

岡崎老人保健施設スクエアガーデン

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

医療法人 大朋会

岡崎老人保健施設スクエアガーデン

医療法人 大朋会
岡崎老人保健施設スクエアガーデン
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

(契約の目的)

第1条 医療法人 大朋会 岡崎老人保健施設スクエアガーデン（以下「当施設」という。）は、要介護・要支援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で、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・介護予防通所リハビリテーションを提供し、一方、利用者及び利用者を保証する者（以下「保証人」という。）は、当施設に対し、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・介護予防通所リハビリテーション利用同意書を当施設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、別紙1の改定が行なわれない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設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、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、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・介護予防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、速やかに当施設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・介護予防通所リハビリテーション実施時間中に利用を中止した場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、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・介護予防通所リハビリテーションサービスの利用を解除・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、当施設での適切な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の提供が困難と判断された場合
- ④ 利用者及び保証人が、本契約に定める利用料金を請求日から1か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず督促日より7日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、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、当施設を利用させることが困難な場合

(利用料金)

第5条 利用者及び保証人は、連帯して当施設に対し、本契約に基づく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の対価として別紙1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ともない必要となる額の合計を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記料金を変更することがあります。

2 当施設は、利用者及び保証人が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月15日までに作成します。利用者及び保証人は、連帯して当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。なお、支払の方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

- 3 当施設は、利用者又は保証人から、1項に定める利用料金の支払を受けたときは、利用者の保証人が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

(記録)

第6条 当施設は、利用者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 当施設は、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 当施設は、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、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設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。

(個人情報保護、秘密の保持)

第8条 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者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。また、職員であったものは、業務上知り得た秘密を職員でなくなった後も、これらの秘密を保持するべき旨を雇用契約書の内容に含むものとします。

但し、次の各号についての情報提供については、本契約に対する同意書の提出をもって同意を得たこととします。

① 介護提供

(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。家族への病状説明、その他利用者への介護提供に関する利用。)

② 看護、介護等サービスや業務の維持、改善のための基礎資料

③ 看護、介護等の質の向上を目的とした施設内外での症例研究

(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等を使用することを厳守します。)

④ 療養費請求のための事務(介護報酬支払機関への介護報酬請求書の提出、公費負担に関する行政機関への介護報酬の提出、照会への回答、その他医療、介護、公費負担などに関する介護報酬請求のための利用。)

⑤ 当施設の管理運営事務(会計・経理、介護事故報告、当該利用者の介護サービス向上、入退所等の管理、その他当施設の管理運営業務に関する利用。)

⑥ 賠償責任保険等に係る、保険会社などへの相談又は届け出

⑦ 当施設内で行われる介護実習への利用

⑧ 外部監査機関への情報提供

- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により受診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

2 当施設は、利用者に対し、当施設における介護保険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、他の専門機関を紹介します。

3 前項2のほか、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中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、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、当施設の提供す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に対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙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。

当施設苦情相談窓口 電話 0564-55-2555

愛知県国保連合会介護福祉室 電話 052-971-4165

岡崎市介護保険課給付係 電話 0564-23-6682

幸田町福祉課介護保険グループ 電話 0564-63-5117

(賠償責任)

第 11 条 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の提供に伴って当施設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、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び保証人は、連帯して、当施設に対して、その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施設が誠意をもって協議して定めることとします。

本契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者・事業者が記名・捺印の上、各 1 通を保有します。

| | | | |
|--------|---|------------------|---|
| 年 | 月 | 日 | |
| 利用者 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |
| | 電話番号 | | |
| 署名代行者 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |
| | 電話番号 | | |
| 署名代行理由 | <input type="checkbox"/> 本人が署名する事が困難なため | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 利用者との関係 | | |
| 事業所 | 住所 | 岡崎市羽根町字中田 34 | |
| | 事業所名 | 医療法人 大朋会 | |
| | | 岡崎老人保健施設スクエアガーデン | |
| | 理事長 | 重盛 忠誠 | 印 |
| | 電話番号 | 0564-55-2555 | |

重要事項説明書

(R6.6.1より)

C 通所リハビリテーションの場合の利用者負担

1. 介護給付の自己負担額／1日 1単位＝10,33円

[6時間以上7時間未満]

| | | | |
|------|-------|-------|----|
| 介護区分 | ・要介護1 | 715 | 単位 |
| | ・要介護2 | 850 | 単位 |
| | ・要介護3 | 981 | 単位 |
| | ・要介護4 | 1,137 | 単位 |
| | ・要介護5 | 1,290 | 単位 |

* 7時間以上の利用は、30分ごとに550円請求させていただきます。

その他のサービス費／1日

| | |
|-----------------------------|--|
| * サービス提供体制強化加算 (I) | 上記サービス費に22単位加算されます。 |
| * 入浴介助加算 (I) | 上記サービス費に40単位が加算されます。 |
| * 入浴介助加算 (II) | 上記サービス費に60単位が加算されます。 |
| * リハビリテーション提供体制加4 | 上記サービス費に24単位が加算されます。 |
| * 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 退院・退所又は認定日から3ヶ月以内に集中的な機能訓練を行った場合、110単位が加算されます。 |
| * 栄養改善加算 | 上記サービス費に200単位が加算されます。 |
| * 栄養アセスメント加算 | 上記サービス費に50単位が加算されます。 |
| * 口腔機能向上加算 (I) | 上記サービス費に150単位が加算されます。 |
| * 口腔機能向上加算 (II) | 上記サービス費に160単位が加算されます。 |
| * 若年性認知症利用者受入加算 | 上記サービス費に60単位加算されます。 |
| * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I) | 退院・退所又は認定日から3ヶ月以内に認知症の専門的な機能訓練を行った場合、240単位が加算されます。 |
| * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II) | 退院・退所又は認定日から3ヶ月以内に認知症の専門的な機能訓練を行った場合、月額1920単位が加算されます。 |
| * 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 上記サービス費に月額1250単位加算されます。 |
| * 重度療養管理加算 | 上記サービス費に100単位加算されます。 |
| * 移行支援加算 | 上記サービス費に12単位加算されます。 |
| * 中重度者ケア体制加算 | 上記サービス費に20単位加算されます。 |
| * 科学的介護推進体制加算 | 上記サービス費に月額40単位加算されます。 |
| * 退院時共同指導加算 | 上記サービス費に600単位加算されます。 |
| * リハビリテーションマネジメント加算 A ロ | 6ヶ月以内は上記サービス費に月額593単位加算されます。 6ヶ月以降は上記サービス費に月額273単位加算されます。 |
| * 介護職員等処遇改善加算 (I) | 所定単位の7.5%上乘せされます。 |
| * 介護職員等処遇改善加算 (II) | 所定単位の7.1%上乘せされます。 |
| * 介護職員等処遇改善加算 (III) | 所定単位の5.4%上乘せされます。 |
| * 介護職員等処遇改善加算 (IV) | 所定単位の4.4%上乘せされます。 |

* ご利用者の容体が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行なった場合は、別途料金を頂きます。

2. 予防給付の自己負担額

[6時間以上7時間未満]

| | | |
|------|-------|------------------|
| 介護区分 | ・要支援1 | 2, 268単位 (1月につき) |
| | ・要支援2 | 4, 228単位 (1月につき) |

その他のサービス費

| | |
|-------------------|--|
| *サービス提供体制強化加算 (I) | 上記サービス費に月額88単位(要支援1)176単位(要支援2)加算されます。 |
| *栄養改善加算 | 上記サービス費に200単位が加算されます。 |
| *口腔機能向上加算 (I) | 上記サービス費に150単位が加算されます。 |
| *口腔機能向上加算 (II) | 上記サービス費に160単位が加算されます。 |
| *若年性認知症利用者受入加算 | 上記サービス費に240単位が加算されます。 |
| *一体的サービス提供加算 | 上記サービス費に480単位が加算されます。 |
| *科学的介護推進体制加算 | 上記サービス費に月額40単位加算されます。 |
| *退院時共同指導加算 | 上記サービス費に600単位加算されます。 |
| *介護職員処遇改善加算 (I) | 所定単位の7.5%上乘せされます。 |
| *介護職員処遇改善加算 (II) | 所定単位の7.1%上乘せされます。 |
| *介護職員処遇改善加算 (III) | 所定単位の5.4%上乘せされます。 |
| *介護職員処遇改善加算 (IV) | 所定単位の4.4%上乘せされます。 |

3. 利用料

① 食費

施設ご利用の際に提供する食事をお取りいただいた場合には、下記費用をお支払いいただきます。

| | |
|----|------|
| 昼食 | 750円 |
| 夕食 | 650円 |

② 日用品費 / 1日

ボディソープ、シャンプー、リンス、ハンドソープ、ポリデント等の費用であり、施設で用意いたします。なお、個人持ちをご利用いただく事もできます。

200円

③ 教養娯楽費 / 1日

クラブや趣味活動で実施する折り紙・美術等の活動経費や品代の費用であり施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

200円

④ オムツ代

利用者の身体の状態により、オムツの利用が必要な場合で、施設で用意しているものをご利用いただいた場合にお支払いいただきます。

実費

⑤ 行事費

小旅行・観劇や講師を招いて実施する料理教室の費用で、参加された場合にお支払いいただきます。

⑥ 私物洗濯代 / 1日

衣類等を施設にて洗濯を希望される場合にお支払いいただきます。なお、1日に2ネット以上洗濯をした場合でも100円(外税)を上限とします。

100円(外税)

⑦ 健康管理費

インフルエンザ予防接種に係る費用でインフルエンザ予防接種を希望された場合にお支払いいただきます。

実費

⑧ 電気代、1コンセント / 日

個人的に使用する機器等にかかる電気代としてお支払いいただきます。

70円(外税)

- | | |
|--|------|
| ⑨ 文書料／1通 診断書等の文書の発行時にお支払いいただきます。 | 実 費 |
| ⑩ 申請代行料／1件 要介護認定申請代行等に係る費用としてお支払いいただきます。 | 無 料 |
| ⑪ 延長料金 利用時間が7時間を超えた場合、30分経過することにお支払いいただきます。 | 550円 |

苦情申し立て先

| | | |
|----------------|----|--------------|
| 当施設苦情相談窓口 | 電話 | 0564-55-2555 |
| 愛知県国保連合会介護福祉室 | 電話 | 052-971-4165 |
| 岡崎市介護保険課給付係 | 電話 | 0564-23-6682 |
| 幸田町福祉課介護保険グループ | 電話 | 0564-63-5117 |

私は、通所リハビリテーション利用の開始に際し、 _____ から、上記の重要事項の説明を受けました。

年 月 日

利用者 住所 氏名 印

署名代行者 住所 氏名 印

署名代行理由 本人が署名する事が困難なため
 その他 ()

利用者との関係