

社会福祉法人宏育会 通所リハビリテーションかがやき (通所リハビリテーション事業) 重要事項説明書

＜平成28年 4月 1日現在＞

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 059-336-3601 [8:30~17:30]

担 当 生駒 祐佳

※ご不明な点は何でもおたずねください。

2. 社会福祉法人 宏育会通所リハビリテーションかがやきの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

| | |
|-------------|---|
| 事業者名 | 社会福祉法人 宏育会 通所リハビリテーションかがやき |
| 所在地 | 三重県四日市市西大鐘町字東谷1610番地 |
| 管理者 | 川井 祐輔 |
| 定員 | 36名 |
| 介護保険指定番号 | 通所リハビリテーション (三重県指定：2410215327号) |
| サービスを提供する地域 | 四日市市内の下野地区、八郷地区、保々地区全域及び大矢知地区の一部（大矢知町・大矢知新町）、三重地区の一部（山之一色町）とする。 |

※ 上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

| 職 種 | 資 格 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
|---------------|---------------|----|-----|----|
| 管 理 者 | 医 師 | 1名 | | 1名 |
| 医 師 | 医 師 | 1名 | | 1名 |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士 | 3名 | 1名 | 4名 |
| 栄 養 士 | 管理栄養士 | 1名 | | 1名 |
| 事 務 職 員 | | 1名 | 1名 | 2名 |
| 介 護 ・ 看 護 職 員 | 看 護 師 | 1名 | | 1名 |
| | 介 護 福 祉 士 | 3名 | 1名 | 4名 |
| | ヘルパー1～2級課程修了者 | | 2名 | 2名 |
| | そ の 他 | 1名 | 2名 | 3名 |

(3) 同事業所の設備の概要

| | | | |
|----------|---------|-----|------------|
| 定員 | 36名 | 浴室 | 普通浴槽・リフト浴槽 |
| 食堂兼機能訓練室 | 146.55㎡ | 送迎車 | 5台 |

(4) 営業日

| | |
|--------|--------------|
| 月曜～土曜日 | 8時30分～17時30分 |
|--------|--------------|

※延長を希望されるお客様は、まずはご相談ください。早朝は7時30分から、夕方は18時30分までご利用いただけます。この場合は自家送迎でお願いします。

| | |
|-----|---------------------|
| 休業日 | 日曜日・祝日・12月31日から1月3日 |
|-----|---------------------|

3. サービス内容

- (1) 送迎…車椅子対応の車両で玄関まで送迎。
- (2) 食事…高齢者向けの食事(常食、粥食、きざみ食、ミキサー食)を提供。
- (3) 入浴…健康チェック後、洗髪、洗身、入浴。
- (4) 個別リハビリテーション…医師、理学療法士、作業療法士等の指導による訓練を実施します。
- (5) リハビリテーションマネジメント…個別リハビリテーション実施計画を作成し、利用者様の状態を定期的に記録します。
- (6) 短期集中個別リハビリテーション…医師、理学療法士、作業療法士等の指導による訓練により、早期に在宅日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的にリハビリテーションを実施。
- (7) レクリエーション…体操、ゲーム、カラオケ、作品作り等季節に応じた行事を実施。
- (8) 生活相談…生活、身上、介護に関する相談を行います。
- (9) 栄養改善サービス…低栄養状態にある方等に栄養ケア計画を作成。適切にサービスを実施し、定期的な評価および計画の見直しをします。
- (10) 口腔機能向上サービス…口腔機能の低下している方等に口腔機能改善計画を作成。適切にサービスを実施し、定期的な評価および計画の見直しをします。
- (11) 若年性認知症ケア…若年性認知症の方の特性やニーズに応じたサービスを提供。

☆ご利用いただく日時

| | | | |
|-----|--------|-----|--------|
| 曜 日 | 時 間 帯 | 曜 日 | 時 間 帯 |
| 曜日 | 午前 ～午後 | 曜日 | 午前 ～午後 |
| 曜日 | 午前 ～午後 | 曜日 | 午前 ～午後 |
| 曜日 | 午前 ～午後 | 曜日 | 午前 ～午後 |

4. 利用料等

(1) 通所リハビリテーション利用料

① 6時間以上8時間未満の場合 <送迎費を含む> 1単位 (10.33円)

| | 1日あたりの利用単位 | 1日あたりの自己負担額 |
|--------|------------|-------------|
| 要介護度 1 | 726 | 750円 |
| 要介護度 2 | 875 | 904円 |
| 要介護度 3 | 1,022 | 1,056円 |
| 要介護度 4 | 1,173 | 1,212円 |
| 要介護度 5 | 1,321 | 1,365円 |

② 8時間以上9時間未満の場合

上記①の金額に50単位 (自己負担額52円) が加算されます。

③ 9時間以上10時間未満の場合

上記①の金額に100単位 (自己負担額103円) が加算されます。

④ 10時間以上11時間未満の場合

上記①の金額に150単位 (自己負担額155円) が加算されます。

⑤ 11時間以上12時間未満の場合

上記①の金額に200単位 (自己負担額207円) が加算されます。

⑥ 12時間以上13時間未満の場合

上記①の金額に250単位 (自己負担額258円) が加算されます。

⑦ 13時間以上14時間未満の場合

上記①の金額に300単位 (自己負担額310円) が加算されます。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦、1日あたりの利用料をいただき、介護サービス提供証明書を発行いたします。介護サービス提供証明書を後日、お客様が居住地の市町村（四日市市在住の方は四日市市となります）の窓口へ提出しますと、自己負担額を差し引いた額の払い戻しを受けることができます。

(2) その他サービス利用料

1 単位 (10.33 円)

| サービス項目 | | 1 回あたりの 利用単位 | 1 回あたりの自 己負担額 |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|
| 入浴費 | | 50 | 52円 |
| リハビリテーション マネジメント費 (一月につき) | I | 230 | 238円 |
| | II (同意を得た月から 6か月以内の場合) | 1,020 | 1,054円 |
| | II (同意を得た月から 6か月を超えた場合) | 700 | 723円 |
| 短期集中個別リハビリテーション費 (退院・退所日又は認定日から3か月以内) | | 110 | 114円 |
| 認知症短期集中リハビリテ ーション実施費 (退院・退所日から3か月以 内にリハビリテーションを 実施) | I (一日につき) | 240 | 248円 |
| | II (一月につき) | 1,920 | 1,983円 |
| 生活行為向上リハビリテー ション実施費 (一月につき) | 開始月から 3か月以内 | 2,000 | 2,066円 |
| | 開始月から 3か月超6か月以内 | 1,000 | 1,033円 |
| 若年性認知症ケア | | 60 | 62円 |
| 栄養改善サービス (月2回まで 原則3か月) | | 150 | 155円 |
| 口腔機能向上サービス (月2回まで 原則3か月) | | 150 | 155円 |
| 重度療養管理費 | | 100 | 103円 |
| 中重度者ケア体制加算 | | 20 | 21円 |
| 社会参加支援費 | | 12 | 12円 |
| サービス提供体制強化加算 | I、イ | 18 | 18円 |
| | I、ロ | 12 | 12円 |
| | II | 6 | 6円 |

※通所リハビリテーション費に加え、上記のうち該当する加算を合算した合計単位数に、介護職員処遇改善加算 I を加えたものが当該月の利用料となります。

(3) 送迎費

事業所が送迎を行わなかった場合、片道につき47単位（自己負担49円）を上記利用料から減算します。

また前記の2の(1)の「サービスを提供する地域」以外にお住まいの方は、エリア外送迎費として実費片道1kmあたり10円が必要です。

(4) 昼食費（調理費および食材料費）

1食あたり 600円（全額自己負担）

(5) その他

上記の他、おむつ代（紙おむつ170円、はくパンツ200円、尿とりパット30円）、レクリエーション費用（100円）は自己負担となります。

(6) キャンセル料

介護サービス提供日の午前9時30分までにご連絡があった場合は、無料です。ただし、午前9時30分までにご連絡がなかった場合は、昼食費600円をいただきます。

(7) 利用料等の支払い方法

毎月、15日に前月分の請求書を発行しますので、月末までにお支払ください。支払い時に、領収証を発行します。支払い方法は口座振替・現金支払・振込の中から、ご契約の際に選べます。

(8) その他

自己負担額は、1割負担の場合の金額を表示しています。(1)～(3)については、各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとなります。

5. 介護サービスの利用方法

(1) 介護サービスの利用開始

当事業所職員がお伺いします。通所リハビリテーション計画作成と同時に契約を締結し、介護サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネージャー）とご相談ください。

(2) 介護サービスの終了

① お客様のご都合で介護サービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出ください。

② 事業所の都合で介護サービスを終了する場合

やむを得ない事情により、介護サービスの提供を終了させていただく場

合がございます。その場合は、終了の30日前までに文書で通知するとともに、地域の他の通所リハビリテーション事業所をご紹介します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、契約は自動終了します。

- ・お客様が、介護保険施設に入所された場合
- ・お客様の要介護認定区分が、自立または要支援と認定された場合
- ・お客様が、お亡くなりになった場合

④ その他

- ・当事業所が正当な理由なく介護サービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、お客様・ご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、または当事業所が指定を取り消された場合には、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を終了することができます。
- ・お客様が、利用料等の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に滞納金全額を支払わない場合、またはお客様やご家族などが当事業所やサービス従業者または他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は文書で通知することにより契約を終了させていただく場合がございます。

6. 利用料等の変更

- (1) 法律の改定等により、利用料金に変更が生じる場合がございます。その場合、お客様に対して、事前に文書で通知いたします。
- (2) お客様が利用料等の変更を承諾する場合、「変更契約書」を作成し、お互いに取り交わします。
- (3) お客様は、利用料等の変更を承諾しない場合、当事業所に対し、文書でお申し出くだされば、この契約を解約することができます。

7. 当事業所のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

当事業所は、要介護状態となったお客様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、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、お客様の心身の機能の維持回復を図るよう努めます。

(2) 介護サービス利用のために

| 事 項 | 備 考 |
|---------------|-----------------------------------|
| 時間延長の可否 | まずはご相談ください。 |
| 介護サービス実施マニュアル | 作成し、事務所に備えてあります。(閲覧可能) |
| サービス従業者への研修 | 研修計画に基づいて実施しています。 |
| サービスの変更・追加 | 直接お電話いただくか、または担当ケアマネージャーにご連絡ください。 |

(3) 介護サービス利用にあたっての留意事項

- ①送迎時間の連絡…利用案内書により、事前に連絡します。
- ②体調確認…健康チェック（検温、血圧、脈拍）により確認します。
- ③体調不良による介護サービスの中止・変更…サービス提供日の午前9時30分までにご連絡ください。
- ④食事のキャンセル…介護サービス提供日の午前9時30分までにご連絡ください。
- ⑤介護サービス提供時間の変更…電話により事前に連絡します。
- ⑥当事業所の設備、器具の利用…利用前に必ず職員にご連絡ください。
ご使用にあたっては、本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

(4) 健康上の理由による中止

- ①お客様の病気・怪我等の状態が思わしくない場合は、介護サービスの提供を中止することがあります。
- ②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、利用中に体調が悪くなった場合は、介護サービス内容の変更または提供を中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて家族と共同して主治医に連絡をとる等、必要な措置を講じます。
※介護サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんので、ご了承ください。

(5) 悪天候や災害発生、その他の事由による介護サービス提供の中止

- ①台風、積雪等災害発生時、また各種警報発令時には、介護サービスの提供を中止もしくはサービス提供時間を短縮させていただく場合があります。この場合、当日朝に事業所より電話連絡を行います。気象条件についてはテレビ・ラジオ・インターネット等の気象予報等で事前予測が可能な場合がありますので、各ご家庭におかれましても気象予報をご確認いただき、当事業所が営業中止となった際の対応を事前に協議してい

たきますようお願いいたします。

- ②送迎時あるいはサービス利用中、利用者様が酒気帯び状態である、または著しい不穏状態にある等の事由により、事業所が提供するサービスを受けることができない状態、又は他の利用者様の利益を損なう恐れのある状態にある場合、介護サービスの提供を中止することがあります。また、他の利用者様や職員に対するセクシャルハラスメントや暴力行為が認められる場合も介護サービスの提供を中止することがあります。

8. 秘密保持および個人情報の提供

お客様に介護サービスを提供する上で知り得たお客様およびご家族に関する秘密および個人情報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。ただし、お客様の介護サービス計画に沿ってお客様主体の介護サービスを提供するために開催されるサービス担当者会議および行政関係機関、介護支援専門員、他の介護保険サービス事業者、その他保健医療サービス事業者等との連絡調整において、必要最小限の範囲内でお客様やご家族の個人情報を用いることができますものとしします。

9. 緊急時の対応方法

事業者は、介護サービスの提供中にお客様の病状の急変等が生じた場合、その他必要な場合は、まずご家族に連絡し、ご家族と共同して主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応方法

(1) お客様に対する当事業所の介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、お客様の家族、居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

(2) お客様に対する当事業所の介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業者が故意・過失が認められない場合は、この限りではありません。なお、次の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① お客様が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことが唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合
- ② お客様の急激な体調の変化や不慮の事故等、事業者の実施した介護サービスによらない事由が唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合

- ③ お客様が、事業者もしくはサービス従業者の依頼に反して行った行為が唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合
- (3) 当事業所は万が一の事故の発生に備えて、「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しています。

11. 非常災害対策

- (1) 災害時の対応・・・訓練に基づき、避難救出いたします。暴風雨雪等の警報が発令され、送迎に危険な場合は事業を休止いたします。
- (2) 防災設備・・・消防法に基づく設備を設置しています。
- (3) 防災訓練・・・消防計画等に基づき、非常災害時の関係機関への通報体制を整備しそれらを定期的に当事業所従業者に周知するとともに、避難救出、その他必要な訓練を定期的に実施いたします。
- (4) 防火責任者・・・川井 祐輔

12. サービス内容に関する苦情

- (1) 事業所のお客様相談・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・苦情および通所リハビリテーション計画に基づいている各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

| | |
|------|----------------|
| 担 当 | 川井 祐輔 生駒 祐佳 |
| 電話番号 | 059-336-3601 |

- (2) 当事業所以外に、四日市市、三重県国民健康保険団体連合会に苦情を申し立てることができます。

- ・ 四日市市介護高齢福祉課 四日市市諏訪町1番5号
059-354-8170
- ・ 三重県国民健康保険団体連合会 三重県津市桜橋2丁目96
059-222-4165

- (3) 当事業所では、皆様からの相談・苦情に対し公正に対処するために中立的な立場の第三者委員を設置しております。

【第三者委員】

- | | | | |
|-------|------------|-----|--------------|
| 楠井 嘉行 | 楠井法律事務所 | 弁護士 | 059-229-1588 |
| 早川 昌一 | 社会福祉法人 宏育会 | 監事 | 059-365-7569 |
| 野呂 泰治 | 社会福祉法人 宏育会 | 監事 | 059-337-1330 |

13. 当事業所の概要

| | |
|----------|----------------------|
| 名 称・法人種別 | 社会福祉法人宏育会 |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 山川 正和 |
| 所在地 | 三重県四日市市西大鐘町字山添1580番地 |
| 電話番号 | 059-338-3000 |

定款の目的に定めた事業

- (1) 第1種社会福祉事業
 - (イ) 特別養護老人ホームの経営
- (2) 第2種社会福祉事業
 - (イ) 保育所の経営
 - (ロ) 地域子育て支援拠点事業の経営
 - (ハ) 一時預かり事業の経営
 - (ニ) 老人居宅介護事業の経営
 - (ホ) 老人デイサービス事業の経営
 - (ヘ) 老人短期入所事業の経営
 - (ト) 老人介護支援センターの経営
 - (チ) 老人居宅介護支援事業の経営
- (3) 公益事業
 - (イ) 診療所の設置経営（「通所リハビリテーションかがやき」の事業を含む）

【説明確認および同意欄】

平成 年 月 日

◎通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者に対して「重要事項説明書」に基づいた説明をしました。

事業者

<事業者名> 社会福祉法人 宏育会
通所リハビリテーションかがやき
(三重県指定：2410215327号)

<担当者名> 印

◎私は、「重要事項説明書」に基づいて、事業者から通所リハビリテーションサービスについての説明を受け、同意します。

利用者

<氏名> 印

<住所>

[代理人]

<氏名> 印

<住所>

| | | | |
|-------------|--------|------|--|
| ご家族様の緊急連絡先* | | | |
| 氏名 | (続柄：) | 電話番号 | |
| 住所 | | 携帯電話 | |
| 上記以外の緊急連絡先 | | | |
| 主治医 | | | |
| 医師名 | | 病院名 | |
| 住所 | | 電話番号 | |

*上記の緊急連絡先は、常時確実に連絡が取れるようお願いいたします。

社会福祉法人 宏育会
通所 リハビリテーションかがやき
(通所リハビリテーション事業) 契
約書

_____様 (以下「利用者」といいます。) と社会福祉法人宏育会通所リハビリテーションかがやき (以下「事業者」といいます。) は、事業者から提供される通所リハビリテーション (以下「介護サービス」といいます。) を受け、利用者および代理人がそれに対して利用料等を支払うことについて、次のとおり契約を締結します。

(介護サービスの目的)

第 1 条 事業者は利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、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、自立した日常生活が営むことができるよう、理学療法・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、利用者の心身機能の維持回復を図ることを目的とします。

(契約期間)

第 2 条 この契約の契約期間は、平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

2 契約満了日の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がなく、かつ利用者が要介護認定の更新で要介護者と認定された場合、契約は自動更新されるものとします。

(介護サービスの基本方針)

第 3 条 事業者は、介護サービス提供の開始にあたり、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身状態、置かれている環境、他の保健医療サービスまたは福祉サービスの利用状況の把握に努めます。

2 事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化を防止するため、介護サービスの目標、提供する介護サービスの内容、提供期間を定めた個別の通所リハビリテーション計画 (以下「リハビリテーション計画」といいます。) を作成し、利用者またはその家族にその内容を説明します。

3 事業者は、利用者の介護保険証に介護認定審査会の意見が付されているときは、それに配慮して介護サービスの提供を行います。

4 事業者は、リハビリテーション計画作成後においても、介護サービス提供

状況を把握し、居宅介護支援事業者へ報告する等必要な連絡調整を行うとともに必要に応じてリハビリテーション計画の変更を行います。

- 5 事業者は、提供する介護サービスの質の評価を行い、その改善を図るよう努力するとともに、リハビリテーション技術の進歩に対応した適切なリハビリテーション技術をもって介護サービスの提供を行います。
- 6 事業者は、懇切丁寧を旨として介護サービスを提供するよう努め、利用者またはその家族に対し、介護サービスの内容、その提供方法等についてわかりやすく説明します。

(介護サービスの提供場所および基本内容)

第4条 介護サービスの提供場所は、通所リハビリテーションかがやき（通所リハビリテーション事業所）です。所在地および施設の概要は、別紙「重要事項説明書」のとおりです。

- 2 事業者は、リハビリテーション計画にしたがって介護サービスを提供します。事業者は介護サービスの提供にあたり、その内容について利用者に説明します。その内容、サービスの従業者は、別紙「重要事項説明書」のとおりです。
- 3 利用者は、介護サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限り利用者の希望に添うようにします。

(他のサービス提供者との連携)

第5条 事業者は、利用者に介護サービスを提供するにあたり、居宅介護支援事業者その他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 事業者は、この契約書の写しを介護支援専門員に速やかに送付します。3 事業者は、この契約が変更または終了した場合は、その内容を記した書面の写しを介護支援専門員に速やかに送付します。また第11条から12条の規定に基づき解約を行うときは、事前に介護支援専門員に連絡します。

(リハビリテーション計画変更の援助)

第6条 事業者は、利用者がリハビリテーション計画の変更を希望するときは、速やかに居宅介護支援事業者に連絡するなど必要な援助を行います。

(介護サービス提供の記録)

第7条 事業者は、介護サービスの提供ごとにその内容等を記録票に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。利用者の確認

を受けた後、その控えを利用者に交付します。

- 2 事業者は、介護サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内（8：30～17：30）に、その事業所にて、当該利用者に関する前項の介護サービス提供記録を閲覧し、その複写物の交付を受けることができます。

（利用料等）

第8条 利用者は、事業者に対して事業者から提供を受ける介護保険給付サービス並びに介護保険給付外サービスについて別紙「重要事項説明書」のと通りの利用料等を支払うものとします。

- 2 事業者は、当月の利用料等の合計額の請求書に明細を付して、翌月15日までに利用者に送付します。
- 3 利用者は、当月の利用料等の合計額を翌月末までに（口座振替・振込み）の方法で支払います。
- 4 事業者は、利用者から利用料等の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

（介護サービスの中止）

第9条 利用者は、事業者に対して、介護サービス提供日の午前9時30分までに通知することにより、料金を負担することなく介護サービス利用を中止することができます。

- 2 利用者が介護サービス提供日の午前9時30分までに通知することなく介護サービス利用を中止した場合は、事業者は、利用者に対して、別紙「重要事項説明書」に定める利用料等を請求します。
- 3 事業者は、利用者の体調不良等の理由により、または暴風雨警報等の警報が発令され、介護サービスの提供が困難と判断した場合、介護サービスを中止することができます。この場合の取り扱いについては、別紙「重要事項説明書」のとおりです。

（利用料等の変更）

第10条 事業者は、利用者に対して、30日前までに文書で通知することにより、利用料等の変更を申し入れることができます。

- 2 利用者が利用料等の変更を承諾する場合、「変更契約書」を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は、利用料等の変更を承諾しない場合、事業者に対し、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。

(利用者からの契約の解約)

第11条 利用者は、事業者に対して、7日間の予告期間において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。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日間以内の通知でもこの契約を解約することができます。なお、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 事業者が、正当な理由なく介護サービスを提供しない場合
- ② 事業者が、守秘義務に反した場合
- ③ 事業者やサービス従業者が、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 事業者が、三重県知事より指定を取り消された場合

(事業者からの契約の解約)

第12条 事業者はやむを得ない事情がある場合は、利用者に対して30日間の予告期間に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。

- ① 利用者の利用料等の支払いが、2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず滞納金全額の支払いがない場合
- ② 利用者またはその家族が、事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

(契約の終了)

第13条 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 利用者が、介護保険施設に入所した場合
- ② 利用者の要介護認定区分が、自立または要支援と認定された場合
- ③ 利用者が、死亡した場合

(秘密保持)

第14条 事業者およびサービス従業者は、介護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および個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、次の各号についての情報提供については、事業者があらかじめ利用者およびその家族の文書による同意を得て行うこととします。なお、この守秘義務は契約終了後も同様です。

- ① 介護保険サービス利用のための市町村または居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者もしくは利用者が受診している医療機関への情報

提供

- ② 匿名等本人を特定できない方法により行われる介護サービスの質の向上に役立てるための学会または研究会等での事例研究発表

2 事業者は、事業者の使用する者が退職後においても、在職中に業務上知り得た利用者またはその家族に関する秘密または個人情報を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。

(賠償責任)

第15条 事業者は、介護サービスの提供にともなって、事業者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。ただし、事業者に故意・過失が認められない場合は、この限りではありません。なお、次の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① 利用者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことが唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合
- ② 利用者の急激な体調の変化や不慮の事故等、事業者の提供した介護サービスによらない事由が唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合
- ③ 利用者が、事業者もしくはサービス従業者の依頼に反して行った行為が唯一の原因と判断される状況で損害が発生した場合

2 当事業所は、万が一の事故の発生に備えて、「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しています。

(緊急時の対応)

第16条 事業者は、介護サービスの提供中に利用者の病状の急変等が生じた場合、その他必要な場合は、まず家族に連絡し、家族と共同して主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(苦情対応)

第17条 利用者またはその家族は、提供された介護サービスに苦情がある場合、いつでも別紙「重要事項説明書」記載の苦情受付窓口等に苦情を申し立てることができます。

2 利用者またはその家族は、介護保険法令の規定にしたがい、居住地の市町村および三重県国民健康保険団体連合会等の苦情申し立て機関に苦情を申し立てることができます。

3 事業者は、利用者またはその家族が第1項または第2項の苦情申し立てを

行った場合、利用者に対してこれを理由にして何らの差別的取り扱いもいたしません。

- 4 利用者またはその家族からの苦情申し立てがあったときは、事業者は迅速かつ適切に対処し、その結果を苦情申し立て人に報告するとともに介護サービスの向上および改善に努めます。

(代理人)

第18条 利用者は、代理人を選任し、この契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

- 2 代理人は、利用者の契約上の義務と責任を負います。

(本契約に定めのない事項)

第19条 本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を尊重し、当事者が誠意をもって協議して定めるものとします。

(裁判管轄)

第20条 この契約に関してやむを得ず訴訟とする必要が生じたときは、津地方裁判所四日市支部をもって第一審管轄裁判所とすることを、利用者および事業者はあらかじめ合意します。

以上の契約を証するため、本契約書を2通作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 平成 年 月 日

契約者氏名

事業者

<事業者名> 社会福祉法人 宏育会
通所リハビリテーションかがやき
(三重県指定：2410215327号)

<代表者名> 理事長 山川正和 印

<住所> 三重県四日市市西大鐘町字東谷1610番地

利用者

<氏名> 印

<住所>

[代理人]

<氏名> 印

<住所>

同意書

私、社会福祉法人宏育会リハビリテーションかがやき事業所（以下、「かがやき」という。）との介護保険法に基づくサービス利用契約書第14条に規定する秘密保持に関し、「かがやき」または、他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、「かがやき」職員が私及び家族の個人情報をサービス担当者会議等において用いることに同意します。

平成 年 月 日

（利用者）

氏 名 _____ 印

住 所 _____

（家族又は代理人）

氏 名 _____ 印

住 所 _____

利用者との続柄 _____

社会福祉法人 宏育会
リハビリテーションかがやき
理事長 山川 正和 殿