

医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎ

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

利用契約書及び重要事項説明書

目次

1. 利用契約書	・・・ P 3
2. 重要事項説明書	・・・ P 6
3. 利用契約及び重要事項説明及び利用同意書	・・・ P 10
4. 個人情報保護法	・・・ P 11
5. 個人情報使用同意書	・・・ P 13

医療法人 角整形外科医院
通所リハビリテーションそよ風くろぎ
(事業所番号：407810098)

利用契約書

(契約の目的)

第1条 (1) 医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎ(指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション、以下「当施設」という)は、要支援状態又は要介護状態と認定された利用者(以下単に「利用者」という)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、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もの(以下「扶養者」という)は、当施設に対し、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、本契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 (1) 本契約は、利用者が当施設の利用契約書を提出したときから効力を有します。但し、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、本契約及び重要事項の改定が行われな限り、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当施設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することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 (1) 利用者及び扶養者は、当施設に対し、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、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、利用実施期間中に中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

(当施設からの解除)

第4条 (1) 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に挙げる場合には、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を解除・終了することができます。

① 利用者が介護保険認定において自立と認定された場合

- ② 利用者および扶養者が、本契約に定める利用料金を3か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず20日間以内に支払われない場合
- ③ 利用者の病状、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
- ④ 利用者又は扶養者が、当施設、当施設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任行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑤ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合

(利用料金)

- 第5条** (1) 利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、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。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- (2) 当施設は、指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日までに発行し、利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の月末までに現金にて支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。
- (3) 当施設は、利用者又は扶養者から、(1)項に定める利用料金の支払いを受けたときは、指定する送付先に対して、領収書を発行します。

(記録)

- 第6条** (1) 当施設は、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、その記録を利用終了後5年間保管します。
- (2) 当施設は、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7条** (1) 当施設は、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、施設管理者又は責任者が判断し、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、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持)

- 第8条** (1) 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者も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、当施設は、利用者及び扶養者から、予め同意を得た上で行うこととします。

① 介護保健サービス利用のための市町村、居宅介護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 サービス担当者会議での利用状況や身体、家庭環境等の情報提供

③ 介護保健サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、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) 前項に揚げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

(緊急時の対応)

第9条 (1) 当施設は、利用者に対し、施設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、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、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出)

第10条 (1) 利用者及び扶養者は、当施設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の要望又は苦情等について、相談担当者(責任者)に申し出ることができます。あるいは備付けの用紙、管理者宛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。 (担当：宮園メイ子)

(賠償責任)

第11条 (1) 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、当施設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、当施設は、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、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第12条 (1) 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施設が誠意をもって協議して定めることとします。

附則

① こ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契約書は、平成27年4月1日より施行するものとする。

② 介護保険改正に伴い、記録保管期間変更がなされていたため、第6条(1)記録保管期間を2年から5年へと令和5年9月1日付にて変更する。

重要事項説明書

令和6年6月1日現在

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名 医療法人 角整形外科医院
通所リハビリテーションそよ風くろぎ
開設年月日 平成13年8月1日
所在地 福岡県八女市黒木町今10-1
電話番号 0943-33-2132 (FAX0943-33-2133)
管理者名 角 典洋

(2) 利用目的

①通所リハビリテーションの目的

要介護者の居宅介護サービス計画に基づき、理学療法、作業療法、その他必要なりハビリテーションや入浴等のサービスを提供し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

②介護予防通所リハビリテーションの目的

要支援者の介護予防サービス計画に基づき、リハビリテーションを実施し、利用者身体機能の維持回復を図り、在宅生活を維持できるように支援することを目的とします。

(3) 運営方針

- ①個人の意志を尊重し、質の高い生活の場を提供するように努めます。
- ②実り豊かな人生のひとときを快適に過ごしていただきます。
- ③在宅生活を目指したりハビリテーション医療と看護・介護サービスを行います。
- ④地域福祉の充実と在宅高齢者及びご家庭への生活支援を行います。

(4) 施設の職員体制

※職員体制は入職や離職により変動があります。

	人数	業務内容
医師	1名	利用者の健康管理（医院との兼務）
看護職員	2名以上	利用者の看護
理学療法士又は作業療法士	2名以上	利用者のリハビリ
介護職員	5名以上	利用者の介護

(5) 通所定員 一日48名

(6) 実施地域 八女市黒木町今、八女市黒木町桑原、八女市黒木町黒木
八女市黒木町本分、八女市黒木町田本、八女市黒木町湯辺田

2. サービス内容

(通所リハビリテーション)

- ①送迎：ご自宅の玄関まで送迎致します。(車いす可)
- ③健康チェック：医師・看護師による医学的管理を行います。
- ④リハビリ：理学療法士又は作業療法士・看護職員・介護職員による機能回復・維持訓練を行います。
- ④体操・レクリエーション：機能回復訓練、維持を目的とした体操やゲームなどで楽しく過ごしていただきます。
- ⑤食事：個人に適した食事を提供させていただきます。(治療食の提供も致します)
- ⑥入浴：一般浴槽のほか入浴に介助を要する場合には特別浴槽にて対応致します。

(介護予防通所リハビリテーション)

- ①送迎：ご自宅玄関まで送迎致します。
- ②健康チェック：医師・看護師による医学的管理を行います。
- ③リハビリ：理学療法士又は作業療法士・看護職員による運動器機能向上訓練を実施します。

3. 利用料金

(1) 利用料金内容について

- ① 別表1-1、2、3：医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎ料金表(通所リハビリテーション費) 参照
- ② 別表2-1、2、3：医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎ料金表(介護予防通所リハビリテーション費) 参照
- ③ 別表3：実費一覧表(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共通) 参照

(2) 支払い方法

毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の月末までに現金にてお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

また、支払い法などは別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

4. サービス提供日及び提供時間、休日

(1) サービス提供日：月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日

(2) サービス提供時間

<通所リハビリテーション>

月・火・水・木・金・土曜日：9時30分～15時45分

<介護予防通所リハビリテーション>

月・火・水・木・金・土曜日：10時00分～15時45分

(3) 休日：日曜日、祝日、お盆(8月13日～15日)、年末年始(12月30日～1月3日)、研修旅行(不定期)

5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関名称	住所
原医院	八女市黒木町黒木 73
角整形外科医院	八女市黒木町今 8-10

※緊急の場合には、「申込書」にご記入いただいた連絡先に連絡いたします。

6. 利用にあたっての留意事項

1. 外出…原則として禁止です。(必要な状況により対応致します。その場合はご相談下さい)
2. 飲酒…原則として禁止です。
3. 喫煙…喫煙スペースにてお願いします。
4. 火気の取り扱い…当施設職員の指示に従ってください。
5. 設備・備品の利用…当施設職員に申し出てください。
6. 所持品・備品等の持ち込み…当施設職員に申し出てください。
7. 金銭・貴重品の管理…個人にて管理して下さい(基本的に持ち込み禁止)。
8. 施設外での受診…利用時間内は緊急やむを得ない状況以外の受診は出来ません。

受診が必要な方は、必ず当施設職員へ連絡して下さい。

9. 宗教活動…施設内禁止
10. ペットの持ち込み…持ち込み禁止
11. 利用者間での金銭の貸し借り及び物のやり取り

…禁止。問題が生じた場合は当施設では責任を負いません。

7. 非常災害対策

- ・防災設備：消火器、火災報知器、非常口及び案内誘導板
- ・防災訓練：年2回

8. 虐待防止対策

・高齢者虐待防止について、責任者を設置し虐待防止のための指針を作成し、定期的に委員会の開催や研修を実施します。

9. 禁止事項

- ・当施設では、多くの方に安心して施設を利用していただくために、利用者の「営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動」は禁止します。

10. 要望及び苦情等の相談

・要望、苦情等のご相談は相談担当者、又は当施設スタッフにお気軽にご相談下さい。

また、直接ご相談できない方のために、窓口に意見箱を設置しておりますので御利用下さい。

(担当：宮園メイ子)

<苦情・相談窓口>

- 1) 医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎ
住所：八女市黒木町今 10-1 ☎0943-33-2132 FAX 0943-33-2133
- 2) 八女市黒木地域包括支援センター
住所：八女市黒木町今 1314-1 ☎0943-42-1119 FAX 0943-42-0172
- 3) 福岡県国民健康保険団体連合会 事業部介護保険課(介護サービス相談窓口)
住所：福岡市博多区吉塚本町 13-47 ☎092-642-7859 FAX 092-642-7856
- 4) 八女市役所 介護長寿課
住所：八女市本町 647 ☎0943-23-2545 FAX 0943-30-1505

10. その他

・ご不明な点などございましたら、受付窓口又は当施設職員へお気軽にご相談ください。

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利用者又は扶養者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

名 称：医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎ
(事業所番号：4078100098)

所在地：福岡県八女市黒木町今 10-1

説明者： 印

「医療法人角整形外科医院 通所リハビリテーションそよ風くろぎ」を利用するにあたり、当施設利用契約及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

医療法人角整形外科医院
通所リハビリテーションそよ風くろぎ
管理者 角 典洋 殿

<利用者>

氏名 _____ 印

住所 _____

電話 _____

<身元引受人>

氏名 _____ 印

住所 _____

個人情報保護法について

医療法人角整形外科医院（以下「当院」という）では、医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎをご利用の皆様、安心して医療及び介護を受けていただくために、安全な医療及び介護をご提供するとともに、利用者様の個人情報の取り扱いにも万全の体制で取り組んでいます。

（個人情報の利用目的について）

当院では、医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎ利用者様の個人情報を別記の目的で利用させていただくことがございます。これらの目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて利用者様から同意を頂くことにしております。

（個人情報の開示・訂正・利用停止について）

医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎでは、利用者様の個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましても「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。

手続きは詳細のほか、ご不明な点につきましては、窓口または担当者までお気軽にお尋ね下さい。

（担当：松石雅達）

平成 17 年 4 月 1 日
角整形外科医院 院長

<別記> 医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎにおける利用者様個人情報の利用目的について

1. 施設内での利用

- ① 利用者様に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 会計・経理
- ④ 医療事故や施設利用中（送迎時も含む）等の報告
- ⑤ 当該利用者様への介護サービスの向上
- ⑥ 院内医療及び介護実習への協力

⑦ 介護の質の向上を目的とした院内症例研究

⑧ その他、利用者様の係わる管理運営業務

2. 施設外への情報提供としての利用

① 他の病院、診療所、助産院、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者などとの連携

② 他の医療機関や介護関係事業所からの照会への回答

③ 利用者様の診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合

④ 食事等の業務委託

⑤ ご家族等への病状や介護状況などの説明

⑥ 保険事務の委託

⑦ 介護審査支払機関へのレセプト提出

⑧ 介護審査支払機関または保険者からの照会への回答

⑨ 事業所等から委託を受けた健康診断に係わる、事業者等へのその結果通知

⑩ 医師賠償責任保険等に係わる、医療や介護に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等

⑪ その他、利用者様への医療及び介護保険事務に関する利用

3. その他の利用

① 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

② 外部審査機関への情報提供

* 上記のうち、他の医療機関や介護保険関連の介護支援専門員や他の介護支援事業部等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当窓口までお申し出下さい。

* お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。

* これらのお申し出は、後からいつでも撤回・変更等することが出来ます。

個人情報使用同意書

医療法人角整形外科医院通所リハビリテーションそよ風くろぎが、介護サービスの業務上知り得た私並びに私の家族の個人情報を、介護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担当者会議の開催やリハビリテーション会議又は関係機関との連携を図るため、また前項の別記1、2、3に該当し正当な理由がある場合、その情報を用いること及び必要な情報を収集することに同意します。

令和 年 月 日

医療法人角整形外科医院
通所リハビリテーションそよ風くろぎ
理事長 角 典洋 殿

利用者 氏名 _____ 印

住所 _____

電話 _____ () _____

利用者の家族 氏名 _____ 印

住所 _____

電話 _____ () _____

署名代行者 氏名 _____ 印

住所 _____

電話 _____ () _____



医療法人 角整形外科医院

通所リハビリテーションそよ風くろぎ

〒834-1221

福岡県八女市黒木町今 10-1

TEL 0943-33-2132

FAX 0943-33-2133