

「エバーグリーン掛川」 介護予防通所リハビリテーションサービス 契約書

様（以下「利用者」といいます。）とエバーグリーン掛川（以下「施設」といいます。）は施設が利用者に対して提供する介護予防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）

- 1 この契約は、利用者が居宅において、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、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、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする介護予防通所リハビリテーションについて定めま

第2条（介護予防通所リハビリテーションサービスの内容）

- 1 介護予防通所リハビリテーションサービスの提供は、当施設の医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、栄養士等の従業者が当たります。
- 2 施設は介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたっては、利用者の要介護度（要支援）状態区分に従い、また、利用者の被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会の意見に配慮して、利用者に介護予防通所リハビリテーションサービスを提供します。

第3条（契約期間）

- 1 この契約期間は「施設利用日」から「現行介護保険証」の有効期限までとします。
- 2 契約満了日の7日以上前までに、利用者等から文書による解約の申し出がない時は、この契約は更に同一期間同一内容で更新されます。

第4条（身元引受人）

- 1 利用者は、次の要件を満たす身元引受人を立てます。ただし、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。
 - (1) 行為能力者（民法第20条1項に定める行為能力者といいます。）であること。
 - (2) 弁済をする資力を有すること。
- 2 身元引受人は、利用者が本約款上施設に対して負担する一切の債務を下記の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。
※負担割合証1割の方は10万円
負担割合証2割の方は15万円
負担割合証3割の方は20万円
- 3 身元引受人の請求があったときは、施設は身元引受人に対し、施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

第5条（介護予防通所リハビリテーションサービス計画）

- 1 介護予防通所リハビリテーションサービス計画は、介護予防サービス・支援計画が作成済みの場合には、その内容に沿って作成します。
- 2 施設は、介護予防通所リハビリテーションサービス計画を作成した場合、利用者、そのご家族に介護予防通所リハビリテーションサービス計画の内容を説明します。

第6条（サービス内容の変更）

- 1 利用者等は、いつでもサービス内容変更を申し出ることができます。施設は利用者等からのサービス内容変更の申し出があった場合、この契約目的に反するなどの変更を拒否する正当な理由がない限りサービス内容を変更するものとします。

第7条（秘密保持義務）

- 1 施設は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者、その家族に関する秘密を保持する義務を負います。
- 2 施設は、従業員が退職後、正当な理由なく、在職中知り得た利用者、その家族に関する秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。
- 3 施設は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に対して利用者に関する情報を提供する際には、利用者等の同意をえなければなりません。

第8条（利用料金及び支払い方法）

- 1 利用者は、施設に原則として、この契約に基づく介護予防通所リハビリテーションサービス（介護保険適応部分）に要する基準額の自己負担割合に応じた額及び、食事提供に要する食材料費を支払います。ただし、利用者の被保険者証に支払い方法の変更記載（利用者が保険料を滞納しているため、償還払いになる旨の記載）あるとき等は、利用者は、一旦費用の全額を施設に支払います。
- 2 第1項ただし書きにより、利用者が費用の全額を施設に支払った場合、施設は、利用者に「サービス提供証明書」を発行します。利用者、その家族はこの証明書を後日、保険者の担当窓口へ提示すれば、介護保険給付分の払い戻しを受けることができます。
- 3 施設は、日常生活において、通常必要とされる費用、食材料費、おむつ代、その他にいて利用者に請求できます。また、通常の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に関する費用を請求することができます。
- 4 施設は、当月の利用料金の合計額請求書を翌月初旬に利用者等に送付します。
- 5 利用者は、当月の利用料金の合計額を翌月末までに支払います。
- 6 施設は利用者、その家族から利用料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

第9条（契約の終了）

- 1 利用者、その家族は、下記理由等が発生した場合、ただちにこの契約を解約することができます。
 - （1） 施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - （2） 施設が守秘義務に違反した場合
 - （3） 施設が社会通念に逸脱する行為をおこなった場合
 - （4） 施設が破産、閉鎖した場合
- 2 施設は、下記理由等が発生した場合、ただちにこの契約を解約することができます。
 - （1） 利用者、その家族が施設に支払うべきサービス利用料金を1ヶ月以上滞納し、期限を定めて再三催告したにもかかわらず、その期限までにサービス利用料金の支払いがない場合
 - （2） 利用者がこの契約を継続し難い程の背信行為をおこなった場合
- 3 次の事由に該当する場合、この契約は自動終了します。この場合損害賠償義務は発生しないものとします。
 - （1） 利用者が介護保険施設に入所、入院した場合
 - （2） 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
 - （3） 利用者の要介護認定区分が要介護1～5と認定された場合
 - （4） 利用者が死亡した場合

第10条（緊急時対応について）

- 1 施設は、医師が病院搬送が適切と判断した場合、協力病院である「中東遠総合医療センター」に搬送します。同時に、施設は家族、居宅介護支援事業者に連絡、報告を行います。

第11条（損害賠償）

- 1 施設は、介護予防通所リハビリテーションサービスの提供により、事故が発生した場合、市町村、利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に連絡を行う

と共に、必要な措置を講じます。

- 2 施設は、介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する上で、この契約の条項に違反し、または施設の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等に損害を与えた場合には、その損害を速やかに賠償する義務を負います。

第12条（情報の保存）

- 1 施設は、利用者に対する介護予防通所リハビリテーションの提供に関する書類を整理し、この契約終了後2年間保存します。

第13条（地域包括支援センター等との連携）

- 1 施設は介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に当たり、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、その他「保健・医療・福祉」サービスを提供する者と密接な連携を努めます。
- 2 施設は介護予防通所リハビリテーションサービスの提供終了（解約の場合も含む）に際しては、利用者、その家族に対して適切な指導を行うと共に、終了の旨の内容を速やかに地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に連絡します。

第14条（苦情処理）

- 1 利用者、その家族は、施設が提供した「介護予防通所リハビリテーションサービス」に関する苦情がある場合は、「当施設」「保険者窓口」「国民健康保健団体連合会」各担当窓口へ苦情申し立てすることができます。施設は苦情が申し立てられた場合は迅速かつ適切に対応すると共に必要な措置を講じます。
- 2 施設は、利用者、その家族が苦情申し立てをした場合に、これを理由として利用者に対し、一切の差別待遇をしません。

第15条（裁判管轄）

- 1 利用者、その家族、施設はこの契約に関して止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16条

- 1 この契約の定めのない事項については、介護保険法、その他関係法令に従い、利用者（家族）及び施設が信義に従い、誠実に協議して決定します。

上記の契約の成立を証するため、この契約書2通を作成し、利用者（家族）及びサービス提供事業者が署名、捺印の上、各自その1通を所持します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

施 設 所在地 静岡県 掛川市 大池 680
名 称 介護老人保健施設 エバーグリーン掛川
代表者氏名 施 設 長 田上 和 印

通所同意書

医療法人（社団）川口会

介護老人保険施設

エバーグリーン掛川 施設長 様

この度、私は、貴施設の介護予防通所リハビリテーションを利用することになりました。
つきましては、貴施設の介護予防通所リハビリテーションに関する規則を守り療養上のことに関し
て一任します。また体調不良等加療を必要とするときは利用を中止します。
送迎中及び利用中において急変や事故が起こる可能性についても十分承知し、その際の対応につい
ては、施設内での対応可能な範囲での処置後、必要に応じては、中東遠総合医療センターへの搬送
について同意します。
また、利用中の所持品（金）並びに携帯品については自己の責任において管理し、万一紛失や、破
損した場合に、貴施設がその物に対する弁償、代用品を用意する責任のないことを理解します。
利用料金等の支払いについても、遅滞した場合、保証人又は、連帯保証人が支払うことにも合わせ
て同意します。

令和 年 月 日（利用開始日）

利用者	
住 所	TEL
氏 名	印 男 ・ 女
生年月日	M・T・S 年 月 日
身元引受人	
ふりがな 住 所	TEL
ふりがな 氏 名	印 続柄
勤務先名 所属部署	TEL

個人情報使用同意書

医療法人（社団）川口会 介護老人保健施設エバーグリーン掛川利用にあたり、私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

記

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

（当施設内部での利用目的）

○利用者等に提供する介護サービス

○介護保険事務

○介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち

- ・入退所等の管理
- ・会計、経理
- ・事故等の報告
- ・当該利用者への適切な介護、医療サービス
- ・施設内担当者会議

（他事業者等への情報提供を伴う利用目的）

○当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち

・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携

（サービス担当者会議）、照会への回答

- ・利用者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・検体検査業務の委託、その他の業務委託
- ・家族等への心身の状況説明

○介護保険事務のうち

- ・保険事務の委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答

○損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出

【その他利用目的】

（当施設内部での利用目的）

○当施設の管理運営業務のうち

- ・介護、医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・当施設において行われる学生の実習への協力
- ・当施設において行われる事例研究

（他事業所等への情報提供を伴う利用目的）

○当施設の管理運営業務のうち

- ・外部監査機関への情報提供

上記の内容以外に必要な情報については本人及び家族に了承を得ることとする。

令和 年 月 日

同意者（利用者）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人（身元引受人・家族）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用料のご案内

自己負担金(1ヶ月あたり)

地域区分(7級地) 1単位=10.17円 表示は1割分

サービス内容	要支援度	要支援1	要支援2
予防通所リハビリテーション 2		2,268	4,228
サービス提供体制強化加算 I		88	176
科学的介護推進体制加算		40	40
退院時共同指導加算		600	600
介護職員等処遇改善加算 I		1000分の86	
食費(自費・1食あたり)		730	730

利用された場合に加算されるもの

おむつ代	実費	理美容代	実費
------	----	------	----

予防通所リハビリテーション費には送迎・入浴の費用も含まれております。

科学的介護推進体制加算…次に掲げるいずれの基準にも適合しているもの。

- (1)利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。
- (2)必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画を見直すなど指定介護予防通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供する為に必要な情報を活用していること。

サービス提供体制強化加算 I …介護職員のうち介護福祉士の割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている。

退院時共同指導加算…入院中の者が退院するに当たり、事業所の医師またはOT・PT・STが退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行なうこと。

介護職員等処遇改善加算 I …介護職員等の確保に向けて、賃金改善に充てることを目的に、1月あたりの総単位数に加算率を乗じた単位数で算定する。

利用料のお支払いについて

- 利用料金は、「介護度」により算出されます。詳細については上記の一覧表参照願います。
- 利用料金の支払いは、毎月1回月末締め、翌月初旬に請求書を送付致します。
- お支払い方法は、金融機関口座自動引き落としを基本とします。(ゆうちょ銀行は15日、するが・都市銀行は27日、その他の金融機関は18日引き落としです。)
- 現金でのお支払いをご希望の場合は、請求書が届いた同月の月末までにエバーグリーンの窓口支払いをお願い致します。会計受付は、月曜日～土曜日の8:30～16:30となっております。(日曜日、祝日 年末年始 12/30～1/3はお取り扱いできませんのでご注意ください)
- お振込みを希望される場合は下記までお願い致します。

静岡銀行	掛川支店	普通 0542276
イ) カワグチカイ		

※振込み名義人は、利用者様のお名前をお願い致します。

- お振込・口座振替の場合、領収書は後日郵送させていただきます。

