

居 宅 サ ー ビ ス 標 準 契 約 書

事業者： 介護老人保健施設 さくら

殿

第1条（サービスの目的及び内容）

- 1 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、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、その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身及び機能の維持回復を図るよう通所リハビリテーションにおけるサービスを提供します。
- 2 それぞれのサービス内容の詳細は、別紙の通所リハビリテーション説明書に記載の通りとします。

第2条（契約の有効期間）

- 1 この契約の有効期間は、令和____年____月____日から契約終了日までとします。
- 2 利用者が有効期間満了までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合には、本契約は同じ条件で自動更新されるものとします。

第3条（個別サービス計画等）

- 1 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、必要となるサービス種類ごとに「個別サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。個別サービス計画については、利用者に説明し、その写しを交付します。
- 2 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望し、その変更が居宅サービス計画の範囲内で可能な場合には、速やかに個別サービス計画の変更等の対応を行います。
- 3 事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

第4条（身体的拘束等の禁止）

- 1 事業者は、サービス提供に当たり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。
- 2 前項ただし書きの規定に基づき身体的拘束等の行為を行った場合には、事業者は、直ちに、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、当該行為が必要と判断した職員等及び当該行為を行った職員等の氏名その他必要な事項について、サービス提供記録書等に記録します。
- 3 身体拘束等の行為を行う場合には、予め定めた「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」に必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとし、これに基づき行うこととします。

第5条（サービス提供の記録等）

- 1 事業者は、サービスを提供したときは、あらかじめ定めた「サービス提供記録書」等の書面に、提供したサービス内容等の必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとします。

- 2 事業者は、一定期間ごとに、前項のサービス提供記録書等の書面、及びその他の書面に目標達成の状況等を記載して、利用者に説明のうえその写しを交付します。
- 3 事業者は、第1項及び前項の記録書等の書面を作成した後5年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

第6条（利用者負担金及びその滞納）

- 1 サービスに対する利用者負担金は、別紙に記載するとおりとします。ただし、契約の有効期間中、介護保険法等の関係法令の改正により利用者負担金の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用するものとします。この場合には、事業者は法令改正後速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を通知し、本契約の継続について確認するものとします。
- 2 利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を3ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の相当な期間を定めてその支払いを催告し、期間満了までに支払わないときに限り、文書により契約を解除することができます。
- 3 事業者は、前項の催告をした後、契約を解除するまでの間に、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

第7条（利用者の解約等）

- 1 利用者は、少なくとも3日前までに事業者に予告することにより、いつでもこの契約を解約することができます。
- 2 利用者は、事業者が定められたサービスを提供しなかった場合その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

第8条（事業者の解除）

事業者は、利用者の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を交付することにより、この契約を解除することができます。この場合には、事業者は、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者にその旨を連絡します。

第9条（契約の終了）

利用者が介護保険施設等に入所し、又は要介護認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスが提供できなくなった場合には、この契約は終了するものとします。この場合には、事業者は速やかに利用者へ通知するものとします。

第10条（事故時の対応等）

- 1 事業者は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。
- 2 事業者は、サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

第 11 条（秘密保持）

- 1 事業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に洩らすことはありません。
- 2 事業者は、文書により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

第 12 条（苦情対応）

- 1 利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者・介護支援専門員・市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。
- 2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 3 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いもいたしません。

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	相談窓口	支援相談員
	電話番号	046-250-0600
	FAX 番号	046-250-0511
	対応時間	午前 9：00～午後 6：00

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口 (厚木市介護保険課介護給付係)	所在地	厚木市中町 3 丁目 17-17
	電話番号	046-225-2240
	FAX 番号	046-224-4599
	対応時間	午前 8：30～午後 5：15
神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地	横浜市西区楠木町 27 番地 1
	電話番号	045-329-3447
	FAX 番号	045-329-3446
	利用時間	午前 8：30～午後 5：15

- 4 事業者は、入所者等から寄せられた苦情について、「苦情記録管理簿」を作成し、管理者および各担当者と協議し改善に努める。

第13条（契約外事項等）

- 1 この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定めます。
- 2 この契約書は、介護保険法に基づくサービス及び同一種類の介護保険外サービス（利用限度額を超えるサービス）を対象としたものであるため、利用者がこれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

上記のとおり、居宅サービスの契約を締結します。

年 月 日

（利用者） 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

（保証人） 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

（事業者） 所在地 神奈川県厚木市上古沢1915 _____
事業者名 医療法人 聖和会 介護老人保健施設 さくら _____
代表者名 理事長 後 藤 典 彦 _____

重要事項説明書（通所リハビリテーション）

1 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設 さくら
所在地	神奈川県厚木市上古沢 1915番地
介護保険事業所番号	1452980035 号
管理者及び連絡先	施設長（医師） 植 原 哲
	電話番号（施設） 046-250-0600

2 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	通所者の病状管理及び施設療養管理	1名（医師兼務）
医 師	通所者の健康を維持管理および保健指導	1名（常勤 1名、非常勤 名）
支援相談員	通所相談・生活指導・通所者の処遇管理	1名（常勤 1名、非常勤 名）
介護職員	通所者の日常生活全般にわたる介護業務	10名（常勤 8名、非常勤 2名）
看護師	診察の補佐並びに保健衛生管理業務	名（常勤 名、非常勤 名）
准看護師	同上	名（常勤 名、非常勤 名）
リハビリ職員	残存機能の維持及び自立支援業務	8名（常勤 8名、非常勤 名）
管理栄養士	入所者の栄養管理及び栄養指導業務	1名（常勤 1名、非常勤 名）
調理員	栄養管理のもと入所者に合わせた調理	7名（常勤 2名、非常勤 5名）
介護支援専門員	ケアプラン作成管理・関係機関との連絡調整	1名（常勤 1名、非常勤 名）
事務担当職員	人事・会計・総務に関する事務全般業務	5名（常勤 3名、非常勤 2名）
その他の従業者	営繕全般その他送迎車両の運行	4名（常勤 名、非常勤 4名）

3 設備の概要

区 分	数 量 ・ 規 模		備 考
利用定員	通所 40名		
居 室	4人部屋	19室（1室38㎡）	
	2人部屋	4室（1室20㎡）	
	個 室	16室（1室14㎡）	
食 堂	5室（289㎡）内 通所1室		
機能回復訓練室	3室（163㎡）内 通所1室		
浴 室	3室（163㎡）		一般浴槽と特殊浴槽があります
便 所	35箇所		
洗面所	50箇所		
医務室兼静養室	1室（ 23㎡）		
家族介護教室	1室（ 36㎡）		
レクリエーション ルーム	1室（ 56㎡）		
家族相談室	1室（ 22㎡）		

4 サービス提供地域（通常の送迎地域）

厚木市、清川村、愛川町で、施設より片道30分圏内の地域

5 サービス提供時間

サービス種類	月～金曜（祝日含む）
通所リハビリテーション	9：45 ～ 16：00

（注）年末年始（12/30～1/3）は休業とさせていただきます。

6 サービス内容

- ① 食事 昼食 12：00～13：00
- ② 介護 排泄介助、食事介助、入浴介助、体位変換、施設内外移動の付き添い、レクリエーション等
- ③ 入浴 身体状況によって、一般入浴、特別入浴となる場合があります。
- ④ 機能訓練 機能訓練室にて、利用者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤ 健康管理 専任看護師が保健衛生管理面でサポートいたします。
- ⑥ レクリエーション 残存機能の維持向上を図る上で様々なレクリエーションを実施しています。

7 利用者負担金

- ① 利用者の方からいただく利用者負担金は、別紙料金表のとおりです。

- ② 支払方法

利用者負担金は、事業所発行の請求書を受領後、利用者及び扶養者が連帯して、サービスを提供した翌月の25日までに支払うものとします。支払い内容につきましては、別途話し合いの上、双方合意した方法により支払うこととします。

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

8 サービスの中止

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス提供責任者連絡先）までご連絡ください。

・連絡先（電話）： 046-250-0600

・連絡時間： 午前9：00～午後6：00

- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、サービスを利用する前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の体調急変による入院などの、緊急やむを得ない事情がある場合に限り、キャンセル料は不要です）。

(3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いください。

時 期	キャンセル料
サービス利用日の前日まで	無 料
サービス利用日の当日	利用者負担金の食材料費及びおやつ代をご負担いただきます。

9 当施設のサービスの方針等

通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能回復を目指し、日常生活の自立に資するよう適切なケアと訓練を行う。

通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者または家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいよう指導または説明を行う。

通所リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の病状および心身の状況または生活環境等の把握に努め、適切なサービスを提供する。また、認知機能低下を認める要介護者に対して、その特性に即したサービス提供ができる体制を整える。

10 サービス利用に当たっての留意事項

1. サービス提供者の指導の下にサービスを受けること。
2. サービスを受けやすい服装および靴を着用すること。
3. 他の利用者と和を保つよう心がけること。
4. 施設内の設備および什器備品等について大切に扱うこと。
5. 身体に変調を感じた場合、速やかに職員に申し出ること。
6. 持参した金銭等の紛失においては、当施設での責任は負いかねる旨を留意すること。

11 身体拘束の禁止

当施設では、サービス提供に当たり身体拘束は行いません。

但し、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合は身体拘束、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、施設管理者（医師）がその日時及び様態、心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載し、本人及び家族の同意の上行うこととします。また、身体拘束等を行った場合は、必要事項を書面に記録するとともに、身体拘束解除を目標に鋭意検討を行います。

12 緊急時等の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名
	連 絡 先
緊急連絡先	氏 名
	連 絡 先

1 3 協力病院等

名 称	医療法人 徳洲会 湘南厚木病院
代 表 者	守 矢 英 和
所 在 地	神奈川県厚木市温水 1 1 8 - 1
連 絡 先	0 4 6 - 2 2 3 - 3 6 3 6

1 4 非常災害対策

(災害時の対応)

自衛消防本部を 1 階事務所に置き、一切の通報を受け、消防機関への通報、館内への非常放送等入所者の人命安全のための避難誘導を最重点とした態勢をととのえ、別表 5 に定める任務を遂行する。

- 本部には、防火対象物図面集、入所者台帳及び関係書類、防災計画書、緊急連絡先一覧表等の関係資料を準備し、災害状況の把握と活動上の指揮・命令・報告・連絡体制の確立を図る。

(応急収容先の指定)

火災等の災害発生時における利用者の応急収容先は次による。

利用者区分	医療機関名等	診 療 科 目	電 話
担送者及び 護送者	医療法人 徳洲会 湘南厚木病院	内科、循環器内科、消化器内科、 外科、整形外科、産婦人科、放射 線科、リハビリテーション科、麻 酔科、形成外科、神経内科、 小児科、脳神経外科、皮膚科、 病理診断科	046-223-3636

火災等の災害発生時における待機場所は次による。

利用者区分	待機場所	電話番号
独歩者	厚木市立小鮎小学校	046-241-1452

(備 蓄 品)

震災に備えて次の品目を備蓄する。 ※数量等は後日提出

備 蓄 品 目	備 蓄 場 所	摘 要
非常食料	1 階厨房食品庫内	利用者数 × 3 日分
飲料水		利用者数 × 3 日分
防災セット	1 階フロア	装備参照

15 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	相談窓口	支援相談員
	電話番号	046-250-0600
	FAX番号	046-250-0511
	対応時間	午前9:00～午後6:00

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口 (厚木市介護保険課介護給付係)	所在地	厚木市中町3丁目17-17
	電話番号	046-225-2240
	FAX番号	045-224-4599
	対応時間	午前8:30～午後5:15
神奈川県国民健康保険 団体連合会(国保連)	所在地	横浜市西区楠木町27番地1
	電話番号	045-329-3447
	FAX番号	045-329-3446
	利用時間	午前8:30～午後5:15

16 当法人の概要

法人の名称	医療法人 聖和会
代表者名	後藤 典彦
所在地・電話	神奈川県厚木市妻田西2-17-27
	046-223-6333
業務の概要	医療保険下における診療所の経営 介護保険下における介護老人保健施設の設置運営 介護保険下におけるサテライト型小規模介護老人保健施設の設置運営 介護保険下における居宅介護支援事業所の設置運営 介護保険下における認知症対応型共同生活介護事業所の設置運営
事業所数	5

【説明確認欄】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 事業者名 介護老人保健施設 さくら

説明者

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け内容に同意し、受領しました。

利用者 氏 名

利用者のご家族 氏 名