通所リハビリテーション
利用契約書

医療法人みずほ会

ケアビレッジすさき　通所リハビリテーション

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様（以下、「利用者」といいます）とケアビレッジすさき通所リハビリテーション（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う介護サービスについて、次のとおり契約します。

第１条（契約の目的）

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を営むことができるように支援することを目的とし居宅サービス計画に沿って、通所リハビリテーション計画を作成し、通所リハビリテーションサービスを提供します。

第２条（契約期間）

１．この契約の契約期間は令和　　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．契約満了の７日前迄に、利用者から事業者に対して、更新拒絶の意思表示がない場合は、事業者が利用者に対し、契約更新の意思確認を行い、契約は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）

１．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、居宅サービス計画に沿って通所リハビリテーション計画を作成し､その内容について利用者及びその家族に対して説明を行い、利用者の同意を得て交付します。

２．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は、速やかに居宅介護支援事業者へ連絡調整等に援助を行います。

第４条（サービスの提供の記録）

１．事業者は、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５年間保管します。

２．利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第１項のサービス提供記録を閲覧できます。

３．利用者は、当該利用者に関する第１項のサービス提供記録の複写物の交付を受けることができます。

第５条（料金）

１．利用者は、サービスの対価として通所リハビリテーション重要事項説明書に定める利用単価ごとの料金を元に計算された、月ごとの合計額をお支払いいただきます。

２．利用者は、当月の料金の合計額を月末迄に口座振替、振込、現金入金のいずれかの方法でお支払いいただきます。

振込先	銀　行　名	ゆうちょ銀行
	口座番号	口座番号　１６４１０－１１８３２４３１
	名　　義	医療法人みずほ会

３．事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときに、利用者に対し領収書を発行します。

第６条（サービスの中止）

１．利用者は、事業者に対して、サービス提供時間前迄に通知することにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

２．利用者がサービス実施日の提供時間前までに通知することなくサービスの中止となった場合は、事業者は、利用者に対して通所リハビリテーション重要事項説明書に定める計算方法により、料金の全額を請求することができます。この場合の料金は、第５条に定める他の料金の支払いと合わせて請求します。ただし、利用者の病変等で急な事態が起こった場合はこの限りではありません。

第７条（料金の変更）

１．事業者は、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。

第８条（利用者の解約権）

１．利用者は事業者に対して、1週間の予告期間を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、予告期間がなくても、この契約を解約することができます。

２．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 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合。

④ 事業者が破産した場合。

第９条（事業者の解約権）

１．事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して 1 ケ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。

２．次の事由に該当した場合は、事業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 利用者のサービス利用料金の支払いが３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７日以内に支払われない場合。

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。

第 10 条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

１．第２条の規定により事前に更新の合意が成されないまま契約の有効期限が満了したとき。

２．第８条の規定により利用者から解約の意思表示がなされたとき。

３．第９条の規定により事業者から解約の意思表示がなされたとき。

４．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 利用者が介護保健施設や医療施設に入所または入院した場合。

② 利用者の要介護認定区分が、非該当もしくは要支援に認定された場合。

③ 利用者が死亡された場合。

第 11 条（秘密保持）

１．事業者および事業者の使用する者は、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．事業者は利用者またはその家族に関する個人情報について使用同意書に署名・捺印をいただき、利用者の介護に関係した必要最小限の範囲内でのみサービス担当者会議等において情報提供します。

第 12 条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき理由により利用者の生命・身体に損害を及ぼした場合は、利用者に対して、事業者が契約している保険会社を帰して、契約に定められた範囲で対応させていただきます。但し、事業者に故意、過失のなかった場合はこの限りではありません。

第 13 条（緊急時の対応及び事故発生時の対応方法）

事業者は、現に通所リハビリテーションサービス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、速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じ、その時の状況や処置については記録を作成します。原則として、救急車への同行はできません。

第 14 条（連携）

事業者は、サービスの提供にあたり、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。

第 15 条（相談・苦情対応）

１．事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、介護予防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。

２．事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として、何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

第16条（カスタマーハラスメントの禁止）

１．入居者は、事業者の職員に対し、暴言、脅迫、侮辱、過度な要求、長時間の拘束、不当な損害賠償請求、SNS等による不当な晒し行為その他社会通念上許容される範囲を超える言動（以下「カスタマーハラスメント」という。）を行ってはならないものとします。

２．事業者は、カスタマーハラスメントが認められる場合、職員の安全確保のため、担当者の変更、サービス提供方法の見直し、必要に応じて警察・行政機関への相談等、適切な措置を講じることがあります。

３．カスタマーハラスメントが継続し、事業者の業務運営に重大な支障が生じる場合には、契約の継続が困難となることがあり、第９条に基づく契約解除を含む必要な措置を講じることがあります。

第17条（本契約に定めのない事項）

１．利用者および事業者は、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を尊重し、双方が誠意を持って協議の上定めます。

第18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、利用者および事業者は、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19条（付帯事項）

この契約書には次の書類が添付されています。

１．介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書

２．個人情報使用同意書

上記の契約を証するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が署名（記名）押印の上、１通ずつ保有するものとします。

契約締結日：令和　　年　　月　　日

契約者氏名

事業者

指定番号	高知県　第　３９７０６００２４７　号
事業者名	ケアビレッジすさき　通所リハビリテーション
法人名	医療法人みずほ会
所在地	高知県須崎市多ノ郷甲５７４１
代表者	理事長　　高橋　啓文　　㊞

利用者

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代筆者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【続柄】＿＿＿＿

利用者家族

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【続柄】＿＿＿㊞

通所リハビリテーション　重要事項説明書

《　令和８年10月１日現在　》

1.　提供できるサービスの種類と地域

事　業　所　名	ケアビレッジすさき　通所リハビリテーション
所　在　地	高知県須崎市多ノ郷甲５７４１
介護保険指定番号	高知県　３９７０６００２４７号
サービスを提供する地域	須崎市　津野町（旧葉山村地区）　中土佐町（久礼地区） 土佐市（蓮池～市野々） 上記地域以外の方でも相談に応じます。
第三者評価実施状況	無し

２．職員体制

医師(管理者)　１名以上　　介護福祉士および介護職員　　１名以上
支援相談員　　１名以上　　理学療法士および作業療法士　１名以上

計４名以上を配置

３．営業日、営業時間、および連絡先

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前８時30分～午後５時30分
休業日	日曜・祝日及び１２月３１日～１月３日
連絡先	０８８９－４３－１１６６（ケアビレッジすさき）

４．サービスの提供時間帯と利用定員

月曜日～土曜日	午前９時40分～午後３時50分
利用定員	１日１単位40名

５．従業者の業務内容

職種	業　務　内　容
管理者	従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理業務。
支援相談員	申込みに係る連絡調整、利用者との連絡調整。他事業所との連携。
理学・作業療法士	通所リハビリテーション計画の作成、個別訓練の実施、日常生活動作向上のための指導。環境評価や助言。
介護職員	利用者の身の回りの援助や、介助。レクリエーションなど。
調理職員	献立表に基づき、衛生面や嗜好に配慮した食事の提供。
送迎運転手	送迎の手配や、安全に配慮した自動車での送迎業務。

６．サービス内容

種類	内　容
食事	栄養士の献立表により、利用者の栄養と嗜好、咀嚼、嚥下等身体状況に応じたものを提供します。（食事時間　１２：００～１３：００）
排泄	利用者の状態に応じた、適切な排泄介助を行います。
入浴	ケアプランに沿って入浴支援が必要な方に対して、更衣、洗身、洗髪などの支援を行います。身体状況に応じて特殊浴槽も使用します。
機能訓練	心身機能の回復および低下を予防するための訓練、レクリエーション、グループ作業、季節の行事、趣味活動、体操等を行い、対人交流や日常生活の活性化を図るよう努めます。
健康チェック	健康維持のための体調管理を行います。（体温、血圧、脈拍、必要に応じて血中酸素濃度や水分摂取量、排尿排便の状態確認等）
送迎	専用車両にてご家庭まで行います。車椅子で乗車できる車両もあります。 特別な場合（家の中までの送迎等）は事前にご相談下さい。
その他	清潔で快適なサービスを提供できるよう、生活相談や各種の相談事にも対応できるように努めます。

７．利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金＋加算料金（料金表）に対し所得に応じた負担割合分が自己負担となります。介護度に応じた区分基準限度額を超えた利用分は全額自己負担となります。

（１）　料金表　－基本料金－

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１時間以上２時間未満	3,690 円	3,980 円	4,290 円	4,580 円	4,910 円
２時間以上３時間未満	3,830 円	4,390 円	4,980 円	5,550 円	6,120 円
３時間以上４時間未満	4,860 円	5,650 円	6,430 円	7,430 円	8,420 円
４時間以上５時間未満	5,530 円	6,420 円	7,300 円	8,440 円	9.570 円
５時間以上６時間未満	6,220 円	7,380 円	8,520 円	9,870 円	11,200 円
６時間以上７時間未満	7,150 円	8,500 円	9,810 円	11,370 円	12,900 円

負担割合証に応じて表示金額の１割、２割、３割負担のいずれかの料金となります。

（２）　料金表　－加算料金－

入浴介助加算　Ⅰ 入浴介助加算　Ⅱ	400 円／日 600 円／日
科学的介護推進体制加算	400 円／月
若年性認知症利用者受入加算	2, 400 円／月
短期集中リハビリテーション加算	1100 円／日 （退院または認定日から３か月以内）
退院時共同指導加算	6000 円/回

介護保険事業者番号 3970600247

サービス提供体制強化加算　Ⅰ サービス提供体制強化加算　Ⅱ	220 円／日 180 円／日
※介護職員等処遇改善加算　Ⅰイ ※介護職員等処遇改善加算　Ⅰロ	所定単位数の 10.3% 所定単位数の 11.1%
※中山間地域等へのサービス提供加算	基本料金の 5%

※以外の加算について、負担割合は基本料金と同様です。

（3）その他（介護保険給付対象外、自費）

食　　費	６００円(税込)／日	
日 用 品 費	５０円(税込)	情報共有のために連絡帳が必要な方のみ。 バインダーは原則１冊使い切るごとに購入いただきます。
お や つ 代	５０円(税込)／日	希望者のみ。
教養娯楽費	５０円(税込)／日	レクリエーション等で使用する備品代として。
そ の 他	オムツやマスク等	使用時は自宅の物と交換で返却ください。

８．お支払い方法

（1）現金入金

（2）銀行口座への振込（振込手数料は利用者負担となります。）

振込先	銀行名	ゆうちょ銀行
	口座番号	１６４１０－１１８３２４３１
	名義	医療法人　みずほ会

（3）口座振替（引落手数料は事業所で負担いたします。）

ゆうちょ銀行、土佐くろしお農協、四国銀行、高知信用金庫、愛媛銀行

毎月１５日前後に先月分の請求させていただきますので、月末までにお支払い下さい。

領収書は翌月に請求書に同封して郵送もしくはお渡しいたします。現金入金の場合は入金時にお渡しいたします。

９．キャンセルについて

利用者がサービスの利用をキャンセル（お休み）する場合は、利用当日の朝８時 30 分までにご連絡下さい。

連絡先（電話番号）　０８８９－４３－１１６６　　通所リハビリテーション

10. 運営方針

要支援者・要介護者等が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活が送れるよう、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを提供するものとします。事業の提供にあたっては利用者又はその家族に対し、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、懇切丁寧に指導又は説明を行うこととします。

11. 緊急時の対応及び事故発生時の対応方法

サービス提供中に際しては事故が起きないよう細心の注意を払いますが、事故が発生した場合については以下の対応をさせていただきます。

（1）サービス提供中の利用者の心身に異変が生じた場合及びサービス提供中に事故が発生した場合は迅速に主治医に連絡し、併設している須崎医療クリニックで処置を行うとともに、家族、関係機関へ速やかに通報いたします。

（2）当事業所の責任により利用者に生じた損害については、当事業所が契約している保険会社を帰して、契約に定められた範囲で対応いたします。ただし、その損害の発生について、利用者に過失が認められる場合については、その程度により損害賠償責任を減じる場合があります。

12. 非常災害対策および緊急避難場所

（1）消防法施行規則第３条に規定する消防計画に基づき消防法第８条に規定する防火管理者を設置します。高知県社会福祉施設防災対策指針に基づき作成されたケアビレッジすさき防災対策マニュアルに沿った取り組みや対策、年２回の防火訓練、年１回の風水害避難訓練、年３回以上の地震・津波を想定した災害訓練を行います。

（2）安全な場所への避難等が必要な際には、利用者を須崎市の避難指定場所へ移送します。
（須崎自動車学校、その他協力機関など）

13. サービス内容に関する相談・苦情窓口

（1）当事業所の利用者相談・苦情窓口担当

事　業　所	担　当	電話番号
ケアビレッジすさき 通所リハビリテーション	大崎　美保子	０８８９－４３－１１６６
受付時間	月曜～土曜　８：３０～１７：１５	

（2）その他

当事業所以外に、市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

須崎市役所介護保険相談窓口	電話番号	０８８９－４３－０１２５
高知県国民健康保険団体連合会	所在地	高知市丸ノ内２－６－５
	電話番号	０８８－８２０－８４１０
	FAX 番号	０８８－８２０－８４１３
	対応時間	９：００～１２：００ １３：００～１６：００

14. 高齢者虐待防止の推進

（１）当事業所は、利用者の人権擁護、虐待の防止など推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（担当者の設置、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施）を講じます。

（２）施設におけるストレス対策を含む高齢者虐待に向けた取り組み例を収集し周知を図ります。ハラスメントなどのストレス対策に関する研修を実施することや、同事業所による相談窓口について、高齢者本人とその家族だけでなく介護職員等も利用できることを明確化するなど、高齢者虐待防止に向けた施策の充実を図ります。

15. 身体拘束の禁止

（１）当事業所は、当該利用者又は他の利用者などの生命又は身体を保護するため緊急にやむを得ない場合を除き、身体の拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。

（２）身体拘束などの適正化を図るため、次の措置を講ずる。身体拘束などの適正化のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。身体拘束等の適正化のための指針を整備し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

16. ハラスメント防止対策

当事業所は、適切なサービスを確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の職場環境が害されることを防止するための方針の明確化などの対策を講じます。

17. 業務継続計画の策定

当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するため、および早期の業務再開を図るための計画を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。介護職員その他の従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18. 感染症対策および感染症発生時の対応

当事業所は、感染症の予防及び延防止のための対策を検討する委員会を年２回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。感染症の予防及び蔓延の防止のための指針を整備し、介護職員その他の従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

19. 個人情報の取扱いおよび秘密保持に関して

従業者は、業務上知り得た利用者又は家族に関する秘密を保持します。従業者でなくなった後にも、利用者または家族の秘密を保持する旨を、従業者雇用時に契約を締結します。

20．サービス利用にあたっての留意事項

（１）共用施設や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。故意又はこれに反したご利用により破損等が生じた時には、弁償していただく場合があります。

（２）施設内および敷地内は禁煙です。飲酒は転倒リスクの観点から禁止させていただきます。

（３）他の利用者等に迷惑になる行為（騒音、宗教、政治活動等）及び秩序を乱す言動、金銭の賃借はご遠慮願います。また必要以上の金銭の持ち込みはご遠慮ください。

（４）施設利用中、外出は原則できません。急用など事情がある場合は従業者にご相談下さい。

（５）送迎は原則として自宅間の行き帰りであり、途中下車や自宅以外への送迎はできません。

（６）飲食物に制限のある方、誤嚥リスクのある方がいらっしゃるため、飲食物の持ち込みやご利用者様間での受け渡しは禁止させていただきます。

（７）訪問の際はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いいたします。お茶やお菓子などのお心付けは一切不要です。

（８）施設内で職員の写真や動画撮影、録音等を無断で行うことや、SNS 等への掲載は禁止させていただきます。

（９）職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意を受けて下さい。

（10）カスタマーハラスメントなど暴言暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為は禁止させていただきます。事業所の職員に対し、暴言、脅迫、侮辱、過度な要求、長時間の拘束、不当な損害賠償請求、SNS 等による不当な晒し行為その他社会通念上許容される範囲を超える言動（カスタマーハラスメント）は行わないようお願いします。カスタマーハラスメントが認められる場合、事業所は職員の安全確保のため、担当者の変更、サービス提供方法の見直し、必要に応じて警察・行政機関への相談等の措置を講じることがあります。

（11）上記のような行為など、改善が見られず事業運営に支障が生じる場合、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、契約の継続が困難となることがあります。

※この重要事項説明書は令和８年 10 月１日より適用します。

【重要事項の説明確認について】

ケアビレッジすさき　通所リハビリテーションの利用契約にあたり重要事項を説明しました。

事業所名　　ケアビレッジすさき　通所リハビリテーション
事業所所在地　須崎市多ノ郷甲 5741
法人名　　医療法人みずほ会
管理者　　家石　潔　　㊞

重要事項の説明担当者
氏　名　　大﨑　美保子　　㊞

ケアビレッジすさき　通所リハビリテーションの利用契約にあたり重要事項を説明されました。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

署名代行者　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【続柄】＿＿＿＿

利用者家族　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【続柄】＿＿＿＿㊞

個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1．使用する目的

私のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

２．使用にあたっての条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

３．個人情報の内容（例示）

・氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等事業者が通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、最低限必要な私や家族個人に関する情報。
・主治医からの病歴に関する情報提供書。
・その他の情報。

以上

ケアビレッジすさき　通所リハビテーション　様

令和　　年　　月　　日

利用者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

署名代行者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【続柄】＿＿＿＿

利用者家族　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【続柄】＿＿＿㊞

なお、この同意書によって、居宅サービス計画に位置付けられたサービス事業者が、上記１から３に記載するところにより、私（及び私の家族）の個人情報を使用してもかまいません。