

**ささき接骨院**

**通所型サービス C**

**重要事項説明書**

**同意・契約書（見本）**

## 当院利用に当たっての諸注意・ご留意事項

\_\_\_\_\_様（以下「利用者」と記載）とささき接骨院（以下「当院」と記載）はサービスの利用について、下記の通り契約を締結します。

### （契約の目的とは？）

当院は介護保険法やその他の関係法規、多賀城市の指示等を厳守します。また当契約書に従い利用者が日常生活の中で、可能な限り身体能力に応じて自立した生活を営むことができる様に利用者に合った機能訓練（日常生活支援総合事業における通所型サービス C）を提供することを目的としております。

### （サービス開始期間）

当サービスの開始は下記の通りです。

年       月       日～       年       月       日まで

※当院、または利用者の都合次第では上記期間が変更となる場合がございます。

例) 希望された日時が既に他の利用者の予約で埋まっている場合。

利用者本人の都合で開始日が後日になった場合。

### （リハビリ計画書とは？）

・利用者の日常生活での心身状況に関する悩みや課題、希望等を聴取した後に身体機能の評価を行

います。そして毎月これに従い考慮した上のプログラム内容、実施期間、回数等を記載したリハビリ計画書を作成します。作成後、サービス実施前に利用者へ計画書の中身を説明。同意を得た上でサービスを開始致します。同じく毎月当計画書を通してサービスの効果などを担当のケアマネジャーにも報告を致します。

#### (サービス内容の詳細について)

#### 料金とご利用回数について

・料金の負担割合は介護保険証に記載されている介護度、介護保険負担割合証に記載がされている負担割合で下記の通りとなります。尚、送迎は行ってはおりません。

(事業対象者・要支援1の方・要支援2 共通) 利用回数 1週間に1回が上限です。

1割負担 送迎無し 410円

2割負担 送迎無し 820円

3割負担 送迎無し 1,230円

ご利用前後の状況に応じて金額が異なる上、送迎サービスも行ってはいない為、上記の金額から(-)の金額が発生致します。金額の詳細は担当者会議の場でサービス提供票を基にご説明を致します。また、当サービス実施について必要な道具、その他材料費等は同意を得て別途保険外として徴収させて頂きます。

(例) 運動時に使うバンド、工作で使う材料費。超音波で使用する薬剤料、医療機器の利用料金など。

- ・介護保険法などの改正により、負担金額やサービス内容に変更が生じた場合には速やかに利用者に対して変更後の内容や時期、金額等の説明を行います。但し、利用者はこの変更に同意することができない場合には本契約を解約することができます。
- ・領収書の再発行は致しておりませんので、大切に保管されて下さい。1ヶ月分をまとめた領収書の発行をご希望される場合は予めその旨をお伝え下さい。
- ・料金を滞納される方の応対は致しません。滞納された時点で当院との契約は解除とさせて頂きます。
- ・介護保険証、負担割合証に変更が生じた際には速やかに当院へご報告下さい。
- ・コルセットやサポーター、杖などの福祉用具を購入された場合は当院へ納品後「1週間以内」に取り来て下さい。これは納品後から日数が経過すると、破損等があった場合の返品手続きが困難になる為です。

※原則、購入されたサポーターやコルセット、杖を初めとした福祉用具の返品交換はできません。

商品開封後、破損等があった場合のみ返品が可能となります（販売メーカ側から確認済み）。

これは何度も患者様のお話や身体状況を確認してサイズ等も調べ、金額のご説明も行い「同意を得て」から発注を掛けている為です。

- ・購入された上記商品を「改造した場合」は点検や修理保証の対象外となり、当院で販売後の責任は負わないものとします。気になることがあれば手を加える前に当院へご相談下さい。

## 感染症対策について

- ・新型コロナが5類へと移行されましたが、他の感染症が未だに蔓延している実情を踏まえて、引き続き下記に記載する内容にご理解とご協力を願い申し上げます。
- 1・マスクを着用されてご来院下さい。ご来院された後は手指消毒を行って頂き、検温を実施致します。
  - 2・定期的に換気を行います。
  - 3・付き添いの方は「お一人」でお願い致します。
  - 4・体調に不安がある場合には当院へ事前にご連絡下さい。
  - 5・その他、感染症の種類と内容に応じて適時必要な対策を実施致します。

## 利用日・サービス提供時間・キャンセルについて

- ・利用日は毎週火・木・土曜日にご利用ができます。
  - ・サービス提供時間は午前9:00～12:00　午後14:00～16:00の概ね1時間半～2時間となります。
- ※毎週水曜日・土曜日午後の部・祝祭日はお休みです。
- ※上記曜日と時間帯は目安であり、必ずご希望の日時を確認致します。
- ・当院は接骨院部門と介護部門の時間を区切って応対しております。この為、ご利用のキャンセルと遅刻に関しては他の利用者のご都合もございます。分かり次第ご連絡を下さります様、ご協力を願い申し上げます。（キャンセル料は頂きません）
  - ・正当な理由がない無断キャンセル、予約日当日や予約時間直前のキャンセル、遅刻が続く利用

者に関しては当院でのサービスをお断りとさせて頂きます。またその旨を利用者とご家族、地域包括支援センター等に報告させて頂き、契約を当院側から解約とさせて頂きます。正当な理由があっても頻回に上記行為を繰り返す場合も同様とさせて頂きます。

#### その他、ご利用に関しての留意事項

- ・他の利用者への迷惑行為に繋がる為、院内での携帯電話はマナーモードに設定をして頂くか、または電源を切って下さい。
- ・運動時は動きやすい服装でご来訪下さい。また訓練前には予め湿布やホッカイロの類を剥がしておいて下さい。水分に関しては当院で準備しておりますのでご持参は不要です。
- ・訓練中に体調が悪くなった、痛みが現れた際には速やかにお申し出下さい。
- ・ご家族が利用者の訓練状況を見学することはできますが、見学時には事前に当院へご相談下さい。
- ・利用者間での金品の受け渡しはトラブルの原因となりますので、硬くお断り致します。

例) お金、お菓子などの飲食物、湿布を初めとした薬など。

#### サービス内容の変更について

- ・利用者は当サービス内容についての変更の申し出を行うことができます。但し、当サービス内容の範囲内として認められるものに限ります。明らかに契約目的から逸脱する変更内容等ではない限り当院で考慮させて頂き、内容次第では関係諸機関と相談の上、正当性が認められる内容には速やかに内容を変更し、その旨を通知致します。また、変更できない場合もその理由を説明致します。変更内容次第でその旨を地域包括支援センター、多賀城市等に連絡するなどの必要な援助を行います。

- (例) 運動内容の強度が強い、または弱い為、運動内容を変えてほしい。
- ・利用者はいつでも契約を解約することができます。この場合、解約時の書類作成や関係諸機関へ連絡を行う為、解約日の1ヶ月前に当院へご報告下さい。その後、予告期間満了日に契約は解約されます。
  - ・利用者とその家族はサービス内容の記録を閲覧、複写を求めることができます。サービス内容に関する書面は作成後に利用者へ発行を致しますが、再発行は行ってはおりませんので大切に保管されて下さい。

### (個人情報と守秘義務について)

#### ① 使用目的

- ・当事業に関わる地域包括支援センター、担当医、多賀城市等に情報の共有・連携を行う為。
- ・適切で効果的なサービスの実施と提供、そして利用者とご家族を援助する為。
- ・緊急時等において、利用者の生命やその他有する権利・利益を保護する為。

#### ② 使用する条件

- ・個人情報の使用は上記目的の範囲内で必要最小限に留め、当サービスに関わる者以外には使用致しません。また情報が漏れることがない様、細心の注意を払って取り扱い、当記録を5年間保管致します。サービス終了後も情報が漏洩しない様、守秘義務に努めます。

※当院では高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援を行う観点から、これらに該当する内容次第では担当ケアマネジャー、多賀城市に通報できるものとします。この場合には当院では秘密

保持義務違反の責任を負わないものとします。

### ③ 提示内容

- ・氏名、住所、電話番号と緊急時の連絡先、健康状態、家族構成や家庭環境、家族の連絡先と住所、掛かりつけの医療機関等。

#### (当院側の解約権)

- ・利用者が故意に介護保険法やこれに関わる関係法令、多賀城市の規則内容等に著しく逸脱する行為や、当院の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みが無く、本契約の目的に達することが著しく困難となった場合。
- ・利用者がサービス実施対象地域外へ転居される。病院や介護施設等へ入院、入所されたことにより継続したサービスの提供が困難であると見込まれた場合。

※但し、入院期間や利用者の諸事情により 1 ヶ月間のご利用ができなかった場合には、この 1 ヶ月の利用期間を翌月へ延長することが出来ます。

例) 4 月～6 月までのサービス利用期間中に白内障の手術の為、5 月の 1 ヶ月間はサービスを休むこととなった。本来は 6 月で終了ですが、担当ケアマネジャーに事情を説明することでご利用できなかった 1 ヶ月を 7 月へ移行させて利用することができます。

- ・他の利用者、近隣住宅や施設への迷惑行為、当院設置機器、備品等を大切に扱わないなどの行為が見受けられた場合。その他、当院側で困難と判断される行為。

#### (契約終了とは?)

- ・下記に該当する場合は当サービスの契約終了となります。

1・利用者から解約の意思表示がなされた場合。

2・サービスの実施期間が満了日を迎えた場合。

3・当院から解約の意思表示がなされた場合。

4・利用者がサービス対象外地域へ転居した。病院や介護施設へ入院、入所された場合。

※当サービスは多賀城市独自のサービスであり、他の市区町村の方は受けることができません。

5・利用者の介護度が要介護になった場合。または要支援、事業対象者のいずれにも該当しなくな  
った場合。※当サービスは介護度が「要介護」の方は受けられません。

6・利用者が亡くなられた場合。

7・介護保険法などで定められている内容や様々な訓練内容をご説明しても正当な理由もなく全  
てこれを拒む。関係法規や訓練内容にご理解とご協力が得られない場合。

8・当院では次のような迷惑行為があった場合、契約を終了する場合がございます。従事者や他  
の利用者の安全を守り、業務の円滑化を図る為にご理解とご協力をお願い申し上げます。

・大声や暴言暴力。脅迫的な言動により他の利用者に迷惑を及ぼし、当院の業務を妨害した場合。

・土下座や金品の欲求、解決しがたい欲求や不満を繰り返し従事者や他の利用者を拘束する場合。

・建物設備などを故意に破損させた場合。

・従事者や他の利用者への差別、セクシャルハラスメント、ストーカー行為があった場合。また  
はその恐れがある場合。

・危険な物品を院内に持ち込んだ場合。

・頻回に「遅刻、予約時間の変更、予約日当日や予約時間直前のキャンセル、無断キャンセル」

を行う場合。

- ・料金を滞納された場合。
- ・その他、上記以外に当院で迷惑行為と判断させて頂いた場合。

被害を受ける恐れがある場合や実際に被害を受けた場合には警察や市役所、当院と連携をしている各専門家に速やかに通報致します。

9・利用者の応対は※多職種連携が基本です。※様々な専門職で利用者を援助する意味です。

その為、別途に契約をしている事業所で担当ケアマネジャーなどの専門職への連絡が取りにくい。必要書類などを送っては来ないなどの利用者に関わる重要事項について相談ができるない、対応が出来ない事業所（またはケアマネジャー等）と判断させて頂いた場合。

#### (損害賠償について)

・当院ではサービスを行うにあたり、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合に備えて損害保険に加入しております。損害が発生した場合は速やかに利用者、またはご家族に対して損害賠償を行います。しかし、損害の内容次第では当院で責任を問えない場合はこの限りではなく、また当内容は損害事故発生時の詳細を保険会社へ報告、協議した上で行うものとします。

例) 訓練中に転倒して打撲した。その治療費を支払う。

訓練中に眼鏡を壊してしまった。その修繕費または購入費用を支払う。

### (苦情処理について)

- ・苦情がある場合は当院、または担当ケアマネジャー、多賀城市介護福祉課、国民健康保険連合会に対して利用者とご家族はいつでも苦情を申し立てることができます。
- ・苦情の申し出があった場合は詳細を確認した後、当院は速やかに対処。サービス向上改善に努めます。
- ・苦情申し立てを行った場合、これを理由として利用者に対して不利益な応対は致しません。
- ・苦情に関しての連絡先（この連絡先は緊急時の連絡先にもなります）

1・当院 電話 022-352-7809

2・多賀城市 保健福祉部 介護・障害福祉課 電話 022-368-1498

3・宮城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 022-222-7079

4・○○地域包括支援センター（または居宅介護支援事業所） 電話 022-○○○-×××

担当ケアマネジャー名 \_\_\_\_\_ 様宛

### (その他契約条項)

- ・本契約に定めていない内容については介護保険法、その他の関係法令、多賀城市的条例等を尊重しながら利用者と当院の協議によって定めるものとします。また、必要であれば市役所や担当ケアマネジャーなどへ相談をしながら定めるものとします。
- ・上記契約を証明する為、本書を2部作成。利用者と当院の双方が記入・捺印の上、各々が1部ずつ保管をします。

---

以下余白

# 同意・契約書

当サービスの利用の申し込みに関して、ささき接骨院の定める「多賀城市介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス C」に関する契約内容、個人情報内容に関して同意することでサービスの契約を致します。

## ～利用者本人記入欄～

住所

名前 印 連絡先

## ～ご家族、その他代理、立会人記入欄～

住所

名前 印 連絡先

家族・その他（ ）※緊急時に直ぐに連絡が取れる方をご記入ください。

## ～当院記入欄～

当院は利用者の申し込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスは誠実に責任を持って応対を致します。

住所

当院

代表者氏名 印 連絡先

## 備考欄