

**岩砂病院・岩砂マタニティ
訪問リハビリテーションおよび介護予防訪問リハビリテーション
利用契約書**

____様(以下、「利用者」という。)と医療法人社団友愛会
岩砂病院・岩砂マタニティ 訪問リハビリテーション(以下、「事業者」という。)は、事業
者が利用者に対して行う訪問リハビリテーションおよび介護予防訪問リハビリテーショ
ン(以下単に「訪問リハビリテーション」という。)について、次のとおり契約します。

(契約の目的)

第1条 岩砂病院・岩砂マタニティ 訪問リハビリテーションは、要介護状態および要支
援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が
可能な限り居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができ
るように、訪問リハビリテーションを提供し、一方、利用者または家族は、当事業
所に対し、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 本契約は、利用者が岩砂病院・岩砂マタニティ 訪問リハビリテーションおよび
介護予防訪問リハビリテーション利用契約書を提出したのち、
令和 年 月 日 以降から効力を有します。

- 2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、「別紙1 重要事項説明書」、「別紙
2 利用料金一覧表」、および「別紙3 個人情報の利用目的」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、当事業所の訪問リハビリテーショ
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 利用者または家族は、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計画および介護予防サービス計画にかかわらず、
本契約に基づく訪問リハビリテーションの利用を解除・終了することができます。
なお、この場合利用者または家族は、速やかに当事業所および利用者の居宅
サービス計画作成者および介護予防サービス計画作成者に連絡するものとし
ます。

(当事業所からの解除)

第4条 当事業所は、利用者または家族に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づ
く訪問リハビリテーションの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護・要支援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計画および介護予防サービス計画で定められた利用
時間数を超える場合
- ③ 利用者の病状・心身状態等が著しく悪化し、適切な訪問リハビリテーションの
提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者または家族が、本契約に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その
支払を督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合

- ⑤ 利用者または家族が、当事業所、当事業所の職員また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または反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、その他やむを得ない理由により、サービスの提供を行うことができない場合

(利用料金等)

第5条 利用者または家族は、当事業所に対し、本契約に基づく訪問リハビリテーションの対価として、別紙2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およ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、利用者または家族に対し、前月料金の合計額の請求書および明細書を、毎月15日までに発行し、所定の方法により交付します。利用者または家族は、当事業所に対し、当該合計額をその月の27日までに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うえ双方合意した方法によりますが、特に指定がない場合は原則として、金融機関口座自動引落としとします。
- 3 当事業所は、利用者または家族から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者または家族に対して、領収書を所定の方法により交付します。
- 4 前項までに定める利用料金の支払いを連帯保証人が負うべき場合上限額は2万円とします。

(連帯保証人)

第6条 利用者は、連帯保証人を定めるものとします。

- 2 前項の連帯保証人は、本契約に基づく事業者に対する債務について、利用者及び家族と連帯して履行の責任を負うとともに、事業者が定めるところに従い、協議します。

(利用料金の滞納)

第7条 利用者が、正当な理由なく事業者を支払うべき利用料の自己負担を2ヶ月以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し、1ヶ月の期間を定めて、期間内にその支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をすることができます。

- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、第6条第2項と同様の措置をとり、介護支援専門員と連携をとり、調整を行います。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって、この契約を解除することができます。

(記録)

第8条 当事業所は、利用者の訪問リハビリテーションの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。

- 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。ただし、家族およびその他の者(利用者の代理人を含みません。)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。

(秘密の保持および個人情報の保護)

第9条 当事業所は、個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者または家族に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - ② 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター(介護予防支援事業所)等との連携
 - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第10条 当事業所は、サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、その他必要に応じて速やかに利用者または家族に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第11条 サービス提供等により事故が発生した場合、当事業所は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- 2 前項のほか、当事業所は利用者または家族が指定する者および保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望または苦情等の申出)

第12条 当事業所の提供する訪問リハビリテーションの要望または苦情等は、別紙『岩砂病院・岩砂マタニティ 訪問リハビリテーション 重要事項説明書』の6(要望および苦情等の相談)に記載の機関に申し出ることができます。

- 2 当事業所は、利用者に提供したサービスについて、利用者または家族から苦情の申出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 3 当事業所は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(賠償責任)

第13条 当事業所は、利用者に対するサービス提供にあたって、事故が発生し、利用者または家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害賠償します。ただし、事業所に故意過失がなかった場合は、この限りではありません。

- 2 前項の場合、利用者または家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

(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、利用者または家族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。

2 詳細・利用料金は、「別紙1 重要事項説明書」、「別紙2 利用料金一覧表」、および「別紙3 個人情報の利用目的」にて定めるものとします。

本契約書、別紙1、別紙2、および別紙3の説明者

令和 年 月 日

職 名 _____

氏 名 _____ 印

重要事項説明書 (令和3年8月1日現在)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- ◇事業所名……………岩砂病院・岩砂マタニティ 訪問リハビリテーション
- ◇開設年月日……………平成30年5月1日
- ◇所在地……………岐阜市八代1丁目7番地1
- ◇電話番号……………(058)294-0750 直通
- ◇ファックス番号……………(058)231-2535
- ◇介護保険指定番号……………2110111602

(2) 岩砂病院・岩砂マタニティ 訪問リハビリテーションの目的と運営方針

・訪問リハビリテーションおよび介護予防訪問リハビリテーション運営規程

① 第1条:事業の目的

要介護状態または要支援状態等の高齢者(以下『要介護者等』という。)に対し生活の質の確保を重視し、日常生活動作能力を維持、回復させるとともに、住み慣れた地域社会や家庭で療養できるようにしていくことを目的とする。

② 第2条:運営の方針

当事業は、地域との結びつきを重視し、居宅介護支援事業所、関係市町村、他の保険、医療または福祉サービスとの綿密な連携に努め事業の運営を行うこととする。

(3) 職員体制

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 3名以上を配置

(4) 営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8:30～17:00
(営業しない日)	日曜日、国民の休日、振替休日、8/15、12/30～1/3

(5) サービス提供地域

サービス提供地域	岐阜市、山県市
----------	---------

2. サービス内容

訪問リハビリテーション計画および介護予防訪問リハビリテーション計画の立案

- ・ 居宅サービス計画の内容に沿って利用者の心身の状況、その置かれている環境および希望を踏まえて、リハビリテーション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、計画を作成します。
- ・ 医師の指示に基づき、自宅に訪問し、利用者に適した訓練プログラムや、家族等への必要な助言・指導等を理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が実施します。

- 担当の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、
.....ですが、担当職員の病気、異動、
退職等の正当な理由がある他、当方の都合により担当者を変更する場合があります。

3. 利用料金

「別紙2 利用料金一覧表」に記載

※キャンセル料

サービス利用のキャンセルは、当日朝、9:00までに、文章あるいは口頭にて申し出ることとし、連絡のない場合はキャンセル料として500円いただく場合があります。無断のご利用中止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。

※交通費実費

利用者の居宅が当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、訪問サービスに要した交通費について、事業実施地域を超える地点から 1 キロメートルにつき 40 円お支払いいただきます。

4. 支払い方法

お支払い方法は原則として、金融機関口座自動引落としと致します。

毎月15日までに、前月分の請求書を発行します、その月の27日頃に利用者および家族が指定した金融機関口座より自動引き落とし致します。

契約時に金融機関指定用紙の預金口座振替依頼書(金融機関口座自動引落とし申込書)に記入していただきます。

5. 虐待の防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置(委員会の開催、指針整備等)

2 事業所はサービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを市町村に通報します。

6. サービス利用に当たっての留意事項

1 ご利用にあたり、利用者本人の介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、医療保険証(後期高齢者医療被保険者証・健康保険被保険者証・国民健康保険被保険者証)、後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証、福祉医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、身体障害者手帳等を確認させていただきます。

2 利用者またはその家族等が、事業者や職員に対して次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- (1) パワーハラスメント(身体的・精神的暴力)、セクシュアルハラスメント(性的ないやがらせ)などの行為

① パワーハラスメントの例

- ・物を投げつける、たたく、ひっかく、つねる
- ・威圧的な態度で文句を言い続ける、理不尽な要求をする
- ・怒鳴るなど

② セクシュアルハラスメントの例

- ・必要もなく職員の体を触る
- ・卑猥な言動を繰り返す
- ・わいせつな写真等を見せる など

③その他

- ・職員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為 など

(2) サービス利用中に、同意なく職員の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

7. 要望および苦情等の相談

1 利用者または家族は、提供されたサービスに不満がある場合、いつでも下記の苦情申立機関担当窓口へ、苦情を申し立てる事ができます。

担当窓口	電話番号	FAX 番号
医療法人社団友愛会 法人管理部	(058)231-2631	(058)294-1480
	受付日時 平日(月～土)8:30～17:00 (日祝日、8月15日、12月30日～1月3日除く)	
岐阜市役所 介護保険課	(058)265-4141	(058)267-6015
	受付時間 平日(月～金)8:45～17:30 (土日祝日、12月29日～1月3日除く)	
山県市役所 健康介護課	(0581)22-6838	(0581)22-6841
	受付時間 平日(月～金)8:30～17:15 (土日祝日、12月29日～1月3日除く)	
岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課苦情相談係	(058)275-9826	
	受付時間 平日(月～金)9:00～17:00 (土日祝日、12月29日～1月3日除く)	

2 当事業所は、利用者に提供したサービスについて、利用者または家族から苦情の申出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。

3 当事業所は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

利用料金一覧表

訪問リハビリテーション

<input type="checkbox"/> 基本報酬	308単位/回
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6単位/回
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	3単位/回
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(イ)	180単位/月
<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	213単位/月
<input type="checkbox"/> 医師が利用者又はその家族に説明した場合	270単位/月
<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算	200単位/日
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/日
<input type="checkbox"/> 移行支援加算	17単位/日
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	600単位/回

介護予防訪問リハビリテーション

<input type="checkbox"/> 基本報酬	298単位/回
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6単位/回
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	3単位/回
<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算	200単位/日

*利用者の負担割合については、「介護保険負担割合証」に基づいたものとします。

*岐阜市にお住まいの方:地域区分「6級地」、1単位×10.33円

*山県市にお住まいの方:地域区分「その他」、1単位×10.00円

友愛会における介護サービスの提供に必要な 個人情報の利用目的

■ 施設・事業所内での利用

1. 利用者さんに提供する介護サービス
2. 介護保険事務
3. 入退所等の管理
4. 会計・経理
5. 介護事故・緊急時等の報告
6. 利用者さんへの介護・医療サービスの向上

■ 他の介護事業所等への情報提供を伴う利用

1. 他の病院、診療所、薬局及びその他の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、行政等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
2. その他の業務委託
3. ご家族等への心身の状況説明
4. 保険事務の委託
5. 審査支払機関へのレセプトの提出
6. 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
7. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

■ その他の利用

1. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 外部監査機関・評価機関等への情報提供
3. 施設内において行われる学生等の実習への協力
4. 学会・学術誌等への発表・報告

なお、特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名・生年月日・住所等を消去し匿名化いたします。匿名化が困難な場合については、本人の同意を得ます。

<補足事項>

- 上記のうち、個人情報の利用について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当者までお申し出ください。
- 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、変更等をすることができます。

**岩砂病院・岩砂マタニティ
訪問リハビリテーションおよび介護予防訪問リハビリテーション
利用契約同意書**

岩砂病院・岩砂マタニティ 訪問リハビリテーションを利用するにあたり、「岩砂病院・岩砂マタニティ 訪問リハビリテーションおよび介護予防訪問リハビリテーション 利用契約書」、「別紙1 重要事項説明書」、「別紙2 利用料金一覧表」、および「別紙3 個人情報の利用目的」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
＜利用者＞

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(代筆者) _____ (続柄)

＜連帯保証人＞

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

別紙3 個人情報の利用目的を確認し、同意します。

＜家 族＞

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

＜当事業所＞

住 所 岐阜市八代1丁目7番地1

法 人 名 医療法人社団 友愛会

事業所名 岩砂病院・岩砂マタニティ
訪問リハビリテーション

代 表 者 理事長 岩砂智丈 (印)

【本契約第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】〈本人・連帯保証人・家族〉

住 所	〒 _____
氏 名	_____