医療法人　西秀会　さくら整形外科クリニック
さくら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

＜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＞

〇で囲んで下さい

様（以下、「利用者」といいます）と　医療法人西秀会が運営するさくら通所リハビリテーション（以下、「事業所」といいます）は、事業所が利用者に対して行う通所リハビリテーション（以下、介護予防をご利用の方は「介護予防通所リハビリテーション」と読み替えさせていただきます）について、次のとおり契約します。

第１条（契約の目的）

事業所は、利用者に対し、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通所リハビリテーションを提供し、利用者は、事業所に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第２条（契約期間）

１　この契約の契約期間は、　　年　　月　　日から利用者の要介護認定・要支援認定の有効期間満了日までとします。

２　契約満了の７日前までに、利用者から事業所に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第３条（通所リハビリテーション計画）

事業所は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「通　所リハビリテーション計画」を作成します。事業所はこの「通所リハビリテーション計画」の内容を利用者およ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内容）

１　利用者が提供を受ける通所リハビリテーションの内容については、事業所が利用者およびその家族に説明します。

２　事業所は、利用者に対し、介護支援専門員のケアプランに基づき、従業者が通所リハビリテーション計画書を作成し、計画に沿った通所リハビリテーションを提供します。

３　第２項の従業者は、理学療法士、作業療法士、看護師、准看護師、介護福祉士、運動器リハビリテーションセラピスト研修を受けた柔道整復師又はあん摩マッサージ師および病院や施設における介護助手の職務経験を有する者です。

４　通所リハビリテーション計画が利用者との合意をもって変更され、事業所が提供するサービスの内容または介護保険適用の範囲が変更となる場合は、利用者の了承を得て新たな内容を作成し、それをもって通所リハビリテーションの内容とします。

第５条（サービス提供の記録）

１　事業所は通所リハビリテーションの提供に関する記録を作成し、その処遇を行った日から５年間は保存します。

２　利用者は、事業所の営業時間内においてその事業所にて、当該利用者の通所リハビリテーションの提供に関する記録を閲覧できます。

３　利用者は、当該利用者の通所リハビリテーションの提供に関する記録の複写物の交付を受けることができます。

第６条（料金）

事業所が提供する通所リハビリテーションに対する料金規定および支払い方法は【通所リハビリテーション重要事項説明書３．利用料金】のとおりです。

第７条（債務の保証）

１　連帯保証人は、利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。

２　前項の連帯保証人の負担は、極度額 10 万円の範囲内とします。

３　連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者又は連帯保証人が死亡したときに確定するものとします。

４　連帯保証人から情報提供の請求があった時、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

第８条（サービスの中止）

利用者が、事業所に対して、利用日の前日までにすみやかに利用中止を申し出て下さい。料金等の負担はありません。

第９条（料金の変更）

１　事業所は、利用者に対して、１ヶ月前までに文書で通知することにより利用単位毎の料金の変更（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、新たな料金に基づくサービス内容を決定し、事業所が利用者に説明します。

３　利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業所に対し、通知することにより、この契約を解約することができます。

第１０条（契約の終了）

１　利用者は事業所に対して、通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。

２　事業所はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、１ヶ月間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

３　次の事由に該当した場合は、利用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 事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合

② 事業所が守秘義務に反した場合

③ 事業所が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

④ 事業所が破産した場合

４　次の事由に該当した場合は、事業所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 利用者のサービス料金の支払いが２ヶ月以上遅延した場合

② 利用者またはその家族が事業所やサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの重大な背信行為を行った場合

③ 心身の状態の変化により、要介護度が著しく変化した場合や、適正な介護認定のための手続きを行わなかった場合

④ 利用者の行動が他の利用者の身体状況に重大な影響を及ぼす恐れがあり、事業所が十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合

５　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 利用者の認定区分が自立と認定された場合

② 利用者が死亡もしくは被保険者資格を喪失した場合

第１１条（秘密保持）

１　事業所および事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

２　事業所は利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及び当該家族の個人情報を用いません。

第１２条（急変時の対応）

１　意識喪失時

① ケアスタッフ発見時は、すぐに看護師又は管理者代行に報告

② 意識状態の確認

③ 気道確保（枕を取り除く）と同時にバイタルチェック
④ 意識が戻らなければ医師へ報告
⑤ 窒息はないか、誤飲・誤食の判断
⑥ ケアマネージャー、ご家族、主治医、救急隊へ連絡

２　転倒時
① 状況の判断（意識レベル）
② ①の状態によりすぐに看護師又は管理者代行に連絡
③ 看護師は、理学療法士と一緒に骨折・頭部打撲ないか確認
④ 骨折の疑いの場合、医師へ報告し指示を仰ぐ
⑤ ケアマネージャー、ご家族、主治医、救急隊へ連絡

第１３条（賠償責任）
事業所は、サービスの提供にともなって、事業所の責め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。

第１４条（緊急時の対応）
事業所は、現に通所リハビリテーションの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医・医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

第１５条（身分証携行義務）
従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時、および利用者または利用者の家族からの提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

第１６条（連携）
１　事業所は、通所リハビリテーションの提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまた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。
２　事業所は、この契約の内容が変更された場合またはこの契約が終了した場合は、その内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員に送付します。なお、第１０条２項に基づいて解約通知をする際は事前に介護支援専門員に連絡します。

第１７条（相談・苦情対応）
事業所は、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。

第１８条（本契約に定めない事項）

１　利用者および事業所は、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、双方が誠意をもって協議のうえ定めます。

第１９条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業所は、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。

契約を証するため本書２通を作成し、利用者・事業所が記名捺印のうえ、各１通を保有するものとします。

年　　月　　日

（利用者）
住　所
氏　名　　印　　（続柄　　）

（連帯保証人）
住　所
氏　名　　印　　（続柄　　）
電　話

利用者は署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行します。
（署名代行者）
氏　名　　印

（事業者）
事業者名　医療法人　西秀会
住　　所　取手市桜が丘１－２－１
事業所名　さくら通所リハビリテーション
管理者名　槌谷　宏平

重要事項説明書

2025 年 10 月 1 日

１．当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号	０２９７－７１－６２９０ （平日 9 時～17 時まで、土曜 9 時～12 時 30 分まで）
担当者	小林秀行

２．事業所概要

（１）事業所内容

事業所番号	０８７１７００４７２
事業所名称	さくら通所リハビリテーション
所在地	茨城県取手市桜が丘１－２－１
法人名	医療法人　西秀会
代表者名	理事長　西間木徹也
電話番号	０２９７－７１－６２９０

（２）サービスの種類と提供地域

サービスの種類	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
サービス提供地域	取手市・龍ヶ崎市・利根町

（３）同事業所の職員体制　　（　）内は男性再掲

		資格	常勤	非常勤	備考	計
管理者		医師	1 名（1）	0 名（0）	診療所兼務	1 名
従業者	医師		1 名（1）	2 名（2）	診療所兼務	3 名
	理学療法士		5 名（4）	0 名（0）	診療所兼務	5 名
	介護福祉士		2 名（0）	0 名（0）		2 名
	介護職員		1 名（0）	0 名（0）		1 名
	柔道整復師 （運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾗﾋﾟｽﾄ）		4 名（4）	0 名（0）	診療所兼務	4 名

（４）営業および営業時間

営業日	さくら整形外科クリニックの診療日に営業 （日曜・祝祭日・年末年始を除く）
営業時間	平日 8 時～17 時、土曜 8 時 30 分～13 時
緊急連絡先	医療法人　西秀会　さくら整形外科クリニック 取手市桜が丘１－２－１【TEL】０２９７－７１－６２８０

３．利用料金

（１）利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合、原則として基本料金は介護保険負担割合証に記載されている負担割合によります。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利用者様の負担となります。

通所リハビリテーション　　１単位＝10.55 円（地域区分 5 級地）

	介護度	
基本	要介護1	369単位／日
	要介護2	398単位／日
	要介護3	429単位／日
	要介護4	458単位／日
	要介護5	491単位／日
加算・減算	送迎減算	－47単位／片道
	退院時共同指導加算	600単位／ 当該退院につき1回限り
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位／日
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×0．086

介護予防通所リハビリテーション　　１単位＝10.55 円（地域区分 5 級地）

	介護度		
基本	要支援1		2，268単位／月
	要支援2		4，228単位／月
加算・減算	退院時共同指導加算		600単位／月 当該退院につき1回限り
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援１	88単位／月
		要支援２	176単位／月
	利用開始12月超実施減算	要支援１	－120単位／月
		要支援２	－240単位／月
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		所定単位数×0．086

（自　費）			
おむつ代	テープ付き	M･L	1 枚　200 円
	はくパンツ	M･L	1 枚　180 円
	尿とりパット	M	1 枚　40 円
	〃	L	1 枚　70 円
マスク代			1 枚　20 円

（２）実施地域外の交通費

上記に定めたサービス提供地域外でのサービスに係る交通費およびサービスに要した経費は、利用者の同意を得て利用者の負担となります。尚、１キロメートルあたり５０円とします。

（３）キャンセル

急なキャンセルの場合は、至急ご連絡下さい。

（連絡先：０２９７－７１－６２９０）

尚、当日途中でお帰りになった場合は、当日の基本料金およびその他サービスに係った費用はお支払い頂きます。

（４）料金のお支払方法

１）請求書は、毎月月末に締め切り翌月１５日以内に利用者又はその家族にお渡し致します。

２）支払い方法は、指定預金口座から毎月２７日に引き落します。何らかの理由により引き落し不能の場合は、翌月に繰越して合算で引き落としとなります。引き落し確認後、領収証を発行致します。

３）利用料について支払いが困難な状況が発生した場合は、管理者と協議のうえ、連帯保証人に請求致します。

４．事業の運営方針

○　要介護状態・要支援状態になった利用者に対し、その利用者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、作業療法および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し、地域の医療福祉サービスに努めることとします。

○　市区町村、他の介護支援事業所、介護保健施設等との連携に努めます。

○　提供するサービスの質の向上に努めるため、従業者の教育を重視し、従業者は積極的に研修等への参加をします。

○　当施設は、身体拘束は行わず、①起きる②食べる③排泄する④清潔にする⑤活動する、の基本的ケアを徹底し、自立支援に務めます。

５．ハラスメント

○　サービス提供時、サービス提供に支障のある言動や態度（暴言・暴力・卑猥な言動や態度など）が見受けられた際は、直ちにサービス提供を中止します。

○　職員から報告を受けた際は、その真意の確認を行うとともに、悪質な場合は契約を終了するものとします。

６．虐待防止に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

（２）虐待の防止のための指針を整備します。

（３）従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年１回以上）実施します。

（４）虐待防止のために必要な措置を適切に実施するための担当者を置きます。

担当者：小林秀行

（５）サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

７．サービス内容に関する相談・苦情

（１）当事業所相談・苦情担当

当事業所の通所リハビリテーションに関するご相談・苦情およびサービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

【TEL】　０２９７－７１－６２９０

【時間】　月～金　9 時～17 時、土　9 時～12 時 30 分

【担当】　小林秀行

（２）その他

当事業所以外に、行政機関の相談窓口等に伝えることができます。

行政機関	担　当	電話番号
取手市役所	高齢福祉課	０２９７－７４－２１４１
つくばみらい市役所	介護福祉課	０２９７－５８－２１１１
牛久市役所	高齢福祉課	０２９－８７３－２１１１
龍ヶ崎市役所	高齢福祉課	０２９７－６４－１１１１
利根町役場	福祉課高齢介護係	０２９７－６８－２２１１
茨城県国民健康保険団体連合会	介護保険苦情相談室	０２９－３０１－１５６５

８．緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、当クリニックにて診察・処置を行い、主治医、救急隊、親族、介護支援事業者等へ連絡し、速やかに緊急救命処置を行います。

９．非常災害対策

県市町村の災害対策にもとづき、院内非常災害対策を遵守し、利用者の生命の安全確保に努め、被災状況に応じ、早急に家族との連携を図り、対処します。

10．その他

台風や雪等の悪天候の時は、お休みとさせて頂くこともあります。その場合は、朝の時点でお電話を入れさせて頂きます。

年　　月　　日

さくら通所リハビリテーションのサービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項及び利用料の説明を行いました。

医療法人 西秀会　さくら通所リハビリテーション

説明者職名　　氏名　　印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所リハビリテーションのサービス提供開始に同意しました。

（利用者）

住　　所

氏　　名　　印

（緊急時連絡先）

氏　　名　　（続柄　　）

電　　話

＜情報開示に関する同意書＞

医療法人 西秀会 さくら通所リハビリテーションを利用するにあたり、私及びその家族に関する情報を、市町村、居宅介護支援事業所その他の介護保険事業者、医療機関に開示することに同意します。

氏　　名　　印

利用者は署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代行しました。

（署名代行者）

氏　　名　　印　（続柄　　）