

# 柳原リハビリテーション病院

## 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

様（以下、「利用者」という）と医療法人財団健和会・柳原リハビリテーション病院（以下、「当施設」という）は、通所リハビリテーション（以下、「通所リハ」）サービス・介護予防通所リハビリテーション（以下、「介護予防通所リハ」）サービスを受けることについて次のとおり契約いたします。

### 第1条 （契約の目的）

当施設は、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハ・介護予防通所リハサービスを提供し、利用者は、その料金を支払います。

### 第2条 （契約期間）

利用者は、契約の終了事由がない限り、通所リハ・介護予防通所リハサービスを利用できます。

### 第3条 （通所リハ・介護予防通所リハサービス介護計画）

当施設は、次の事項を行います。

- ① 利用者への適切な通所リハ・介護予防通所リハ介護計画は、利用者の意向を踏まえて作成致します。
- ② 必要に応じて通所リハ・介護予防通所リハ介護計画を変更致します。
- ③ 通所リハ・介護予防通所リハ介護計画の作成及び変更については、その内容を説明し、交付します。

### 第4条 （通所リハ・介護予防通所リハサービスの内容）

- 1 当施設は、通所リハ・介護予防通所リハ、その他介護保険法令の定める必要な援助を提供致します。利用したその日から、利用者の希望、状態に応じて適切なサービスを提供致します。
- 2 利用者が、利用できるサービスは、【重要事項説明書】のとおりです。当施設は、その内容を、利用者及びその家族へ説明致します。

### 第5条 （利用料金）

- 1 利用者或いは代理人は、当施設に対し、本契約に基づく通所リハ・介護予防通所リハサービスの対価として【契約書別紙】に定める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います。但し、他制度の利用等に伴い料金を変更することがあります。
- 2 当施設は、利用者及び代理人が指定する交付先に対し、前月料金の合計額の請求及び明細書を、毎月 10 日以降にお渡しし、利用者及び代理人は、当施設に対し、当該合計額をその月末までに支払うものとします。尚、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、利用者又は代理人から、1 項に定める利用料金の支払いを受けた時は、利用者及び代理人が指定する送付先に領収証を送付します。

## 第6条 (利用料金の変更)

- 1 当施設は、利用者に介護給付費体制の変更又はサービス体系に変更があった場合サービス利用料金の変更をすることができます。
- 2 利用料金の変更の承諾をする場合、新たな料金に基づく【契約書別紙】を作成し、お互い取り交わすこととします。
- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合には、この契約を解約することができます。

## 第7条 (契約の終了)

- 1 利用者はいつでも申し出ることにより、この契約を解約することができます。
- 2 当施設は、次の事由に当てはまる場合、利用者に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。
  - ① 利用者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく1ヶ月以上遅延し、料金を支払う様勧告したにもかかわらず20日以内に支払われない場合。
  - ② 利用者が、当施設やサービス従事者または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行い、その状況の改善が認められない場合。
- 3 利用者が要介護認定の更新で、非該当（自立）と認定された場合、所定の時間の経過をもってこの契約は終了します。
- 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 利用者が他の介護保険施設に入所された場合
  - ② 利用者が死亡した場合
  - ③ やむをえない事情により当施設を閉鎖する場合
  - ④ 利用者様が入院もしくは病気等により、2ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。

## 第8条 (安全配慮の義務)

- 1 当施設はサービスを提供するにあたり、利用者の生命・身体の安全に配慮致します。
- 2 当施設はサービスを提供するにあたり、原則として利用者に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、当施設の管理者が判断し、身体拘束その他利用者の制限する行為を行うことがあります。この場合は、利用者及び家族の同意を得ることとし、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。

## 第9条 (個人情報の保護及び秘密保持)

- 1 当施設及び当施設職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者へ漏らしません。又、施設運営上委託している業者に対しても守秘義務の徹底は同様です。
- 2 当施設は、介護保険法の精神に従い、サービス担当者会議等において必要な情報の交換と提供を行います。又、利用者の安全を守るために利用する医療機関に対しても個人情報の提供を行います。いずれの場合も必要最小限の個人情報と致します。職員の質向上のための学習会や研究発表等で発表する場合も、個人が特定できないものであることとします。
- 3 利用者個人及び代理人には、求めに応じて個人情報に関する記録等の開示に応じます。代理人以外の近親者及び第三者には、法的措置を必要とするものとします。

- 4 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとなります。

## 第 10 条 （損害賠償の責任）

当施設はサービスの提供に伴って、当施設の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体に障害を及ぼした場合は、その障害を賠償します。但し、利用者に故意または重大な過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況から相当と認められた時に限り、過失割合に応じて損害賠償を減じることができるものとします。

## 第 11 条 （緊急時の対応）

サービス利用中に利用者の病状に急変が生じた場合、医師、看護師等が当院で行える範囲の緊急処置を行い、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医、介護支援専門員に連絡をとる等必要な措置を講じます。

## 第 12 条 （事故発生時の対応）

- 1 サービス利用中に事故が発生した場合、当院医師、看護師等が当院で行える範囲の緊急処置を行い、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医、介護支援専門員に連絡をとる等必要な措置を講じます。
- 2 サービス利用中に賠償すべき事故が発生した場合は、第 10 条に沿ってその損害を賠償します。

## 第 13 条 （虐待の防止）

当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために、担当者を置き、指針を整備するとともに、虐待防止委員会の定期的開催と当施設職員への周知徹底を図ります。

## 第 14 条 （ハラスメントの防止）

セクハラ・パワハラ等の防止を図り、利用者・当施設職員を守るため、ハラスメント相談員を置き、指針を整備するとともに、当施設職員への周知徹底を行います。

## 第 15 条 （本契約に定めない事項）

- 1 利用者及び当施設は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めない事項については、介護保険法令その他緒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うえ定めます。

## 第 16 条 （利用同意書）

この契約及び重要事項について担当者による十分な説明を受け同意し、通所リハ・介護予防通所リハサービスを利用することになりましたら、上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、当施設が署名捺印のうえ、1 通ずつ保有するものとします。

\* 緊急連絡先 3 (主治医等)

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

6. 災害対策

- ① 災害時の対応 消防防災計画を作成し、職員へ通達しています。
- ② 防災設備 スプリンクラー、消火器、消化栓、排煙窓、防火シャッターを設置しています。  
災害時速やかに 119 番通報します。
- ③ 防災訓練 年 2 回実施しています。
- ④ 防火管理者 事務長

7. サービス内容に関する相談・苦情

利用者様からの相談、苦情などに対応する窓口を設置し、迅速に対応します。

- ・ 当施設ご利用者様相談・苦情担当 事務長 電話 03-5813-2121
- ・ 権利擁護センターあだち（足立区） 電話 03-5813-3551
- ・ 東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 電話 03-6238-0177
- ・ また、院内にご意見箱（投書箱）を設置しておりますのでそちらもご利用ください。

年 月 日 <説明者> \_\_\_\_\_

<利用者氏名> \_\_\_\_\_

<代理人氏名> \_\_\_\_\_

# 柳原リハビリテーション病院

## 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

### 重要事項説明書

《2026年04月01日現在》

#### 1. 施設の概要

名称	柳原リハビリテーション病院
開設年月日	2005年4月1日
所在地	東京都足立区柳原 1-27-5
電話番号	03-5813-2121
開設者	医療法人財団健和会 理事長 露木 静夫
介護保険指定番号	(1372104859号)
定員	24名

#### 〈柳原リハビリテーション病院の目的と運営方針〉

当施設の通所リハビリテーション（以下、「通所リハ」）サービス・介護予防通所リハビリテーション（以下、「介護予防通所リハ」）サービスは、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者様に、介護保険法令の精神に従い、通所リハ・介護予防通所リハサービス計画を立て実施し、利用者様の心身の機能の維持回復をはかることを目的としています。利用者様が一日でも長く居宅での生活が維持できるように在宅ケアの支援に努めます。

#### 〈営業時間とサービス提供時間〉

営業時間	サービス提供時間
午前09時20分～午後04時55分	午前09時20分～午前10時30分 午前10時50分～午後12時00分 午後01時40分～午後02時50分 午後03時45分～午後04時55分

\* 定休日は土曜日・日曜日及び祝祭日です。

\* 年末年始（12月30日～1月3日）はお休みとなります。

## 2. サービスの内容

項 目	サービス内容
通所リハ・介護予防通所リハ計画の立案	居宅介護計画に基づいてサービスの提供を致します。
医学的管理・看護	当施設では、医師・看護職員が常勤しておりますので、ご利用者様の健康状態に照らして、体調管理を行います。
機能訓練	原則として機能訓練室にて行われますが、施設内での全ての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を目指したものです。

## 3. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

別紙、柳原リハビリテーション病院、施設ご利用の手続きに沿ってお申し込みください。通所リハ・介護予防通所リハサービス介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

### (2) サービスの終了

- ① 利用者様は、いつでも申し出ることにより、契約を解除することができます。
- ② 当施設の人員不足等でサービスを終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書通知致します。
- ③ 自動終了  
 以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。
  - ・利用者様が介護保険施設に入所した場合。 入所日の翌日
  - ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。 非該当となった日
  - ・利用者様がお亡くなりになった場合。 死亡日の翌日
  - ・利用者様が入院もしくは病気等により、2ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ④ その他
  - ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、個人情報保護の概念に反した場合、利用者様ご家族などに社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、即座にサービスを終了することができます。
  - ・利用者様がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず20日以内に支払わない場合。利用者様が正当な理由なくサービスの中止を繰り返した場合。または、利用者様やご家族等が当施設や当施設職員に対して本契約を継続し難い程の背信行為（ハラスメント等）を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合があります。

## 4. 個人情報保護・秘密保持

### 利用者様の個人情報の利用目的及び取り扱い

個人情報の保護に関する法律に基づき以下の事項を公表し、説明します。

#### ① 当施設が保有する個人情報

- 当施設は、サービスを提供する上で知りえた利用者様及びその家族の氏名、住所、電話番号等の基本的情報に加え、主訴、家族暦、既往歴、療養期間その他医療、看護、介護にあたって必要な情報を入手し、これらを診療録などに記録し、取り扱います。

#### ② 当施設が保有する個人情報の利用目的・守秘義務

- 当施設は、利用者様の個人情報を、サービスの提供、介護保険事務（介護報酬請求、利用者様負担金の計算、その他費用の計算）、施設管理運営（入退所等の施設管理、会計、経理、介護事故等の報告、当該利用者様の介護サービスの向上）の目的で利用します。また、他介護保険制度上の指定事業所、医療機関、薬局との連携、厚生労働省の統計調査協力、職員の資質向上の為の学習会及び研究発表会（いずれも個人が特定できないものとする）、学生介護実習、ヘルパー養成講座など、他の事業所への情報提供の目的で利用いたします。
- 当施設及び当施設の使用する者は、サービスの提供をする上で知り得た利用者様及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者へ漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。また、施設運営上委託している業者に対しても守秘義務の徹底は同様です。

#### ③ 利用者様の個人情報の共同利用

- 当施設は、利用者様の安全を守るため、4項①の個人情報を医療機関に対しても提供します。共同利用にあたっては、個人データ管理責任者 事務長 が責任を負います。

#### ④ 上記の利用目的に同意しがたい場合や開示・訂正・利用停止に関する問い合わせや苦情・ご意見は、受付窓口までお願い致します。

尚、診療録の謄写費用は、1枚20円、医師立会いの閲覧費用は、3,000円となります。

## 5. 緊急時の対処方法

利用者様に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡致します。

### \*緊急連絡先 1

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

### \*緊急連絡先 2 (主治医等)

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

通所

## 柳原リハビリテーション病院 契約書別紙

(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)

## ○担当者（施設の管理者）

氏名 露木 静夫（院長） 連絡先 03-5813-2121

## ○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内容

※送迎状況によりご利用時間は若干異なります。

\*ご利用場所 東京都足立区柳原 1-27-5 柳原リハビリテーション病院

\*ご利用可能設備 機能訓練室 送迎車 1台

\*サービス内容 通所リハ・介護予防通所リハサービス介護計画に沿って、送迎、機能訓練、その他必要な介護等を行います。

## ○単位（料金）

	項目	適用	(利用料) 単位
通所リハビリテーション	通所リハ利用料	要介護 1	(410 円) 369 単位/回
		要介護 2	(442 円) 398 単位/回
		要介護 3	(477 円) 429 単位/回
		要介護 4	(509 円) 458 単位/回
		要介護 5	(545 円) 491 単位/回
	短期集中個別リハ加算	退院退所・認定後 3 月以内/1 回につき	(123 円) 110 単位/回
	理学療法士等体制強化加算	1 日につき	(34 円) 30 単位/日
	送迎減算	片道につき	(53 円) 47 単位 減算
通所リハビリテーション 介護予防	介護予防通所リハ利用料	要支援 1	(2518 円) 2268 単位/月
		※要件を満たさない 12 か月以上利用の場合	120 単位/月 減算
		要支援 2	(4694 円) 4228 単位/月
		※要件を満たさない 12 か月以上の利用の場合	240 単位/月 減算
	生活行為向上リハ実施加算	利用開始から 6 ヶ月以内	(624 円) 562 単位/月
共通	科学的介護推進体制加算	1 月につき	(45 円) 40 単位
	退院時共同指導加算	1 回のみ	(666 円) 600 単位
	介護職員等処遇改善加算 II	所定単位数の 8.3%加算	

2026.04.01 作成

- \*利用料は、ひと月の総単位での計算になるため実際の請求額とずれることがあります。
- \*利用者様のご希望により、レクリエーション等で文書のコピー・印刷物を提供する場合、用紙 1 枚当たり 10 円を別料金でいただきます。
- \*診療情報の開示にあたり、診療録の謄写費用は 1 枚 20 円、医師立会いの閲覧費用は 3,000 円となります。
- \*オムツが必要な場合は、ご持参頂きますが、当院で提供した場合は、実費を頂きます
- \*通所リハビリテーション利用に当たり、減免制度を利用できる場合があります。ご確認ください。

## ○健康上の理由による中止

- \*風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- \*当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合にはサービス内容を変更、または、中止することがあります。
- \*ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。また、必要に応じて速やかに主治医の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な処置を講じます。

## ○支払方法

- \*毎月 10 日以降に前月分の請求書をお渡ししますので、その月末までにお支払いください。支払いは、郵便局・銀行口座からの引き落とし、または窓口での現金やクレジットカードによるお支払いをご利用ください。
- \*介護保険適用の場合でも、保険料滞納等により、保険給付が直接当施設に支払われない場合があります。その場合は、一旦 1 日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日居住区の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

<施設名> 柳原リハビリテーション病院 介護保険指定番号 東京都 1372104859 号

<住所> 東京都足立区柳原 1-27-5

<代表者名> 院長 露木 静夫 印

上記の説明を受け、同意しました。

年 月 日 <利用者氏名> \_\_\_\_\_ 印

<代理人氏名> \_\_\_\_\_ 印

2026.04.01 作成

契約締結日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

《利用者氏名》 郵便番号 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

《利用者家族》 郵便番号 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

《施 設》 郵便番号 120-0022  
住 所 東京都足立区柳原 1 丁目 27 番地 5 号  
施設名 柳原リハビリテーション病院  
代表者名 院 長 露木 静夫 印

※請求書送付先（郵送を希望される場合のみ記入してください）

---

郵便番号 〒

住 所

氏 名

---