

年 月 日

介護予防 通所リハビリテーション 契約書

介護老人保健施設にじの丘足柄

I. 介護予防通所リハビリテーションサービス重要事項説明書

あなたに対する通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、平成25年1月11日
神奈川県条例第21号(指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準)第146条に
基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者およびご利用事業所

事業者の名称	医療法人社団 帰陽会
所在地	神奈川県小田原市荻窪406
理事長	南 康平
電話番号	0465-34-3444
利用事業所の名称	介護老人保健施設 にじの丘足柄
事業所の所在地	神奈川県南足柄市岩原699
施設長	堀口 徹
電話番号	0465-70-2222
FAX番号	0465-70-2111
設立年月日	1998年12月7日

2. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	指定年月日	事業所番号	利用定数
介護老人保健施設	2000年2月22日	1454380002	82床
通所リハビリテーション	2000年2月22日	1454380003	35人
介護予防通所リハビリテーション	2006年 4月1日	1454380004	
短期入所療養介護	2000年2月22日	1454380005	
介護予防短期入所療養介護	2006年 4月1日	1454380006	
訪問リハビリテーション	2015年 2月1日	1454380007	

3. 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	員数	区分				常勤換算 後の人員	保有資格
		常勤		非常勤			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
施設長	1	1				1	医師1人
医師	2	1	1			1	医師2人（老健含む）
介護職員	10	4	1	5		6.6	介護福祉士9人
理学療法士	4		2		2	0.9	理学療法士3人
言語聴覚士	2		2			0.8	言語聴覚士2人
作業療法士	2		2			0.6	作業療法士2人
支援相談員	1		1		0	0.4	介護支援専門員1人

4. 営業時間

営業日 月～土曜日(但し 1月1日、2日、3日は休業)
営業時間 8:30 ～ 17:00
サービス提供時間 9:30 ～ 15:40

5.介護予防通所リハビリテーションサービス内容説明書

当施設が、提供するサービスは以下の通りです。

1 提供するサービス

介護予防通所リハビリテーション	
ご利用日：毎週（	）曜日
サービスの提供手順は、当施設パンフレットにて確認します	

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態になることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすく説明します。ご不明な点がありましたら遠慮なく担当職員にご質問下さい。
- ③ サービスの提供にあたっては、常にあなたの病状や心身の状況、及び置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供します。特に認知症の状態にある方については、必要に応じその特性に応じたサービスを提供できる体制を整えます。

2 運動機能向上計画

- ① 当施設では、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る医師など従業者が、診療又は運動機能検査や作業能力検査等をもとに、共同してあなたの心身の状況、ご希望及び環境に合わせて、リハビリテーションの目標やその目標を達成する為の具体的なサービスの内容を記載した運動機能向上計画を作成します。
- ② この運動機能向上計画は、介護予防サービス支援計画に沿って作成するものとします。
ご不明な点がございましたら遠慮なく担当職員にご質問下さい。

3 利用料

介護予防リハビリテーションサービスの利用単位ごとの利用料及びその他の費用は、以下の通りです。

(表記されている金額が自己負担です)

介護保険給付サービス

種 類		内 容	利用料(1割負担分)	
●	介護予防通所 リハビリテーション費	6時間以上8時間未満(送迎費含む)	1月当たり	
			要支援1	2,306円
			要支援2	4,299円
●	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護福祉士 7割	要支援1	89円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		要支援2	178円
●	生活行為向上リハビリテーション実施加算	利用開始日から6ヶ月以内	571円／月	
●	若年性認知症利用受入加算		244円／月	
●	退院時共同指導加算		610円／回	
●	栄養アセスメント加算		50円／月	
●	栄養改善加算		203円／月	
●	口腔機能向上加算(Ⅱ)		162円／月	
●	一体的サービス提供加算		488円／月	
●	科学的介護推進体制加算		40円／月	
●	介護職員処遇改善加算Ⅰロ	区分支給限度基準額からは除外	(所定単位×111／1000)円／月	

介護保険給付外サービス

種 類		内 容	利用料		
※	食費負担	管理栄養士が、栄養や利用者の身体状況に配慮し、バラエティに富んだ献立を立てて、食事を提供します。 栄養士による検収済みの食材料を用いて、衛生や安全にも配慮した高品質な料理を提供します。	希望する	希望しない	740円／回
※	特別な食事(おやつ)	ご本人及びご家族の希望によりおやつを提供します。			100円／回
◎	教養娯楽費	クラブ活動(編み物・クラフト・習字・お花・クッキング等)において、使用する材料や道具の費用です。取り組む作品やクラブによって発生する費用はまちまちですが、いずれも実費でのご利用となります。			10～300円／回
◎	日用消耗品費	スキンクリーム(パウチ)			30円／袋
		おしぼり(個人用)			15円／枚
◆ご希望によりご用意いたします					
◎	おむつ	利用者の身体状況によりおむつの利用が必要な場合は、施設で用意するものをご利用いただけます。	はくパンツ		160円／枚
			オープン型		170円／枚
			フラット型パット		70円／枚
			尿取りパット		50円／枚
○	契約時間外ケア対応	7時間を超えるケアをご利用の場合、1時間単位にてサービスを提供します。	希望する	希望しない	1,650円／日
					夕 食 720円／日
○	特別行事参加費(個人)	当施設では、別添パンフレット記載の施設行事計画に沿ってレクリエーション行事を企画します。	実 費 ／ 回		
◎	健康管理費	インフルエンザ予防接種に係わる費用で接種を希望された場合にお支払いいただきます。(市町村より指定された金額)	実 費 ／ 回		
※	当日キャンセル料	食費負担相当金額 事代600円、おやつ代100円)	600～700円／回		
○	複写物の交付	サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写を必要とする場合にお支払いいただきます。	50／枚		
○	文書料	診断書等	実 費 ／ 枚		
○	その他の自費	上記以外に発生した場合	実 費 ／ 回		

2026年6月1日改定

- * 「介護保険給付サービス」はご利用者の所得状況に応じ、2割・3割負担となります。
 - * これらの料金は、予告なく変更される場合があります。その場合には速やかに連絡します。
 - * 上記内容
 - 介護保険負担分
 - ◎ は希望者のみ提供
 - ※ 食事サービス時負担
 - は税込み価格
- 南足柄市の地域区分は、7級地となっています。

6. 苦情等申立先

にじの丘足柄 担当相談員	ご利用時間	月～土曜日
		祝日(年末年始12/30～1/3)は休み
		午前8時30分～午後5時
	電話 0465-70-2222	
各自治体	南足柄市役所(高齢介護課) 電話 0465-73-8057	
	小田原市役所(高齢介護課) 電話 0465-33-1827	
	開成町役場(福祉介護課) 電話 0465-84-0316	
	松田町役場(福祉課) 電話 0465-83-1226	
	山北町役場(保険健康課) 電話 0465-75-3642	
	大井町役場(健康福祉課) 電話 0465-83-8024	
神奈川県国民健康保険 団体連合会	電話 045-329-3447(介護保険課 介護苦情相談係)	
	*利用時間 土・日・祝日・年末年始を除く	
	8:30～17:15	

7. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

病 院 名	_____
主 治 医	_____
住 所	〒 _____
電 話 番 号	_____

8. 協力医療機関

医療機関の名称

医療機関の名称	丹羽病院
院長名	宮下 耕一郎
所在地	神奈川県小田原市荻窪406
電話番号	0465-34-3444
診療科	内科 消化器科 外科 肛門科
入院設備	ベッド数 51床
救急指定の有無	有り
契約の概要	当施設と丹羽病院とは、入所者が診療を必要とした時、緊密な連絡協力のもとに、円滑な診療を受け得る体制を確立しておくものとする。

協力整形外科医療機関

医療機関の名称	おぎの整形外科 歯科
院長名	荻野 哲夫
所在地	神奈川県南足柄市関本750-1
電話番号	0465-73-1100

9. その他

施設利用時に、甲の身体に異常が発見された場合、乙から甲に対して専門医への受診をお願いする場合があります。

【説明確認欄】

当該事業者は、サービス契約の締結に当たり、重要事項及びサービス内容について説明しました。

事業所 所在地 〒250-0042
神奈川県小田原市荻窪406
名 称 医療法人社団帰陽会
理事長 南 康平
事業所所在地 〒250-0113
事業所名 介護老人保健施設 にじの丘足柄

利用者名

巻末に署名

Ⅲ. 介護予防通所リハビリテーションサービス契約書

以下の文は、甲を利用者、乙を事業者と読みかえることとします。

第一条(居宅サービス契約の目的)

- 1 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、甲に対し、甲が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、このサービスを提供します。
- 2 乙は、サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分、及び本契約書末尾にその写しが添付されている、甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、甲に対しサービスを提供します。
- 3 甲は、乙からサービスの提供を受けたときは、乙に対し、別紙サービス内容説明書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

第二条(契約期間)

- 1 この契約の期間は、 年 月 日～ 年 月 日 までとします。
但し、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。
- 2 上記契約期間満了日の14日以上前に甲から更新拒絶の申し出がない場合、この契約は自動更新され、以後も同様とします。
- 3 甲から更新拒絶の意思が表示された場合は、乙は、他の事業者の情報を提供する等、必要な措置をとります。

第三条(介護予防サービス支援計画変更の援助)

乙は、甲が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

第四条(サービス内容の変更)

- 1 乙が提供する介護予防通所リハビリテーションサービスのうち、甲が利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険法適用の有無については、別紙サービス内容説明書の通りです。
- 2 甲は、いつでも介護予防通所リハビリテーションサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。乙は、甲からの申し出があった場合、第一条に規定する居宅介護サービス契約の目的に反する など変更を拒む正当な理由がない限り、速やかに通所リハビリテーションサービスの内容を変更します。
- 3 サービス内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用する介護予防通所リハビリテーションサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について確認します。

第五条(介護保険の適用を受けないサービスの説明)

乙は、その提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を説明し、甲の同意を得ます。

第六条(甲の解約権)

甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。
この場合には、3日以上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除されます。

第七条(甲の解除権)

甲は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- ① 乙が、正当な理由なしに、本契約に定める介護予防通所リハビリテーションサービスを提供せず、甲の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合。
- ② 乙が、第十二条に定める守秘義務に違反した場合。
- ③ 乙が、甲の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

第八条(乙の解除権)

- 1 乙は、甲が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、乙の再三の申し込みにもかかわらず改善の見込みがなく、この介護予防通所リハビリテーションサービス利用契約の目的を達することが著しく困難となったときは、文書により、2週間以上の予告期間をもって、この契約を解除します。
- 2 乙は、前項によりこの契約を解除する場合には、担当の介護支援専門員又は甲が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な措置を講じます。

第九条(利用料の滞納)

- 1 甲が、正当な理由なく乙に支払うべき利用料の自己負担分を滞納した場合には、乙は甲に対し、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 2 乙は、前項の催告をした場合には、甲担当の介護支援専門員、甲が住所を有する市町村等と連絡を取り、解除後も甲の健康・生命に支障のないように、必要な措置を講じます。
- 3 乙は、期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもってこの契約を解除することができます。

第十条(契約の終了)

次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- ① 甲が死亡したとき。次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。
- ② 第六条に基づき、甲から解約の意思表示がなされたとき。
- ③ 第七条に基づき、甲から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- ④ 第八条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- ⑤ 甲が介護保険施設へ入所した場合。
- ⑥ 甲の要介護状態区分が、自立または要支援とされた場合。

第十一条(損害賠償)

- 1 乙は、甲に対する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、甲又は甲の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに甲又は甲の家族に対して損害を賠償します。但し、乙に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。
- 2 前項の場合、甲又は甲の家族に重大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 施設の送迎範囲は、施設より利用者宅玄関までの往復とします。送迎範囲以外は一切の責任を負いません。
- 4 携帯電話・現金等の所持品は原則として本人管理となります。紛失、故障の際は自己責任となります。

第十二条(秘密保持)

- 1 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する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知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。
- 2 乙は、乙の従業員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- 3 乙は、甲の個人情報を用いる場合は甲又は甲の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を用いません。

第十三条(苦情処理)

- 1 甲、又は甲の家族は、乙が提供する介護サービス等に疑問や苦情がある場合、いつでも別紙「重要事項説明書」記載の苦情受付窓口に問合せ及び申し立てることができます。
その場合、乙はすみやかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無並びに改善の方法について甲に報告します。
- 2 乙は甲、甲の家族から前項の疑問、問合せ及び苦情申立がなされたことをもって、甲に対

ことをもって、甲に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。

名 称 介護老人保健施設 にじの丘足柄 担当相談員

電 話 0465-70-2222 FAX 0465-70-2111

第十四条(サービス内容等の記録作成・保存)

- 1 乙は、甲に対してサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日、内容及び介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、所定の書面に記載します。
- 2 乙は、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成して、甲に説明のうえ提出します。
- 3 乙は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から5年間保存します。
- 4 甲及び甲の代理人は、乙に対し、前項の記録の閲覧・謄写を求めることができます。
甲に意思能力がなく、かつ後見人がいない場合には、必要に応じて甲の家族も前項の記録の閲覧・謄写を求めることができます。閲覧・謄写は、所定の手続きを行い、決裁を得て実施するまでに、数日を要します。謄写の場合、乙は50円/枚相当額を請求者に請求することができます。

第十五条(ハラスメントに関して)

事業所は、利用者又は家族等が、故意にハラスメント等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を事業者又は介護・看護職員等に対して行い、事業所の申し入れにもかかわらず改善がなく、適切なサービスを提供することが困難であると認められるときには文書による通知により直ちに契約を解除することができます。

第十六条(契約外条項)

本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

【事業 者】

当事業者は、本契約に定める義務を誠実に履行します。

所	在	地	〒250－0042 神奈川県小田原市荻窪406
名		称	医療法人社団 帰陽会
理	事	長	南 康平
事	業	所	所在地
事	業	所	名
			〒250－0113 神奈川県南足柄市岩原699
			介護老人保健施設 にじの丘 足柄

利用者名

巻末に署名

IV. 個人情報使用同意書

私(利用者及びその家族)の個人情報については、介護老人保健施設にじの丘足柄が、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

1. 使用目的

(イ) 当事業所で利用者様への介護サービスの提供に必要時

* 介護保険事務、管理運営業務、介護サービス、家族等への心身の状況説明

(ロ) 他の事業者等への情報提供に必要時

* 居宅サービスを提供する時、他事業者との連携(サービス担当者会議等)及び紹介への回答

* 診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める時

* 委託業者(清掃、厨房等)

(ハ) 審査支払い機関へのレセプトの提出時及び回答時

(ニ) 損害賠償保険などに関わる保険会社等への相談及び届出時

(ホ) 当事業所において行われる事例検討、研修、学生への実習への協力時

(ヘ) 生命、身体 の保護のため必要時

* 災害時において、安否確認情報を行政に提出する時等

(ト) ホームページ及び機関誌の発行時

2. 使用期間

令和 年 月 日 から 契約解除等の申し出があるまで

3. 使用条件

(イ) 個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないよう、細心の注意を払うこと

(ロ) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと

以上

(事業所) 介護老人保健施設 にじの丘足柄 御中

☐ 入所 ☐ 短期療養介護 ☐ (予) 通所リハビリテーション ☐ (予) 訪問リハビリテーション

利用者名

巻末に署名

V. 契約に関わる申し込み及び同意書

説明日 年 月 日

説明者 介護老人保健施設 にじの丘足柄

説明者氏名：

- ☐ サービス契約の締結にあたり「Ⅰ. 介護保健施設サービス重要事項説明書」の説明を受け、内容に同意しました。
- ☐ 「Ⅱ. 介護保健施設サービス内容説明書」についての説明を受け、この同意に基づく入所利用を申し込みます。
- ☐ 「Ⅲ. 介護保健施設サービス契約書」についての説明を受け、内容に同意しました。
- ☐ 「Ⅳ. 個人情報使用同意書」について説明を受け、利用者及びその家族の個人情報については、記載された必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

本契約書を2通作成し、1通は事業所、1通は利用者様が保管します。

説明同意日 年 月 日

【利用者】

氏 名

電話番号

住所

緊急連絡先 氏名

(続柄)

緊急連絡先 電話番号

【署名代行者】

氏 名

(続柄)