

指定通所リハビリテーション契約書（重要事項説明書）

殿（以下、「利用者」といいます。）

学校法人 四徳学園 長野保健医療大学 附属整形外科リハビリクリニック指定通所リハビリテーション施設（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が要介護状態と認定された利用者（以下、利用者）に対して行う、通所リハビリテーションについて次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者が可能な限りその有する能力に応じ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を提供し、利用者又は利用者を扶養する者（以下、「扶養者」といいます。）は事業者に対し、そのサービスに対する支払い料金について、決めることを契約の目的とします。

第2条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は令和 ____年 ____月 ____日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

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 契約満了の一ヶ月前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出が無い場合、契約は自動更新されるものとし、その後も同様とします。

第3条（通所リハビリテーション計画）

事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、「居宅サービス計画」に沿って「通所リハビリテーション計画」を作成します。

また、その内容を利用者及びその家族に説明します。

第4条（通所リハビリテーションの提供場所・内容・提供日）

- 1 通所リハビリテーションの提供場所は、「学校法人 四徳学園 長野保健医療大学 附属整形外科リハビリクリニック指定通所リハビリテーション施設」です。
- 2 事業者は、第3条に定めた[通所リハビリテーション計画]に沿って通所リハビリテーションを提供します。

事業者は通所リハビリテーションの提供にあたり、その内容について利用者に説明します。

- 3 通所リハビリテーションの提供日は、日曜日・国民の休日・夏季休日(8/13～16)・年末年始(12/29～1/3)・クリニック休診日以外とします。

第5条（サービス提供の記録）

- 1 事業者は、利用者の通所リハビリテーションサービスの提供記録を作成し、その記録をこの契約の終了後5年間保管します。
- 2 事業者は、利用者が前項の閲覧・謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。
但し、扶養者その他のもの（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾された場合に限り、これに応じます。

第6条（利用料金）

- 1 事業者は、月毎の利用料金合計額の請求書に明細を付して、利用者に配布します。
- 2 利用者は、月毎の利用料金を（原則として）配布された月の末日迄に、学校法人 四徳学園 長野保健医療大学 附属整形外科リハビリクリニックの窓口にて支払います。

第7条（料金の変更）

- 1 事業者は利用者に対して、事前に文書で通知することにより利用料及び食費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。
- 2 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金契約書重要事項説明書に基づく【利用同意書】を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書で意義申し立ての上、この契約を解約することができます。

第8条（サービスの中止）

- 1 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日の午後5時までに通知をすることにより、サービス利用を中止することができます。
尚、やむをえない理由にて当日サービスの中止を申し出る場合、午前8時30分までにご連絡頂きます。
- 2 事業者は、利用者の体調不良等の理由により、通所リハビリテーションの実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。

第9条（契約の終了・解除）

1 利用者の契約解除権

次の事由に該当した場合には利用者は事業者に対して、担当ケアマネージャーを通じてこの契約を解約できます。

- ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合。
- ② 事業者が守秘義務に反した場合。
- ③ 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合。

2 事業者の契約解除権

次の事由に該当した場合には事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- ① 利用のサービス利用料金の支払いが一ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払われない場合。
- ② 利用者が正当な理由なくサービス中止をしばしば繰り返した場合。
又は利用者の入院もしくは病気等により、1ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ③ 利用者またその家族が事業者や従事者又は他の利用者に対して、背信行為又は、反社会的行為を行った場合。
- ④ 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利用が困難となった場合。

3 契約の終了

次の事由に該当した場合は、この契約は以下の要件が判明した日をもって終了します。

- ① 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ② 利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ③ 利用者の身体状況が著しく増悪し、当クリニック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 更新拒絶の意思表示がされた場合。
- ⑤ 利用者が死亡した場合。

第10条（秘密保持）

- 1 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びそのご家族に関する個人情報については、利用者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中、契約終了後も第三者に漏らしません。

但し、次項についての情報提供には、利用者及び扶養者から予め同意を得ておきます。

- 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法のための医療機関等への療養状況の提供。
 - ② 介護保険サービスの質の向上の為に院内・外における、学会・研究会での事例研究発表会等。尚この場合、利用者個人を特定できない様に仮名等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取り扱いとなります。

第11条（注意喚起事項）

不慮の事故等は通常、通所リハビリテーションをご利用されていても不可抗力として生じてしまう可能性があることをご理解願います。

- 1 転倒による骨折、運動による骨折

スタッフは十分に注意して運動指導・介助を行いますが、転倒の危険性は常にあります。また、十分に注意していても骨粗鬆症などで骨が非常に弱い状態であると、運動指導中・介助中あるいはバランスを崩しただけでも骨折する恐れがあります。利用者ご自身も十分に注意して下さい。

- 2 心肺機能異常（脳血管障害）

訓練や入浴などを行うことで血圧の過度の上昇や不整脈、呼吸不全などを来す恐れがあります。訓練・入浴前の血圧測定や状態監視など十分に注意してサービス提供を行いますが、利用者ご自身も調子が悪い場合は必ず申し出て下さい。

- 3 窒息・誤嚥性肺炎

脳梗塞後遺症や高齢による嚥下機能低下により、食事などの際に食べ物が喉に詰まり、窒息や誤嚥性肺炎を来す恐れがあります。こちらでも十分に注意していきますが、自宅での食事の状況についてお粥や刻み食にしているなど、変わった点があれば契約時あるいはその都度、必ず申し出て下さい。

第12条（賠償責任）

- 1 事業者は、サービス提供に伴って事業者の責に帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。ただし、事業者に故意・過失がない場合は、この限りではありません。
- 2 前項の場合、利用者または利用者のご家族に相当な過失がある場合は賠償額を減額することができます。
- 3 利用者の責に帰すべき事由によって、事業者が損害を被った場合、利用者及び扶養者は連帯して事業者に対して、その損害を賠償するものとします。

第13条（緊急時の対応）

事業者は、通所リハビリテーションの提供時間内に、利用者の身体状況に急変が生じた場合、速やかに当クリニック常勤医師に報告し、必要な措置（受診・処置等）を講じます。その際の医療費については利用者または利用者ご家族にご負担いただくこととなります。ご承知おき下さい。ご家族への連絡がとれない場合でも必要と判断されれば医療的措置を講じる場合があります。この場合も医療費をご負担をお願いいたします。同時に利用者のご家族又は緊急連絡先、主治医にご連絡いたします。

第14条（連携）

事業者は、通所リハビリテーションの提供にあたり、介護支援専門員及び保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第15条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、通所リハビリテーションに関する利用者の要望・苦情等に対し、迅速に対応します。

＜サービス内容に関する苦情の連絡先＞

- ・【学校法人四徳学園 長野保健医療大学附属整形外科リハビリクリニック指定通所リハビリテーション】
- ・ 苦情処理担当者 サービス担当責任者 : 木村しのぶ 026-286-5390
- ・ 長野市の相談窓口 長野市保健福祉部介護保険課 026-224-7891
- ・ 国民健康保険団体連合会 介護保険課 026-238-1580

第16条（協議事項）

- 1 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところに従い、双方が誠意を持って協議するものとします。

第17条（裁判管轄）

利用者及び事業者は、この契約に関してはやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

第18条（虐待の防止）

クリニックは、虐待の発生またはその再生を防止するための以下の措置を講じる。

- 1 虐待の防止のために対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ること。
- 2 虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的開催すること。
- 4 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

第19条（身体拘束等について）

利用者本人または他の利用者の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束等を行わない。

身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

【サービスご利用の際の留意点】

- 1) 運動に適した服装でお越しください。
- 2) ご利用期間中に受診や内服薬の変更があった場合は必ずお知らせ下さい。
- 3) 体調が悪く、ご利用になれない場合は、当日の午前 8 : 3 0 までにご連絡下さい。
- 4) ご利用後の介護保険証の変更・更新等の場合には、書類の提出をお願い致します。
- 5) ご利用には、歩行にふさわしい靴をご用意下さい。
- 6) 送迎時の責任範囲について

送迎サービスは日頃から安全面に十分配慮して行っていますが、その管理責任の及ぶ範囲は送迎車両が到着して、乗車する時点から降車する時点までとします。尚、玄関などへの移動介助はサービスとして援助させていただくことがあります。ご家族におかれましても送迎車両に乗降する際の見守りなどご協力下さいますようお願い致します。

《営業日及び営業時間》

通所リハビリテーション（5 時間以上 6 時間未満）月・火・木・金曜日：午前 9 時 20 分～午後 2 時 30 分

通所リハビリテーション（1 時間以上 2 時間未満）水・土曜日：午前 9 時 10 分～午前 11 時 00 分

月・火・木・金曜日：午後 2 時 30 分～午後 4 時 20 分

日曜日、国民の休日、夏季休日(8/13~8/16)・年末年始休日(12/29~1/3)

クリニック休診日は お休みとなります。

【事業所の名称及び所在地】【職員体制】

（事業所の名称及び所在地）

名 称 学校法人四徳学園 長野保健医療大学附属整形外科リハビリクリニック
指定通所リハビリテーション

管理者 中村功

所在地 長野県 長野市 川中島町 今井原 11 番地 8

電話番号 026-286-5390 FAX 番号 026-286-5391

（職員体制）

管理者（医師） 1 名 （利用者の健康維持・管理、医学的指示、その他適切な指導助言）
理学療法士又は作業療法士 2 名 0.4/日 以上 通所リハビリテーション計画に基づいた
適切なリハビリテーションの実施。

看護師・介護職員 3 名 通所リハビリテーションに基づいた身体看護・身体介護
介護給付

介護度	保険料（単位）/回	短時間保険料（単位）/回
要介護 1	622 単位/回	369 単位/回
要介護 2	738 単位/回	398 単位/回
要介護 3	852 単位/回	429 単位/回
要介護 4	987 単位/回	458 単位/回
要介護 5	1120 単位/回	491 単位/回

リハビリテーションマネージメント加算 11（6 か月以内）	560 単位/月
リハビリテーションマネージメント加算 12（6 か月以上）	240 単位/月
リハビリテーションマネージメント加算 4	270 単位/月
退院時共同指導加算	600 単位/回
リハビリテーション体制強化加算（5-6）	20 単位/回
短期集中個別リハビリテーション加算（3 か月以内）	110 単位/回
サービス提供体制強化加算 1	22 単位/回
入浴加算 II	60 単位/回
送迎減算	-47 単位/片道
理学療法士等体制強化加算（1-2）	30 単位/回
同一建物減算	-94 単位/回
移行支援加算	12 単位/回

地域加算 1 単位=10.17 円

保険外の負担	
食事代	630 円/回
入浴品費等	110 円/回
初回利用バック	440 円
リハビリパンツ	130 円
尿取りパット	45 円

1 ヶ月 回ご利用の場合
ご利用金額 約 円

指定通所リハビリテーション利用同意書

四徳学園整形外科リハビリクリニック指定通所リハビリテーションの利用にあたり「契約書」を受領し、またその内容について担当者の説明を受けこれらを理解した上で、同意をします。

また、下記情報を、次の機関に提供することを同意します。

情報提供機関名	情報提供同意
介護保険者	
居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）	
医療機関	
その他の事業所	
事例研究発表会等での情報の使用	

令和 年 月 日

【利用者】 氏名 印

住所 _____

【ご家族】 氏名 印

住所

四徳学園整形外科リハビリクリニック指定介護通所リハビリテーション

【説明者】 氏名 横山 玲子 印

【事業者】

＜事業所＞ 学校法人 四徳学園 長野保健医療大学 附属整形外科リハビリクリニック
指定介護通所リハビリテーション

＜管理者＞ 中村 功 印
＜管理責任者代行＞ 前角 滋彦 印

当クリニックは、利用者の申し込みを受け、「契約書」に定める義務を誠意を持って履行致します。

緊急連絡先

緊急時に必ず連絡がつき（５分以内）、クリニックへすぐに駆け付けることができる方の電話番号（自宅・携帯・勤務先等）を下記にご記入ください。

ご利用者様

氏名 _____

自宅 TEL _____

携帯番号 _____

緊急連絡先①

氏名 _____（続柄） _____

自宅 TEL _____

携帯電話 _____

勤務先 _____

勤務先 TEL _____

緊急連絡先②

氏名 _____（続柄） _____

自宅 TEL _____

携帯電話 _____

勤務先 _____

勤務先 TEL _____

主治医

電話番号

居宅介護支援事業所

電話番号

ケアマネージャー
