111

電話/FAX 024-523-2943

kujou@fukushimakensyakyo.or.jp

9. 事故発生時の対応

事故発生時、発見者・報告者は看護師に連絡。看護師は疼痛・出血の有無・状態の確認をし、必要に応じて救急処置を行ないます。さらに事業所医に報告し指示を受けます。あわせて看護師長へ報告、事故報告を提出しご家族へご連絡・ご説明を致します。その後経過をよく検討し、防止策を図ります。

通所リハビリテーションサービス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、当事業所は利用者に対して、損害を賠償するものとします。

10. 身体拘束等

事業所は、サービス提供にあたって通所利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他通所利用者の行動を制限する行為を行いません。但し、当該通所利用者または他の利用者等の生命・身体を保護するため緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、当事業所の医師がその様態及び時間その際の通所利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載します。

11. 虐待防止に関する事項

事業所は通所利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。

1. 虐待を防止するための事業所職員に対する研修の実施
2. 通所利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
3. その他虐待防止のために必要な措置

(虐待防止に関する責任者の選定及び設置、成年後見制度の利用支援、介護相談の受け入れ等)

②当事業所は通所リハビリテーションサービスの提供に当たり、当該事業所職員又は擁護者（通所利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる通所利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

12. 守秘義務及び個人情報の保護

当事業所とその職員は、業務上知り得た通所利用者又は保証人若しくはその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

③ 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

13. 福祉サービス第三者評価実施状況

(1) 実施の有無

有

・

無

(2) 実施年月日

令和

年

月

日

(3) 実施した評価機関

(4) 評価結果の開示状況

介護老人保健施設通所リハビリテーションにおける 重要事項説明に関する同意書

介護老人保健施設ケアタウンひまわり通所リハビリテーション事業所を利用するにあたり、
介護老人保健施設通所リハビリテーションにおける重要事項説明書別紙を受領し、これらの
内容に関して担当者による説明を受け、これらを理解し、その内容に同意しました。

令和 年 月 日

<利用者>

氏 名 _____ 印 _____

<保証人（代理人）>

氏 名（続柄 ） _____ 印 _____

<説明者>

介護老人保健施設ケアタウンひまわり

通所リハビリテーション事業所

役職名

氏 名 _____ 印 _____

介護老人保健施設のサービス提供に伴う 利用者負担にかかる同意書

介護老人保健施設のサービス(通所リハビリテーション)を利用するにあたり、これらの利用者負担に関して、担当者による説明を受け、介護老人保健施設のサービス(通所リハビリテーション)を利用した場合に、これらの対価として事業所の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

介護老人保健施設ケアタウンひまわり

通所リハビリテーション事業所

管理者 佐藤 百合子 様

<利用者>

氏名 _____ 印

<保証人（代理人）>

氏名 _____ 印

個人情報の使用・提供に関する同意書

通所リハビリテーション利用にあたり以下の事項に同意します。

1. 通所リハビリテーション計画を作成するにあたり、個人情報を事業所職員が使用する事について
2. 居宅支援事業者との連携により、リハビリ効果と介護サービスの向上を図るため、居宅介護支援事業者・利用中のサービス事業者(訪問看護等)・主治医等への必要な個人情報を提供することについて

《個人情報の内容》

- ・ 住所、氏名、年齢、生年月日、要介護度
- ・ 利用目的、家庭状況
- ・ 傷病名
- ・ 身体状況(障害の程度等)、ADL状況(食事、入浴、排泄、移動、着脱等)
- ・ 施設での生活状況等
- ・ 家族の個人情報
- ・ その他必要とされる情報

3. 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等について(利用者個人を特定できないように仮名を使用する事を厳守します。)

令和 年 月 日

介護老人保健施設ケアタウンひまわり

通所リハビリテーション事業所

管理者 佐藤 百合子 様

<利用者>

氏名 _____ 印

<保証人(代理人)>

氏名(続柄 _____) _____ 印

「日用消耗品」 利用同意書

貴施設において提供する下記のものについて担当者の説明を十分に理解したうえで利用を希望します。

品 目	利用料金（実費）/日
おしぼり 清拭おしぼり ペーパータオル ティッシュペーパー 液体石鹸・シャンプー	5 0 円

令和 年 月 日

介護老人保健施設ケアタウンひまわり

通所リハビリテーション事業所

管理者 佐藤 百合子 様

<利用者>

氏名

<保証人>

住所

続柄

氏名 印

