

契 約 書
(介護予防訪問リハビリテーション)

介護予防訪問リハビリテーション契約書

利用者 _____ 殿（以下「甲」という。）と事業者 介護老人保健施設 愛・ライフ内牧（以下「乙」という。）とは、介護予防訪問リハビリテーションサービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

- 第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、甲の心身の機能の維持回復を図ることを目的として介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- 2 乙は、介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

（契約期間）

- 第2条 この契約書の契約期間は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）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（支援）認定有効期間の満了日までとします。
- 2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとし、
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

（運営規程の概要）

- 第3条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、介護予防訪問リハビリテーションサービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

（介護予防訪問リハビリテーション計画の作成・変更）

- 第4条 乙は、医師の診療に基づき、甲の病状、心身の状況、日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。
- 2 介護予防訪問リハビリテーション計画には、介護予防訪問リハビリテーションサービスの目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。
- 3 介護予防訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。
- 4 乙は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する介護予防訪問リハビリテーションサービスの目的に従い、介護予防訪問リハビリテーション計画の変更を行います。
- (1) 甲の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該介護予防訪問リハビリテーション計画を変更する必要がある場合

(2) 甲が介護予防訪問リハビリテーションサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合

- 5 前項の変更に際して、居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに甲の居宅介護支援事業者と連絡するなど必要な援助を行います。
- 6 乙は、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し又は変更した際には、これを甲及びその後見人又は家族に対し説明し、その同意を得るものとします。
- 7 介護予防訪問リハビリテーションサービスの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訪問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記載した契約書別紙サービス内容説明書を添付したサービス変更合意及び更新確認書を交わします。

(担当の理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士)

- 第5条 乙は、甲のため、担当の理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士を定め、甲に対して介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- 2 乙は、担当の理学療法士若しくは作業療法士、言語聴覚士を選任し、又は変更する場合には、甲の状況とその意向に配慮して行います。
 - 3 甲は、乙に対し、いつでも担当の理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士の変更を申し出ることができます。
 - 4 乙は、前項の申出があった場合、第1条に規定する介護予防訪問リハビリテーションサービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、甲の希望に添うように担当の理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士を変更します。

(介護予防訪問リハビリテーションサービスの内容及びその提供)

- 第6条 乙は、担当の理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士を派遣し、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- 2 乙は、甲に対して介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。
 - 3 乙は、甲の介護予防訪問リハビリテーションサービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければなりません。
 - 4 甲及びその後見人（後見人がいない場合は甲の家族）は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

(居宅介護支援事業者等との連携)

- 第7条 乙は、甲に対して介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(協力義務)

第8条 甲は、乙が甲のため介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

(苦情対応)

第9条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した介護予防訪問リハビリテーションサービスについて甲、甲の後見人又は甲の家族から苦情の申立てがある場合

合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し何ら不利益な取扱いをすることはできません。

(緊急時の対応)

第10条 乙は、現に介護予防訪問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甲に容態の急変が生じた場合、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

(費用)

第11条 乙が提供する介護予防訪問リハビリテーションサービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する介護予防訪問リハビリテーションサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、乙の通常の事業の実施地域以外にある甲の居宅を訪問して介護予防訪問リハビリテーションサービスを行う場合には、前二項に定める費用のほか、それに要した交通費の支払いを甲に請求することができます。

5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。

6 乙は、介護予防訪問リハビリテーションサービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

7 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(利用者負担額の滞納)

第12条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2月以上滞納した場合は、乙は、30日以

上の期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

- 2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲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について必要な協議を行うものとします。
- 3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。
- 4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供を拒むことはありません。

(秘密保持)

- 第13条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。
- 2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

- 第14条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

- 第15条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。
- 2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって、主治医、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

- 第16条次に掲げる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。
- 一 甲が要介護（支援）認定を受けられなかったとき。
 - 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
 - 三 甲が第14条により契約を解除したとき。
 - 四 乙が第12条又は第15条により契約を解除したとき。
 - 五 甲が死亡したとき。

(損害賠償)

第17条 乙は、介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により甲又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(利用者代理人)

第18条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、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 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(合意管轄)

第19条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、熊本地方裁判所阿蘇支部を管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

第20条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書
 <2026 年 9 月 22 日現在>

1 介護予防訪問リハビリテーション事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人社団坂梨会
代 表 者 名	坂梨 嘉壽恵
本社所在地・連絡先	(住所) 熊本県阿蘇市内牧 1153-1 (電話) (0967) 32-0881 (FAX) (0967) 32-4462

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	介護老人保健施設 愛・ライフ内牧
所在地・連絡先	(住所) 熊本県阿蘇市内牧 1105-1 (電話) (0967) 32-5511 (FAX) (0967) 32-5321
事 業 所 番 号	4352780029
管理者の氏名	山部 望

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分		職 務 の 内 容
		常勤(人)	非常勤(人)	
医 師	1	1	0	施設長と兼務
理学療法士	8	8	0	理学療法
作業療法士	1	1	0	作業療法と管理者を兼務
言語聴覚士	0	0	0	言語聴覚療法

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	勤務時間帯（午前 8：30～午後 5：30） 常勤で勤務	日曜日
理学療法士 作業療法士	勤務時間帯（午前 8：30～午後 5：30） 常勤で勤務	日曜日

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	阿蘇市(旧波野村は区域外)
---------	---------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

平 日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
営業しない日	日曜日・12 月 31 日～1 月 3 日 (例外もあり)

3 サービスの内容

- ①心身機能評価、訓練
- ②生活、社会活動動作評価、訓練
- ③本人・家族への指導
- ④その他

《手順等》

介護予防訪問リハビリテーションは利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて訪問リハビリテーションの目標と具体的なサービスの内容を記載した訪問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、又はその家族に対し説明を行い、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を行うのに必要な援助を行います。

介護予防訪問リハビリテーションを提供した際は、サービスの提供記録へ提供日、内容等を記載します。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護予防訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生大臣が定める基準によるものとする。介護保険の適用がある場合の利用者負担額は、原則として介護保険負担割合証の定めに基づきます。利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。(料金表は別紙)

種 類	利 用 料
	円

(3) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費として燃費代の実費が必要となりますが、金額は片道1kmにつき25円とします。

(4) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担となります。

(5) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払い後、領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者」という）に対し、適切な介護予防訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

訪問リハビリテーションの人員は、要支援又は要介護者等の心身の特性をふまえ、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、リハビリテーションに関わる援助を行う。

介護予防訪問リハビリテーションの実施にあたっては、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、また関係市町村との密接な連携をはかり、総合的かつ効率的なサービスの提供に努める。

(3) その他

事 項	内 容
介護予防訪問リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の直面している課題等を評価し、医師の診療及び利用者の希望を踏まえて、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者に説明のうえ交付します。
従業員研修	年1回以上、継続研修を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

相談窓口	相談窓口	介護老人保健施設 愛・ライフ内牧 山部 望
	ご利用時間	午前 8 : 30～午後 5 : 30
	ご利用方法	電話 (0967-32-5511)
		FAX (0967-32-5321)

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	氏 名	
	病 院 名 及 び 所 在 地	
	電 話 番 号	

緊急時連絡先 （家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住 所	
	電 話 番 号	

緊急時連絡先 （家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住 所	
	電 話 番 号	

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、市町村・家族・居宅介護支援事業所等への連絡を行うなど措置を講じ、事故の状況や事故に際して採った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

9 利用者へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証を提示してください。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

当事業者は、本契約書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明いたしました。

年 月 日

事業者乙	住所	熊本県阿蘇市内牧 1105-1
	事業者（法人）名	医療法人社団 坂梨会
	事業所名	介護老人保健施設 愛・ライフ内牧
	（事業所番号）	4352780029
	代表者名	坂梨 嘉壽恵 印

説明者 職名

氏名

私は、本契約書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、これに同意いたします。

年 月 日

利用者甲 住所

氏名

代筆者 住所

氏名 (続柄:)

家族代表者 住所

氏名 (続柄:)

個人情報提供の同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

- (1) 介護予防訪問リハビリテーション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及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保健施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供

2 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3 使用する期間

契約で定める時間

4 条件

- (1) 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のないよう細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

介護老人保健施設 愛ライフ・内牧 様

年 月 日

利用者

住所

氏名

代筆者

住所

氏名

（続柄： ）

家族代表者

住所

氏名

（続柄： ）

ハラスメントに関する誓約書

ハラスメント行為等による契約解除

利用者又はその家族等が、当事業所職員に対し、以下のいずれかに該当する行為を行った場合、当事業所は事前の通知をもって本契約を解除することができます。

- (1) 暴力・暴言、威嚇、脅迫等のカスタマーハラスメント行為
- (2) 性的言動、身体的接触等のセクシュアル・ハラスメント行為
- (3) 人種、信条、性別、障害等に関する差別的言動
- (4) 契約の定めのない過剰又は不当な要求
- (5) その他、上記項目に例示した項目以外の重要事項説明書に定める職員の安全や尊厳を著しく損なう行為

前項の行為が確認された場合、当事業所は利用者又は家族等に対し、是正を求める通知を行います。通知後も改善が見られない場合、又は行為が重大であると当事業所が判断した場合は、即時に契約を解除できます。契約解除に伴い、当事業所は利用者に対し、解除理由および解除日を文書で通知するものとします。

私は、上記の事項について誓約します。

介護老人保健施設 愛ライフ・内牧 様

年 月 日

利用者 住所

氏名

代筆者 住所

氏名

(続柄:)

家族代表者 住所

氏名

(続柄:)

【重要事項説明書別紙】

サービス内容説明書（介護予防訪問リハビリテーション）

基本利用料

介護予防訪問リハビリテーションの利用料の額は、厚生大臣が定める基準によるものとする。

介護予防訪問リハビリテーション費	1 回 (20 分以上) 2,980 円
サービス提供体制強化加算	1 回 (20 分以上) 60 円
短期集中リハビリテーション実施加算	1 日 2,000 円 (起算日より 3 ヶ月内)

※利用を開始した日から 12 月を越える場合は 5 円減算となります。

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1 介護予防訪問リハビリテーションサービスの内容

曜日	時 間 帯	内 容

2 利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は、以下の通りです。

(1) 介護保険適用分

内 容	料 金	単位数	料金／回	負担割合	負担額／回
基 本 料 金	2,980 円		円	割	円
サービス提供体制強化加算	60 円		円		円
短期集中リハ加算 (3 ヶ月内)	2,000 円		円		円

介護保険適用分の 1 回あたりの利用者負担額は、_____ 円となります。

また月額料金が加算されますので 1 ヶ月の利用料は

_____ 円 × 利用回数 + 月額料金 _____ 円となります。

(2) 介護保険適用外の方

内 容	金 額	回／週	1 週間あたりの利用料
	円	×	円
	円	×	円
1 週間あたりの合計額			円

介護保険適用外の方の 1 週間あたりの利用料は 円になります。

(3) 交通費については、☐必要ありません。

☐実費 円となります。

(4) サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者負担となります。

3 利用料等のお支払方法

毎月、15 日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

4 この介護予防訪問リハビリテーション契約は、 _____ が
利用者のために作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に従った内容です。