

# 居宅サービス契約書

医療法人 聖真会

指定居宅サービス事業所

通所リハビリテーション事業所

管理者 院長 溝渕 敏水

高知県土佐清水市越前町6番1号

高知県知事指定 第3910810799号

## 居宅サービス契約書

### 第1条（契約の目的）

事業者（以下甲という）は、介護保険法令に従い、利用者（以下乙という）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、通所リハビリテーションのサービスを提供します。

### 第2条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から利用終了までとします。
- 2 利用者から契約の終了、拒絶の意思表示があるまで通所リハビリテーションのサービスを継続し、提供するものとします。

### 第3条（サービス計画等）

- 1 甲は、乙の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、乙の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、「サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。サービス計画を作成した場合は、乙に説明します。
- 2 甲は、乙がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、その変更が居宅サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能なときは、速やかに「サービス計画」の変更等の対応を行います。
- 3 甲は、乙が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業所への連絡調整を行います。

### 第4条（サービス提供の記録等）

- 1 甲は、それぞれのサービスの提供に関する記録を整備するとともに、これをこの契約終了後2年間保管します。
- 2 甲は、乙に対しいつでも保管する乙に関する記録の閲覧、複写物の交付に応じます。

### 第5条（利用者負担金の滞納）

- 1 乙が正当な理由なく甲に支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合には、甲は1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までにその支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。
- 2 甲は、前項の催告をしたときは、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所と協議し、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 甲は、前項に定める協議等の努力を行い、かつ第1項に定める期間が満了した場合は、文書によりこの契約を解約することができます。

### 第6条（乙の解約権）

乙は、甲に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合には、7日以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

#### 第7条（甲の解約権）

甲は乙の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解約することができます。この場合、甲は、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所に連絡します。

#### 第8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5条に基づき、甲から解約されたとき。
- 2 第6条に基づき、乙から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 3 第7条に基づき、甲から契約の解約の意思表示がなされたとき。
- 4 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
  - (1)乙が介護保険施設や医療施設に入所又は入院（1ヶ月以上）した場合
  - (2)乙の要介護認定区分が自立と認定された場合
  - (3)乙が死亡したとき

#### 第9条（損害賠償）

甲は、サービスの提供にあたって乙の生命・身体・財産に損害を与えた場合、その損害を当事業所が加入している損害保険の範囲内で賠償させていただきます。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。又、事情によりご自分でのご帰宅や家族様で送迎をする場合については、損害保険の範囲外となります。

#### 第10条（秘密保持）

- 1 甲は、サービスを提供する上で知り得た乙及びその家族に関する秘密を契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 甲は、乙の個人情報を用いる場合は乙の同意を、乙の家族の個人情報を用いる場合は乙の家族の同意を予め文書で得ない限り、サービス担当者会議等で個人情報を用いません。ただし、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所が、乙及びその家族から、居宅サービス計画に位置付けたサービス事業所が個人情報を使用することについて、同意を得ている場合は、この限りではありません。

#### 第11条（苦情対応）

- 1 乙は、提供されたサービスに苦情がある場合は、甲、介護支援専門員、市町村及び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 甲は、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、苦情の申立て又相談があった場合は、迅速かつ適切に対応します。

#### 第12条（契約外条項）

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の関係法令を尊重して、乙と甲が誠意を持って協議のうえ定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、甲乙双方が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

(利用者)

住所 高知県 土佐清水市

氏名 印

(代筆)

住所 高知県 土佐清水市

氏名 印 (続柄: )

事業者 所在地 高知県土佐清水市越前町6-1  
事業者名 医療法人 聖真会  
通所リハビリテーション事業所

代表者名 溝渕 敏水 印

## 居宅サービス重要事項説明書

### 1. 事業所の概要

事業所名	医療法人聖真会 渭南病院 通所リハビリテーション事業所	
所在地	高知県土佐清水市越前町6番1号	
提供可能サービス 及び 事業者指定番号	通所リハビリテーション	第 3910810799号
管理者及び連絡先	溝渕 敏水	代表 0880-82-1151
サービス提供地域	土佐清水市全域	
利用定員	1日 40名	
事業所 ホームページ	当事業所の運営規程・重要事項説明書は下記に記載 <a href="http://www.inan-hp.jp/class-10.html">http://www.inan-hp.jp/class-10.html</a>	

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### 2. 事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤	計	
管理者	1		1	
医師	1		1	
サービス提供者	作業療法士			
	理学療法士	2	2	
	看護師		1	1
	介護福祉士	3		3
	介護職員	2	1	
	事務兼介護職員			
	言語聴覚士		1	1
管理栄養士		2	2	

### 3. 営業時間（9：50～16：00）

※土曜日、日曜日、お盆休み（8／15）年末年始（12／31～1／3）は休業します。社員研修や臨時休所（自然災害等）する事があります。

### 4. サービスの内容

病院に設置された専用のデイケアルームにおいて作業療法士・理学療法士等や看護職員、介護職員と一日を楽しく過ごしながら生活機能の向上に努めます。

- ・ 健康状態チェック（血圧測定等）
- ・ 趣味活動（手芸、囲碁、将棋、絵、書道、音楽鑑賞、テレビ観賞、カラオケなど）
- ・ 食事、おやつ、入浴、送迎、体操（集団リハ体操）、レクリエーション

## 5. サービス利用料及び利用者負担

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、料金表の通りとなります。（介護保険を利用した場合の1割負担金額）ただし介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

### ○ 介護予防通所リハビリテーション費（要支援の利用者様対象）

介護度	利用料金	昼食料金※介護保険対象外
要支援1	2,053単位（月）	670円（日）
要支援2	3,999単位（月）	670円（日）

【その他料金】※ケアマネジャーが作成するケアプランに沿って、算定対象者のみ加算

- ▶生活行為向上リハビリテーション加算：562単位／月（開始日から6月以内）
- ▶運動機能向上加算：225単位／月
- ▶口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）：20単位／回（利用開始時、6か月ごとに算定）
- ▶口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）：5単位／回（6か月に1回を限度）
- ▶栄養改善加算：200単位／月（原則3か月以内、1月に2回を限度）
- ▶口腔機能向上加算（Ⅰ）：150単位／月（1か月に1回を限度）
- ▶選択的サービス複数加算（Ⅰ）：480単位／月
- ▶選択的サービス複数加算（Ⅱ）：700単位／月
- ▶サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：88単位／月（要支援1）  
：176単位／月（要支援2）
- ▶ 臨時介護報酬改定により介護職員等ベースアップ等支援加算として1%乗じます。

### ○通所リハビリテーション費（要介護の利用者様対象）

所要時間 1 時間以上 2 時間未満の場合		所要時間 2 時間以上 3 時間未満の場合	
要介護1	366単位（日）	要介護1	380単位（日）
要介護2	395単位（日）	要介護2	436単位（日）
要介護3	426単位（日）	要介護3	494単位（日）
要介護4	455単位（日）	要介護4	551単位（日）
要介護5	487単位（日）	要介護5	608単位（日）

所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合		所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合	
要介護1	4 8 3 単位(日)	要介護1	5 4 9 単位(日)
要介護2	5 6 1 単位(日)	要介護2	6 3 7 単位(日)
要介護3	6 3 8 単位(日)	要介護3	7 2 5 単位(日)
要介護4	7 3 8 単位(日)	要介護4	8 3 8 単位(日)
要介護5	8 3 6 単位(日)	要介護5	9 5 0 単位(日)
所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合		所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合	
要介護1	6 1 8 単位(日)	要介護1	7 1 0 単位(日)
要介護2	7 3 3 単位(日)	要介護2	8 4 4 単位(日)
要介護3	8 4 6 単位(日)	要介護3	9 7 4 単位(日)
要介護4	9 8 0 単位(日)	要介護4	1, 1 2 9 単位(日)
要介護5	1, 1 1 2 単位(日)	要介護5	1, 2 8 1 単位(日)
所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合		延長加算※1	
要介護1	7 5 7 単位(日)	所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合	
要介護2	8 9 7 単位(日)	5 0 単位	
要介護3	1, 0 3 9 単位(日)		
要介護4	1, 2 0 6 単位(日)	所要時間 9 時間以上 1 0 時間未満の場合	
要介護5	1, 3 6 9 単位(日)	1 0 0 単位	
※1 所要時間の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時が時間以上となる場合は上記を加算致します。			
▶食費料金： 6 7 0 円（介護保険対象外）			
▶雑費（オムツ等）			
▶送迎未実施の場合は、片道 4 7 単位／回 通所リハビリテーション費より減算します			
【その他料金】 ケアマネジャーが作成するケアプランに沿って、算定対象者のみ加算			
▶リハビリテーションマネジメント加算(A)イ		5 6 0 単位／月（6か月以内）	
		2 4 0 単位／月（6か月超）	
▶リハビリテーションマネジメント加算(B)イ		8 3 0 単位／月（6か月以内）	
		5 1 0 単位／月（6か月超）	
▶リハビリテーション提供体制加算			
3 時間以上 4 時間未満の場合		1 2 単位	
4 時間以上 5 時間未満の場合		1 6 単位	
5 時間以上 6 時間未満の場合		2 0 単位	
6 時間以上 7 時間未満の場合		2 4 単位	
7 時間以上の場合		2 8 単位	
▶ 短期集中個別リハビリテーション実施加算			
・ 退院(所)又は認定日から起算して3月以内 1 1 0 単位／日			
▶ 生活行為向上リハビリテーション加算： 1, 2 5 0 単位／月（開始日から6月以内）			

- ▶ 重度療養管理加算 100単位/日（要介護3～5の方対象）
  - イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
  - ロ 呼吸障害等により人口呼吸器を実施している状態
  - ハ 中心静脈注射を実施している状態
  - ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
  - ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
  - ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストマーの処置を実施している状態
  - ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われる状態
  - チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
  - リ 気管切開が行われている状態
  
- ▶ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位/月
  
- ▶ 栄養改善加算 200単位/月（原則3か月以内、1か月に2回を限度）
  
- ▶ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位/回（利用開始時、6か月ごとに算定）
  
- ▶ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位/回（6か月に1回を限度）
  
- ▶ 入浴介助加算（Ⅰ） 40単位/回
  
- ▶ 入浴介助加算（Ⅱ） 60単位/回
  
- ▶ サービス提供体制強化加算Ⅰ 22単位/日
  
- ▶ 介護職員処遇改善加算Ⅱ /回
  
- ▶ 送迎減算 片道47単位/回
  
- ▶ 臨時介護報酬改定により介護職員等ベースアップ等支援加算として1%乗じます。

<お支払方法>

利用者負担金は、毎月15日までに請求書をお渡ししますので、30日以内に下記のいずれかの方法でお支払ください。

ア. サービス利用時に直接お支払いしていただく

イ. 銀行振込

四国銀行 清水支店 普通預金 0355130

名義 医療法人<sup>せいしんかい</sup>聖真会 <sup>いなん</sup>渭南病院 デイケア 代表者 溝淵敏水

※居宅サービス計画を作成しないときなど、市町村から直接利用料が支払われない場合は、一旦利用料（10割）をいただき、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日、土佐清水市の窓口提出しますと全額払い戻しを受けることができます。

## 6. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：0880（82）3316 通所リハビリテーション事業所

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用日の前日までにご連絡ください。当日もお迎えに上がる前のキャンセルについては、キャンセル料はいただきません。お迎えに上がってからの体調不良や急な私用の場合でもキャンセル料は頂きません。

(3) 食事のご利用については、サービスのお申し込み時にご希望をお聞きいたします。サービスは利用するが、食事のみキャンセルしたい場合も、前日までのご連絡をお願い致します。当日利用後のキャンセル、受診の場合は、食事利用料の全額を頂くこととなりますので、ご了承ください。

## 7. 送迎について

送迎の範囲は、利用者様の自宅から渭南病院通所リハビリテーション事業所のみとさせていただきますのでそれ以外の場所への送迎は出来ませんのでご了承下さい。

## 8. 当事業所の運営方針

### (1) 基本理念

利用者が、住み慣れた地域社会・家庭で質の向上を満たした在宅生活を送れる様、利用者のニーズに応じて質のよいリハビリを提供する。

### (2) サービスの質の向上の為の方策

主治医や諸機関と連絡を取り合いながら支援を行うほか、研究、研修機会を設け、質の保障が全うできる業務体制を常に心がける。

## 9. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所お客様相談窓口	電話番号	0880-82-3316
	FAX番号	0880-82-0429
	対応時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

土佐清水市町村介護保険相談窓口	所在地	土佐清水市天神町11-2
	電話番号	0880-82-1111
	FAX番号	0880-82-5599
	対応時間	8:30～17:00
	所在地	高知市丸ノ内2-6-5

高知県国民健康保険団体連合会（国保連）	電話番号	088-820-8410
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	8:30~17:15

※土佐清水市以外の方は、お住まいの市町村窓口へご相談下さい。

#### 10. 当事業所の概要

名称・法人種別	医療法人 聖真会 渭南病院 通所リハビリテーション事業所
代表者氏名	院長 溝渕 敏水（管理者代行 木村 親仁）
所在地・電話	高知県土佐清水市越前町6番1号 0880-82-1151
業務の概要	・居宅介護支援事業所・ホームヘルプサービスセンター・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション
事業所数	4

#### 11. 事故発生時の対応

利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村や、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を分析し、再発防止策を実施します。尚、当事業所のサービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所は保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。）

#### 12. 秘密の保持について

- 1 当事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- 2 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- 3 事業者では、利用者の医療上緊急な必要がある場合又はサービス担当者会議などで必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

#### 13. 第三者評価の実施状況

サービス提供の第三者評価 無

#### 14. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

居宅サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者	所在地	高知県土佐清水市越前町6-1
	事業者名	医療法人 聖真会
		通所リハビリテーション事業所

説明者 \_\_\_\_\_ 印

居宅サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

(利用者)

住所 高知県 土佐清水市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆)

住所 高知県 土佐清水市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄: )

## 個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

### 記

#### 1. 使用する目的

私のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整、地域ケア会議等において必要な場合

#### 2. 使用する期間

令和 年 月 日から利用終了まで

#### 3. 条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

（利用者）

住所 高知県 土佐清水市

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（代筆）

住所 高知県 土佐清水市

氏名 \_\_\_\_\_ 印 （続柄： \_\_\_\_\_）

（利用者家族）

住所 高知県 土佐清水市

氏名 \_\_\_\_\_ 印