

北川病院訪問リハビリテーション

- ・ 訪問リハビリテーションサービス契約書
- ・ 訪問リハビリテーション利用契約における
個人情報使用同意書
- ・ サービス内容説明書
- ・ 重要事項説明書

訪問リハビリテーション事業所所在地
和気郡和気町和気 277
北川病院 リハビリテーション科
T E L 0869 - 93 - 1141

訪問リハビリテーションサービス契約書

第1条（契約の目的）

事業者は、介護保険に関する法令の趣旨に従い、利用者が居宅において、その有する能力に応じてできるかぎり自立した日常生活を営むことができるよう、訪問リハビリテーションサービスを提供します。

第2条（契約期間）

- 1 この契約の有効期間は、令和 年 月 日から利用者の要介護（要支援）認定の有効期間が満了する日までとします。
- 2 この契約期間の満了する日の7日前までに、利用者から契約終了の申し出がない場合には、この契約は次の要介護（要支援）認定の有効期間が満了する日まで自動的に更新されるものとします。

第3条（提供するサービス）

- 1 事業者は、理学療法士もしくは作業療法士を利用者の居宅に派遣し、別紙の「サービス内容説明書」に基づき、リハビリテーションサービスを提供します。

第4条（訪問リハビリテーション計画の作成・変更）

- 1 具体的なサービス提供に際しては、事業者は、利用者またはその家族の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、訪問リハビリテーション計画を作成します。
- 2 事業者が訪問リハビリテーション計画の変更を必要と判断した場合または利用者またはその家族が訪問リハビリテーション計画の変更を希望した場合には、事業者は、利用者またはその家族の希望を考慮するとともに、双方の合意をもって訪問リハビリテーション計画を変更することとします。

第5条（料金・支払方法）

この契約書に基づき、事業者が提供するサービス等に関する料金・支払方法は別紙「訪問リハビリ料金表」のとおりです。

第6条（サービスの中止）

- 1 利用者は、事業者に対して、サービス提供の24時間前までに通知をすることにより、料金を負担することなく、サービス利用を中止することができます。
- 2 利用者がサービス提供の24時間前までにサービス利用の中止を申し出ず、事業者がサービスを提供できなかった場合は、事業者は、利用者に対して別紙「サービス内容説明書」のとおり、キャンセル料を請求することができます。
- 3 ただし、利用者は病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料を支払うことなく、サービス利用を中止することができます。

第7条（重要事項説明書）

この契約に際し、事業者は利用者に対して、あらかじめサービス提供に関する重要な事項を書面にて説明するものとします。

また、その書面の内容は、本契約に規定されている内容を補完するものとします。

第8条（契約の終了）

1 次の各号のいずれかに該当した場合には、この契約は自動的に終了します。

- (1) 利用者が介護保険施設に入所した場合
- (2) 利用者の要介護認定区分が自立（非該当）と認定された場合
- (3) 利用者が死亡、もしくは被保険者の資格を喪失した場合
- (4) 利用者が身体障害者療護施設へ入所する等、介護保険の被保険者としての資格を喪失した場合
- (5) 第2条2項に定める契約終了の申し出があった場合

第9条（利用者の解約権）

1 利用者は、事業者に対して、この契約の解約を希望する日の7日前までに解約を申し入れることにより、利用者が希望する日をもって契約を解約することができます。

2 利用者は、前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当した場合には、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) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- (2) 事業者が第11条に定める守秘義務に反した場合
- (3) 事業者が利用者またはその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

第10条（事業者の解約権）

1 事業者は、次の各号のいずれかに該当した場合には、利用者に対して、契約終了日の1か月前までに理由を示した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。この場合、事業者は利用者の居宅介護支援事業者に対し、情報を提供します。

- (1) 事業規模の縮小
- (2) 事業の休廃止
- (3) やむを得ない事情により自らサービスの提供が困難になった場合

2 事業者は、利用者またはその家族等が、利用料の支払遅延など、故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の申し入れにもかかわらず改善せず、この契約の目的を達することが困難となったときは、文書により2週間以上の予告期間をもって契約を解約することができます。

第11条（秘密保持）

- 1 事業者及び事業者が使用する者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密について、利用者や家族または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がない限り第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者またはその家族それぞれからあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者またはその家族の個人情報を用いません。

第12条（身体拘束）

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

第13条（虐待の防止）

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について事業所職員に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (3) 事業所職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (4) サービス提供中に、事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による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、これを市町に通報します。

第14条（ハラスメントの防止）

事業者は、事業所職員等の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるように、次に掲げるとおりハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - ①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、事業所職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) 事業所職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的な話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

以上、この契約の締結を証するため、本書2通を作成し、当事者双方記名押印のうえ、各自1通を所持する。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

利用者は、身体の状態等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆いたします。

署名代筆者

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話 _____

(利用者との関係 _____)

私は、本人の契約意思を確認しました。

事業者

住所 和気郡和気町和気277 _____

名称 北川病院 _____

氏名 _____

電話 0869-93-1141 _____

訪問リハビリテーション利用契約における 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、訪問リハビリテーション等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合

2 使用にあたっての条件

個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が訪問リハビリテーションを行うために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日
北川病院 訪問リハビリテーション
管理者殿

利用者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

署名代筆者

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話 _____

サービス内容説明書(訪問リハビリテーション)

当事業所が提供するサービスは以下の通りです

1. 提供するサービス

訪問リハビリテーションサービス

ご利用日毎週(月・火・水・木・金・土)曜日
(日曜・祝日・年末年始 12/31~1/3 はお休みです)

このサービスの提供手順は以下の通りです。

利用希望者 → ケアマネージャー → 主治医への適応の確認 → ケアマネージャーによるケアプランの作成 → 利用者の同意 → 主治医の訪問リハビリ指示書提出 → サービス開始
※利用者が医療保険の対象となる状態の場合、介護保険は利用できません。(医療保険での利用となります。)

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供にあたっては、医師の指示及び別紙訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行います。
- ③ サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ④ 当事業者は、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

2. 担当の職員

あなたの担当の理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士は、以下の通りです。
() 理学療法士・作業療法士

上記の責任者は(岡田健次郎)です。

職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

3. 担当職員の変更

- ① あなたはいつでも担当者の変更を申し出ることができます。その場合、当事業者は、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、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業者は、あなたの担当者が退職する等正当な事由がある場合に限り、担当者を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

正当な理由とは以下の場合です。

- 1 当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合。
- 2 利用申込者の居住地が当該事業所での通常の事業の実施地域外である場合。
- 3 その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供するのが困難な場合。

4. 訪問事業所の変更

- ① 当事業所はあなたの担当者が正当な理由がある場合に限り、訪問事業の変更をすることがあります。その場合にはあなたの了解を得ます。
- ② 当事業所は正当な理由がある場合に限り、訪問事業所の変更をすることがあります。その場合には 1 ヶ月前に報告し、あなたの了解を得ます。
その後、変更事業所の担当者と同伴訪問して引継ぎをさせていただきます。

5. 利用料

- ① 訪問リハビリテーションサービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の 1 割ないし 2 割ないし 3 割をお支払いいただきます。
但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町から 9 割ないし 8 割ないし 7 割分の払い戻しを受ける方法）の方法をご希望の場合は、お申し出ください。
- ② 提供を受ける訪問リハビリテーションサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ 当事業者は、あなたに対し、翌月 10 日までに、サービスの提供日、前月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付します。
- ④ 毎月の利用料は、翌月中にリハビリ担当者までお支払いください。

交通費は、 必要ありません。

実費 円です（当事業所での通常の事業実施区域外の場合）。

6. キャンセル料

訪問リハビリテーションサービスをキャンセルした場合には、原則としてキャンセル料はいただきませんが、出来るだけ早めに担当者までご連絡下さいますようお願い致します。

7. お休みについて

- ① 当事業所における訪問リハビリテーションサービスは日曜・祝日・年末年始 12/31～1/3 はお休みとさせていただきます。
- ② 訪問担当者が当日、体調不良等で欠勤した場合は、その日の訪問リハビリテーションサービスはお休みとさせていただきます。その場合、当事業所から連絡させていただきます、あなたの了解を得ます。
- ③ 事前に訪問担当者の都合でお休みする場合には、あなたの了解を得ます。

①～③において、別の日に振り替えての訪問リハビリテーションサービスが可能で、利用者及びケアマネージャーの了解が得られた場合は、変更して行うものとします。

重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名称	北川病院	
主たる事務所の所在地	岡山県和気郡和気町和気277	0869-93-1141
法人種別	医療法人紀典会	
代表者名	理事長 北川堯之	
介護保険法令に基づき岡山県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき岡山県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類	
	北川病院(3312310125)	訪問リハビリテーション

2. 指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの運営規程

事業者が実施する指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーション(以下「訪問リハビリテーション等」)の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定める。

事業の目的

病気やけがなどにより、要介護または要支援状態にあり、かかりつけの主治医が訪問リハビリテーションの必要性を認めた利用者に対し、事業所の理学療法士もしくは作業療法士が適切なサービスを提供し、生活機能の維持・向上を目指すことを目的とする。

運営の方針

- ① 利用者の心身の特性を踏まえて生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常生活動作の維持、回復を図ると共に、在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように支援することを目的とする。
- ② 訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、医師の指示並びにリハビリテーション計画に基づき、利用者の生活機能が維持・向上するように目標を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。
- ③ 訪問リハビリテーション等の実施にあたっては関係市町、包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3. 利用事業所の職員体制

リハビリDr. 常勤 1名

理学療法士 常勤 1名以上 作業療法士 常勤 1名以上

4. 営業時間

月～土曜日 午前8時30分～午後5時15分

(日曜・祝日・年末年始 12/31～1/3 は訪問リハビリはお休みです)

5. 実施地域

通常の事業の実施地域は和気町、赤磐市(一部)、備前市(一部)とする。

それ以外の地域に関しては応相談

6. 料金

別紙参照して下さい。

7. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、主治医又は協力医療期間への連絡し、医師の指示に従います。又緊急連絡先に連絡致します。

8. 相談・苦情の対応

事業者は、利用者またはその家族からの相談、苦情等に対して迅速かつ適切に対応するために、担当職員を置き、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じます。

利用者及びその家族からの苦情に関して「県」が行う調査に協力するとともに、「県」から指導または助言を受けた場合は当該指導または助言に従って必要な改善を行います。

サービス内容に関する苦情等

(1) 訪問リハビリテーションご利用者様サービス相談窓口

和気郡和気町和気277

北川病院 リハビリテーション室 担当相談員 岡田健次郎・行正裕美
(不在時は、リハビリテーション室職員が対応致します)

TEL 0869-93-1141

受付時間(月～土曜日 午前8時30分～午後5時15分)

なお、岡山県国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

岡山県岡山市桑田町 17 番 5 号

TEL:086-223-8811 FAX:086-223-9109

9. 事故発生時の対応

利用者に対する訪問リハビリテーション等の提供により事故が発生した場合は、速やかに県、市、町、当該利用者の家族、当該利用者に係るかかりつけ医、居宅介護支援事業所等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。当事業所は、利用者に対する指定訪問リハビリテーション等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

10. 情報開示

当事業所は、お客様の求めに従って、お客様ご自身に関する情報(リハビリ記録、サービス提供記録に類するもの、その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

1 1. その他運営に関する重要事項

1. 当事業所は従業員の資質向上を図るため、研修の機会を設け、業務体制を整備する。
2. 従業員は正当な理由がなく、その業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持する。
3. 従業員であったものに、業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を従業員との雇用契約の内容とする。

利用者の主治医

電話番号

協力医療機関 北川病院 0869-93-1141

緊急連絡先

続柄

電話番号

令和 年 月 日

私は訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、事業者（担当 ）からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

署名代筆者

住所 _____

氏名 _____（続柄 _____）

電話 _____

別紙 訪問リハビリ料金表(令和6年6月1日より)

(1) 訪問リハビリテーション費 (訪問リハビリ1回40分として算出)

	利用者負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
サービス利用料金	616円/回	1232円/回	1848円/回
サービス提供体制強化加算 I	12円/回	24円/回	36円/回
短期集中リハビリテーション実施加算 ※ 退院(所)日または新規認定有効期間開始日から3月以内	200円/日	400円/日	600円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ※ 退院(所)日または訪問開始日から3月以内 ※1週に2日まで	240円/日	480円/日	720円/日
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	180円/月	360円/月	540円/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	213円/月	426円/月	639円/月
事業所の医師が説明し、同意を得た場合	270円/月	540円/月	810円/月
移行支援加算	17円/回	34円/回	51円/回
口腔連携加算	50円/回	100円/回	150円/回
退所時共同指導加算	600円/回	1200円/回	1800円/回
事業所の医師が計画に係る診療を行わなかった場合	-50円/月	-100円/月	-150円/月

(2) 介護予防訪問リハビリテーション費 (訪問リハビリ1回40分として算出)

サービス利用料金	596円/回	1192円/回	1788円/回
サービス提供体制強化加算 I	12円/回	24円/回	36円/回
短期集中リハビリテーション実施加算 ※ 退院(所)日または新規認定有効期間開始日から3月以内	200円/日	400円/日	600円/日
口腔連携強化加算	50円/回	100円/回	150円/回
退院時共同指導加算	600円/回	1200円/回	1800円/回
利用開始から 12 カ月を超えた場合	-30円/月	-60円/月	-90円/月
事業所の医師が計画に係る診療を行わなかった場合	-50円/月	-100円/月	-150円/月

様の支払い金額は月 回利用で 円です。

(様々な加算等により月によって料金が変わります。その都度説明させていただきます)