介護老人保健施設しののめの里
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契約書及び重要事項説明書

［契約書］

利用者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（以下「甲」という）と「介護老人保健施設しののめの里」（以下「乙」という）は、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に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

第１条　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サービスを提供し、甲の心身の機能の維持回復を図るとともに、介護者の介護負担の軽減をいたします。

（契約期間）

第２条　この契約書の契約期間は、令和　　年　　月　　日から第１４条の契約終了の項に該当するとき迄とします。

（運営規定の概要）

第３条　乙の運営規定の概要（事業の目的、職員の体制、サービスの内容等）、従業者の勤務体制等は重要事項説明書に記載したとおりです。

（通所(介護予防)リハビリテーション計画の作成・変更）

第４条　乙は甲の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて通所(介護予防)リハビリテーション計画を作成します。

２　通所(介護予防)リハビリテーション計画は、居宅サービス計画の内容に沿って作成します。

３　通所(介護予防)リハビリテーション計画には、本施設で提供するサービスの目標、その達成時期、サービスの内容、サービスを提供するうえで留意すべき事項等を記載します。

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

①　甲の心身の状況等の変化により、サービス計画を変更する必要がある場合。

②　甲がサービス計画の変更を希望する場合。

５　乙は、前項に定めるサービス計画の変更を行う際には、甲及びその家族、身元引受人又は後見人に対し説明し、その同意を得るものとします。

（通所(介護予防)リハビリテーションの内容及びその提供）

第５条　乙は、医師の指示及び通所(介護予防)リハビリテーション計画に基づき、甲に対しサービスを提供します。各種サービスの内容は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

２　乙は、甲に対し前条により甲のための通サービス計画が作成されるまでの間は、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことができるよう配慮し、適切な介護サービスを提供します。

３　乙は、甲の通所(介護予防)リハビリテーション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。

（居宅介護支援事業者等との連携）

第６条　乙は甲に対して通所(介護予防)リハビリテーションを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者または、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　甲は、乙が甲のため通所(介護予防)リハビリテーション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　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(介護予防)リハビリテーションについて甲、甲の家族、甲の身元引受人又は甲の後見人から苦情の申し立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

２　乙は、甲の家族、身元引受人又は後見人が苦情を申し立て等を行ったことを理由として何ら不利益な取扱いをすることはありません。

（医療体制）

第９条　乙は、現に通所(介護予防)リハビリテーション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　乙が提供する通所(介護予防)リハビリテーションの要介護状態区分毎の利用料及びその他の費用は、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金を乙に支払います。

（個人情報の保護）

第１１条　乙及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその家族、身元引受人又は後見人の秘密を漏らしません。

２　乙は、居宅介護支援事業所等必要な機関に対し、甲及びその家族、身元引受人又は後見人に関する情報を提供する必要がある場合には、使用目的を説明し、文書により同意を得ます。

３　情報の開示及び個人情報の保護に関する詳細は、重要事項説明書に記載し説明いたします。

４　乙の従業員は、退職後も秘密を漏らしません。

（甲の解除権）

第１２条　甲は、３日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１３条　乙は、甲が次の各号に該当する場合は、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。

① 甲が正当な理由なく利用料その他事故の支払うべき費用を３ヶ月以上滞納したとき。

② 甲の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、乙において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。

③ 甲が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をする危険性が極めて高く、乙において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。

④ 甲が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

（契約の終了）

第１４条 次に揚げる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 甲が要介護状態において非該当または要支援状態となったとき。（介護予防通所の場合は、要支援状態が要介護状態または非該当になったとき）

② 甲が第１２条により契約を解除したとき。

③ 乙が第１３条により契約を解除したとき。

④ 甲において介護保険サービス提供の必要性がなくなったとき。

⑤ 甲が死亡したとき。

（事故発生時の対応及び損害賠償）

第１５条 乙は、サービスの提供に当たって、事故が発生した場合には、速やかに甲の家族及び身元引受人又は後見人に連絡するとともに、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、乙は速やかに甲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の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１６条 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、又、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 甲の代理人選定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１７条 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、管轄する裁判所とすることで合意します。

（協議事項）

第１８条 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、甲乙協議により定めます。

［重要事項説明書］

通所（介護予防）リハビリテーション事業所のご案内

1　事業者（法人）の概要

法人名	社会福祉法人　浅間福祉会
代表者名	理事長　竹花　長雅
所在地・連絡先	長野県小諸市東雲五丁目８番１号 電話　０２６７－２５－７５９１

2　事業所（ご利用施設）の概要

施設の名称	介護老人保健施設しののめの里
開設年月日	平成８年 10 月１日
所在地・連絡先	小諸市甲東雲五丁目８番１号 （電話）0267-25-7591 （ファックス）　0267-25-7595 （E－mail）sinonome@viola.ocn.ne.jp
介護保険指定番号	２０５０８８００３４
管理者名	齋藤　浩幸
施設長名	齋藤　浩幸
利用者定員	通所；４０名（予防も含む）　　入所；１００名
建物構造	鉄筋コンクリート構造　　２階建
建物の床延面積	４,０５３㎡

3．通所リハビリテーション事業所の目的と運営方針

（1）目的

通所リハビリテーション事業所は、要介護状態となった場合においても、その利用者様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、利用者様の心身の機能の維持回復を図り、在宅ケアを支援することを目的とします。

（2）運営方針

① 地域や家庭との結びつきを重視し､清潔で明るく家庭的な雰囲気をもち、身近に利用し易い施設を目指します。

② 医療ケアと生活サービスを一体的に提供する施設を目指します。

③ 利用者様の自立性を尊重し、利用者本位の立場に立ったサービスを提供します。

④ 各介護保険事業者・行政・関係機関等との連携を密にし、地域との結びつきを重視しています。

４．事業所の職員体制

従業者の職種	常勤換算後の人数	職 務 の 内 容
管 理 者	１名以上（兼務）	通所リハビリテーションの管理・指導
医　　師	１名以上（兼務）	利用者の医学的管理
看 護 師	１名以上	利用者の看護・介護業務全般
介護職員	４名以上	利用者の介護業務全般
理学療法士	２.５名以上	機能訓練全般
作業療法士		
管理栄養士	１名以上	献立・栄養管理・調理業務
事務職・運転手	３名以上	事務一般・送迎業務

５．営業日・営業時間

営 業 日	営 業 時 間
月～土曜日	８：３０～１７：３０
営業しない日	日曜日・１２月３１日～１月３日

６．ご利用にあたって

（１）介護保険証の確認

ご利用の申込みにあたり、ご利用希望者様の介護保険証を確認させていただきます。

（２）通所(介護予防)リハビリテーションについての概要

通所(介護予防)リハビリテーションについては、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づき､当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、通所(介護予防)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。

７．サービスの内容

① 通所(介護予防)リハビリテーション計画の立案

② 食事　栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者様の身体状況に配慮した食事を提供します。
昼食時　１１時４５分　～　１２時４５分

③ 入浴　一般浴槽のほかに入浴に介助を要する利用者様には特別浴槽で対応します。
但し　・利用者様の身体の状況に応じて清拭となる場合があります。
・利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

④ 医学的管理・看護

⑤ 介護

⑥ リハビリテーション

⑦　送迎
⑧　相談援助サービス
⑨　その他

＊　これらのサービスの中には、利用者様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。

８．事業所利用にあたっての留意事項

・　介護保険証の確認　　介護保険証を確認させていただきます。
・　食事　　施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
・　飲酒　　職員の指示に従ってください。
・　喫煙　　決められた以外での喫煙はご遠慮下さい。
・　火気の取扱い　　無断使用は禁止します。
・　設備・備品の利用　　無断使用はご遠慮下さい。
・　所持品・備品等の持ち込み　　施設利用の際に説明します。
・　金銭・貴重品の持ち込み　　原則禁止します。
・　宗教活動　　禁止します。
・　ペットの持ち込み　　禁止します。
・　迷惑行為等　　騒音等他の入所様の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
また、むやみに他の入所者様の居室等に立ち入らないで下さい。

９．非常災害対策

・　防災設備　　スプリンクラー、消火器、消火栓、防火扉、自動火災報知機、誘導灯
・　防災訓練　　年２回（消防計画にのっとり、夜間及び昼間実施）

１０．サービス内容に関する苦情等の相談窓口

○　当施設利用者様相談窓口

窓口責任者　　高橋　美保（支援相談員）、細谷　茂子（ケア科長）
ご利用時間　　８：３０～１７：３０
ご利用方法　　電話（０２６７－２５－７５９１）
面接（当施設１階相談室）　　苦情箱（１階に設置）

○　その他の苦情相談窓口

第三者委員　谷口　嘉尚　　電話（０２６７－２２－７１８７）
高橋　紀子　　電話（０２６７－２２－０３２０）
小諸市（高齢福祉課）　　電話（０２６７－２２－１７００）
小諸市地域包括支援センター　　電話（０２６７－２４－１０５１）
御代田町（保健福祉課）　　電話（０２６７－３２－３１１１）
佐久市（高齢者対策課）　　電話（０２６７－６２－２１１１）

東御市（介護保険係）　　電話（０２６８－６２－１１１１）
長野県国民健康保険連合会　　電話（０２６－２３８－１５８０）

５．利用料金

（１）通所リハビリテーション料金

① 基本利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度及び利用時間によって、利用料が異なります。

以下は、１割負担の自己負担額（１日あたり）です。）

※各自、介護保険負担割合証をご確認下さい。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
２時間以上３時間	３８３円 (+3 円)	４３９円 (+3 円)	４９８円 (+4 円)	５５５円 (＋4 円)	６１２円 (+4 円)
３時間以上４時間	４８６円 (+3 円)	５６５円 (+4 円)	６４３円 (+5 円)	７４３円 (+5 円)	８４２円 (+6 円)
４時間以上５時間	５５３円 (+4 円)	６４２円 (+5 円)	７３０円 (+5 円)	８４４円 (+6 円)	９５７円 (+7 円)
５時間以上６時間	６２２円 (+4 円)	７３８円 (+5 円)	８５２円 (+6 円)	９８７円 (+7 円)	１，１２０円 (+8 円)
６時間以上７時間	７１５円 (+5 円)	８５０円 (+6 円)	９８１円 (+7 円)	１，１３７円 (+8 円)	１，２９０円 (+9 円)
７時間以上８時間	７６２円 (+5 円)	９０３円 (+6 円)	１，０４６円 (+7 円)	１，２１５円 (+9 円)	１，３７９円 (+10 円)

●７時間以上８時間未満の前後の延長サービス　１時間　５０円
２時間　１００円

●リハビリテーション提供体制加算　３時間以上４時間未満　１２円／回
４時間以上５時間未満　１６円／回
５時間以上６時間未満　２０円／回
６時間以上７時間未満　２４円／回
７時間以上　２８円／回

●リハビリテーションマネジメント加算　イ　６月以内　５６０円／月
６月以降　２４０円／月
リハビリテーションマネジメント加算　ロ　６月以内　５９３円／月
６月以降　２７３円／月
リハビリテーションマネジメント加算　ハ　６月以内　７９３円／月（△37 円）
６月以降　４７３円／月（△37 円）
※事業所の医師が利用者又は家族に説明し、同意を得た場合　２７０円／月（新設）

●栄養改善加算　（月２回限度）　２００円／月

●口腔機能向上加算（Ⅰ）　３ヶ月以内、月２回を限度　１５０円／回（見直し）
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ　１５５円／回（新設）
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ　１６０円／回（見直し）

●退院時共同指導加算　６００円／回（新設）

●栄養アセスメント加算　５０円／月

●口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）２０円／回（6ヶ月に１回限度）　２０円／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）　５円／回

●短期集中個別リハビリテーション実施加算　１１０円／日

●認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）　２４０円／日

●認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）　１，９２０円／月

●入浴介助加算Ⅰ　４０円／日
入浴介助加算Ⅱ　６０円／日

●事業所が送迎を行わない場合（片道につき）　▲４７円／回

●中重度者ケア加算　２０円／日

●重度療養管理加算　１００円／日
●サービス提供体制強化加算（Ⅰ）介福士 70%超、勤続 10 年超 25%　２２円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　１８円／日
●科学的介護推進体制加算　４０円／月
●退院時共同指導加算（１回につき）　６００円／回（新規）
●若年性認知症利用者受入加算　６０円／日
●介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　所定単位数×4.7%
●介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）　所定単位数×2.0%
●介護職員等ベースアップ支援加算　所定単位数×1.0%
●介護職員処遇改善支援補助金　R6 年 2 月～5 月まで　所定単位数×0.6%（新設）
●介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　所定単位数×8.6%（一本化）

（2）介護予防通所リハビリテーションの基本料金

施設利用料（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。１月の自己負担分です）
要支援１　２，２６８円（＋215 円）
要支援２　４，２２８円（＋229 円）
※利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間にサービスを利用した場合は以下のとおり減算となる。
要支援１　△１２０円（△100 円）
要支援２　△２４０円（△200 円）

●栄養改善加算　（3 ヶ月以内２回限度）　２００円／月
●栄養アセスメント加算　５０円／月
●口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）２０円／回（6 ヶ月に１回限度）　２０円／回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）　５円／回
●口腔機能向上加算（Ⅰ）　3 ヶ月以内、月 2 回を限度　１５０円／回
口腔機能向上加算（Ⅱ）　１６０円／回
●選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）（２種類のプログラムを実施）　４８０円／月
●サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　要支援１　８８円／月
要支援２　１７６円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　要支援１　７２円／月
要支援２　１４４円／月
●科学的介護推進体制加算　４０円／月
●退所時共同指導加算　６００円／回（新設）
●若年性認知症利用者受入加算　２４０円／日
●介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　所定単位数×4.7%
●介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）　所定単位数×2.0%
●介護職員等ベースアップ支援加算　所定単位数×1.0%
●介護職員処遇改善支援補助金　R6 年 2 月～5 月まで　所定単位数×0.6%（新設）
●介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　所定単位数×8.6%（一本化）

（3）その他の料金
① 食　費　７７０円　② 理美容代　1,５００円
③ 教養娯楽費　１００円　④ 日用生活品費　１５０円
⑤ おむつ　使用の種類、使用数量により別途料金となります。

（4）支払い方法
・ 毎月７日までに、前月分の請求書を発行しますので､その月の２０日までにお支払いください。
・ お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引落の３方法があります。
利用申込みの時にお選びください。

当事業者は、通所(介護予防)リハビリテーション事業所の契約内容及び重要事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業者乙　　住　　所　　長野県小諸市東雲五丁目８番１号
事業所名　　介護老人保健施設しののめの里
（事業所番号）　２０５０８８００３４
代表者名　　施設長　　齋藤　浩幸　　印

説明者　　職　名
氏　名　　印

通所(介護予防)通所リハビリテーションの契約内容及び重要事項の説明を受け同意します。
また、第 11 条により利用者・家族等の情報をサービス担当者会議等に提供することに同意します。
なお、この契約の成立を証するため本証 2 通を作成し、甲乙各署名押印して 1 通ずつを保有します。

令和　　年　　月　　日

利用者甲　　住所

氏名　　印

身元引受人　　住所
（家族代表）

氏名　　印

代理人（選任した場合）　　住所

氏名　　印

確　認　書

○　本契約第１０条の「費用」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９条の「医療体制」で、利用者様の容態が急変した時の主治医への連絡先

［第１番目の連絡先］

主治医	医療機関名	
	主 治 医	
	電話番号	

○　利用者様の容態が急変した時のご家族への連絡先

ご家族	氏　　名	
	住　　所	
	電話番号	