

通所リハビリテーション利用契約書  
重要事項説明書

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

医療法人歓喜会 辻外科リハビリテーション病院

# 利用契約書

## (契約の目的)

第1条 辻外科リハビリテーション病院 デイケア（以下「当事業所」といいます）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあたっては、要支援状態）と認定された利用者（以下「利用者」といいます）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅で、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通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を提供し、一方、利用者又は利用者を扶養する者（以下「扶養者」といいます）は、当院に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、この契約の目的とします。

## (適用期間)

第2条 本契約は、利用者が通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用同意書を当院に提出した時から効力を有します。ただし、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、重要事項説明書の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当院の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を利用できるものとします。

## (利用者からの解除)

第3条 利用者及び扶養者は、当事業所に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、本契約に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び扶養者は、速やかに当院及び利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。ただし、利用者が正当な理由なく、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）実施期間中に利用中止を申し出た場合については、原則として、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当院にお支払いいただきます。

## (当事業所からの解除)

第4条 当事業所は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの利用解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス（介護サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び扶養者が、本契約に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず7日間以内に支払われない場合

- ④ 利用者の症状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者又は扶養者が、当事業所、当事業所の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

#### （利用料金）

第5条 利用者及び扶養者は、連帯して、当院に対し、本契約に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの対価として、重要事項説明書3. の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

- 2 当事業所は、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月12日までに利用者及び扶養者が指定する送付先に郵送又は利用者に直接手渡し、利用者及び扶養者は、連帯して当事業所に対し、当該合計額をその月の20日までに支払うものとします。

なお、支払方法は郵便局の自動払込システムを利用するものとします。

- 3 当事業所は、利用者又は扶養者から、第1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、領収証を発行し、利用者及び扶養者が指定する送付先に郵送又は利用者に直接手渡しします。

第6条 利用者は、本契約時に連帯保証人を定めるものとします。

- 2 連帯保証人は本契約に基づく利用者の当事業所に対する一切の債務について、契約時の料金等【重要事項説明書3. の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計金額及び利用者の個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計】の三ヶ月分相当額を限度とし、利用者と連帯して債務を履行する責を負うものとします。

- 3 利用者は、連帯保証人に支障が生じた場合には、当事業所の承認を得て、新たな連帯保証人を定めるものとします。

- 4 連帯保証人は、本契約締結時の住所・電話番号を変更したときは直ちにその旨を、当事業所に届けるものとします。

#### （記録）

第7条 当事業所は、利用者の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの提供に関する記録を作成し、その記録をサービス提供した日から5年間保管します。

- 2 当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

第8条 当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、管理者が判断し、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、当事業所の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載します。

(秘密の保持)

第9条 当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、利用者及び扶養者から、予め同意を得ておきます。

- ① 介護保険サービス利用のため、市町村、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供
- ② 介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

(緊急時の対応)

第10条 当事業所は、利用者に対し、医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関での診療を依頼することがあります。

- 2 前項のほか、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用の中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(要望又は苦情等の申し出)

第11条 利用者及び扶養者は、当事業所の提供する通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）に対して要望又は苦情等について、明示している苦情窓口担当者又は第三者委員（地域相談者）に申し出ることができ、又は備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第12条 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の提供に伴って、当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は利用者に対して損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

(高齢者虐待防止について)

第 13 条 当事業所は、利用者の擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従事者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従事者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、利用者の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

(利用契約に定めのない事項)

第 14 条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

# 重要事項説明書

## 1. サービス提供を実施する事業所について

### (1) 事業所の名称、所在地等

名称	医療法人歓喜会 辻外科リハビリテーション病院 デイケア
所在地	大阪市天王寺区生玉前町3番27号 カサミラビル3階
電話番号	06-6776-1263
FAX 番号	06-6776-1273
事業所番号	2711703229
開設年月日	平成28年8月1日
管理者氏名	辻 卓司
サービス提供地域	天王寺区の全域 中央区、浪速区、阿倍野区、生野区、東成区の一部
定員	午前40名 午後50名

### (2) 営業日やサービスの提供時間等

営業日	月曜日から金曜日（祝祭日は営業）
営業時間	9時から12時、13時半から17時
休業日	土曜日、日曜日、12月31日から1月3日

### (3) 提供するサービスの内容について

当事業所で提供する通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）については、要介護者（要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）計画に基づき、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い、利用者の心身の機能の維持回復を図るために提供いたします。サービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員協議によって、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容について同意いただくようになります。

### (4) 職員体制

職種	常勤	非常勤	合計	業務内容
医師	1		1	利用者への診療、健康管理等に従事する。
看護師	1		1	利用者の健康管理、医療補助、看護に従事する。
介護職員	6	2	8	機能訓練の補助や入浴介助等に従事する。
理学療法士 作業療法士	5	1	6	利用者への機能訓練、訓練記録の整備充実に従事する。

相談員	1		1	利用者の生活指導、書面並びに利用者処遇の企画及び実施に関することに従事する。
-----	---	--	---	--

(5) 非常災害対策について

- ・防災設備 法定整備、スプリンクラー、消火器、消火栓等完備されています。
- ・防災訓練 火気消防等について責任者を定めています。年2回定期的に避難、通報及び消火訓練を行います。

(6) 身体拘束について

当事業所では、原則として利用者に対して身体拘束は行いません。

(7) 高齢者虐待防止について

当事業所では、利用者の擁護・虐待防止等のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。

- ①研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- ②従業者が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、利用者の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

2. 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用）について

(1) 通所リハビリテーション利用料（要介護1・2・3・4・5）

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度及び利用時間によって利用料が異なります。以下は、1日当たりの自己負担分です。）

[1時間以上2時間未満の利用]

	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
・要介護1	約402円	約803円	約1,205円
・要介護2	約434円	約867円	約1,300円
・要介護3	約467円	約934円	約1,401円
・要介護4	約499円	約997円	約1,495円
・要介護5	約535円	約1068円	約1,603円

- ② リハビリテーションマネジメントAロ（月1回の自己負担分です。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約646円	約1,291円	約1,936円

利用開始から6月を超えると以下の自己負担となります。

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約298円	約595円	約892円

- ③ 理学療法士等体制強化（1日当たりの自己負担分です。1時間以上2時間未満のご利用の方が対象となります。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約33円	約66円	約98円

④ 短期集中個別リハビリテーションの実施（1日当たりの自己負担分です。個別リハビリを40分間実施します。退院退所日から3ヶ月の方で、希望される方が対象です。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約120円	約240円	約360円

⑤ 科学的介護推進体制（月1回の自己負担分です。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約44円	約88円	約131円

⑥ 口腔・栄養スクリーニング（口腔機能低下の重症化予防、維持回復につなげるため、6月に1度実施）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約22円	約44円	約66円

⑦ 口腔機能の向上サービス（口腔機能低下している方に、運動指導などを行います。月に2回実施）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約175円	約349円	約523円

⑧ 事業所が送迎を行わない場合（自己通所される方が対象、下記の料金は片道分です。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約-52円	約-104円	約-156円

⑨ 入浴介助Ⅱ（入浴のリハビリを実施される方が対象、1日当たりの自己負担分です。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約66円	約131円	約196円

⑩ 退院時共同指導（退院後連続的で効果のあるリハビリテーションを提供する為、当事業所のスタッフが退院時のカンファレンスに参加し情報共有を行います。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約653円	約1,306円	約1,959円

※上記のほか、介護保険に定められた別途料金が加算されることがあります

(2) 介護予防リハビリテーション利用料（要支援1・2）

① 施設利用料（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は、1月当たりの自己負担分です。）

	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
・要支援1	約2,468円	約4,936円	約7,403円
・要支援2	約4,601円	約9,201円	約13,801円

② 科学的介護推進体制（月1回の自己負担分です。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約44円	約88円	約131円

③ 口腔・栄養スクリーニング（口腔機能低下の重症化予防、維持回復につなげるため、6月に1度実施）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約22円	約44円	約66円

④ 口腔機能の向上サービス（口腔機能低下している方に、運動指導などを行います。月に1回実施）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約175円	約349円	約523円

⑤ 退院時共同指導（退院後連続的で効果のあるリハビリテーションを提供する為、当事業所のスタッフが退院時のカンファレンスに参加し情報共有を行います。）

1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
約653円	約1,306円	約1,959円

※上記のほか、介護保険に定められた別途料金が加算されることがあります

### （3）その他の自己負担額

- ・当院の送迎を利用されない場合の交通費
- ・リハビリパンツ 1枚194円
- ・紙おむつ 1枚184円
- ・パッド 1枚31円

### （4）料金の支払方法

- ・当事業所では郵便局の自動引落を利用いただいております。『自動払込利用申込書』に記入の上、最初のサービス提供日までに提出をお願い致します。
- ・現金での対応やその他銀行での自動引落は致しかねますので、郵便局の口座をお持ちでない方は、お手数ですが口座の開設をお願い致します。
- ・毎月、先月分の実績に基づいて、利用料等の請求を行います。
- ・毎月12日頃までに『口座振替のお知らせ（請求書）』を発送致します。
- ・引落日は、毎月20日となります。
- ・手続き完了までに1ヶ月程の期間を要しますので、手続きが遅れた場合、2ヶ月分まとめて、引き落とさせていただく場合もございます。

### （5）領収書の交付

利用料の支払い確認後、上記（4）『口座振替のお知らせ（請求書）』に同封させていただきます。

### 3. サービスを提供するにあたって

- (1) サービス提供に先立って、介護保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期限）を確認致します。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所管理者または相談員にお知らせください。
- (2) 職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、当事業所管理者が行いますが、実際の提供にあたっては、担当者が利用者の心身状況や意向に合わせてサービスを行います。
- (3) 利用中に他の用事で外出することはできません。

### 4. サービスの中止・中断等について

#### ①キャンセル規定

利用予定日に予定がある場合は、前日までに連絡をお願いします。

急変や体調不良等の場合にあっては、遅くとも利用当日の利用開始予定時刻の1時間前までに、中止の旨の連絡をお願いします。

なお、無断のキャンセルが度重なる場合には、利用契約の解除を申し出る場合があります。

#### ②サービス提供時間の短縮・延長について

利用者や事業者との合意により、予定していたサービス提供時間を短縮または延長した場合は、サービス提供票に計画された料金を算定します。

#### ③気象条件による営業停止について

台風による暴風警報が発令された場合、当日の利用を中止することがあります。

中止の際は前もって連絡させていただきます。

#### ④利用料金の滞納

利用料金を2ヶ月分以上滞納し、催促に対して7日間以内にお支払いがなければ、利用契約の解除を申し出る場合があります。

#### ⑤心身状態の悪化について

疾病による症状の悪化や心身の状態が著しく悪化するなど、当デイケアで提供できるサービスの範囲を超えると判断された場合は、利用契約の解除を申し出ることがあります。

#### ⑥長期間の休みについて

入院や心身状況の悪化、家庭の事情等で、長期間(1か月以上)の利用がない場合は、利用契約の解除を申し出る場合があります。

## 5. 送迎について

- ① 予定時刻にご自宅前または待ち合わせ場所に送迎車が参ります。その際、到着の約10分前にドライバーが電話連絡します。
- ② 自己にて来所される方に関しては、自己通所中の事故・トラブルには責任を負いかねますので、利用者とサービスに関わる職員、居宅介護支援事業者等が、安全に来所できることを確認した上で自己通所を行っていただきます。
- ③ ご自宅や契約時に設定した場所に送迎させていただきます。病院や商業施設などでの乗車降車は致しかねます。

## 6. 事故発生時の対応について

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族やその代理人に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害拡大防止を図るなどの必要な措置を講じます。

サービス提供に伴って当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は利用者に対して、損害を賠償するものとします。利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所及び他の利用者が損害を被った場合、利用者及びご家族は連帯して、当事業所及び利用者に対して、その損害を賠償するものとします。

## 7. 健康上の理由による中止・中断について

当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合や利用中に体調が悪くなった場合には、サービス内容の変更、中断することがございます。その際、家族に連絡の上、適切に対処いたします。

また、必要に応じては速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じる、または協力医療機関に診療を依頼することがあります。

緊急連絡先			
氏名		続柄	
住所			
電話番号			

医療機関連絡先			
医療機関名		診療科目	
医師名		電話番号	

8. サービス内容に関する要望や苦情等の相談について

提供したサービスに対して要望や苦情がある場合には、次の窓口までお申し付けください。  
また、「ご意見箱」を設置していますので、所定の用紙に記入の上投函してください。

(1) 当院の利用者相談・苦情窓口

担当者 平井 基裕

電話 06-6776-1263 FAX 06-6776-1273

受付日 平日（ただし、12月31日～1月3日を除く）

受付時間 9時～17時

(2) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び大阪府国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

	天王寺区	Tel06-6774-9859	Fax06-6772-4904
	中央区	Tel06-6267-9859	Fax06-6264-8283
	浪速区	Tel06-6647-9859	Fax06-6644-1937
	阿倍野区	Tel06-6622-9859	Fax06-6621-1412
	生野区	Tel06-6715-9859	Fax06-6717-1160
	東成区	Tel06-6977-9859	Fax06-6972-2781
	大阪府国民健康保険団体連合会	Tel06-6949-5418	

通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の提供に当たり、上記のとおり説明致しました。

説明年月日	令和 年 月 日
法人・事業者名	医療法人歓喜会 辻外科リハビリテーション病院
説明者氏名	印

# 通所リハビリテーション契約

通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用契約書、重要事項説明書及び個人情報使用に関する同意書の説明を事業者から受け、下記の署名にて同意します。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者と事業者の署名押印の上、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 (事業者名) 医療法人歓喜会  
辻外科リハビリテーション病院 デイケア  
(住 所) 大阪市天王寺区生玉前町  
(代表者名) 院長 辻 卓 司 印

ご利用者様 (住 所) \_\_\_\_\_  
(氏 名) \_\_\_\_\_印

ご家族様 (住 所) \_\_\_\_\_  
(代理人)  
(氏 名) \_\_\_\_\_印

お支払者様 (住 所) \_\_\_\_\_  
(氏 名) \_\_\_\_\_印

利用料は ご利用者様 ご家族様 お支払者様 に請求させていただきます。  
(自動払込利用申込者)

請求書は ご利用者様 ご家族様 お支払者様 に郵送させていただきます。