

契 約 書

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

利用者：様

事業者：医療法人積仁会 旭ヶ丘病院

医療法人積仁会旭ヶ丘病院（以下、「事業者」といいます）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について、つぎのとおり契約を結びます。

第1条 （契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令およびこの契約書にしたがって、利用者が可能な限りその居宅において、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、心身の機能維持回復を図るために、訪問リハビリテーションのサービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条 （契約期間）

この契約の契約期間は契約日から、第7条～第9条に基づく契約の終了まで、本契約に定めるところにしたがって、当事業者が提供する訪問リハビリテーションのサービスを利用できます。

第3条 （訪問リハビリテーション計画の作成・変更）

1. 事業者は、医師の診断に基づいて、利用者の病状・心身状況・日常生活全般の状況および希望を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成します。
2. 訪問リハビリテーション計画には、訪問リハビリテーションサービスの目標や、目標達成のための具体的なサービス内容を記載します。
3. 事業者は、訪問リハビリテーション計画を作成、また変更した場合は、利用者およびその家族に対して説明を行い、利用者およびその家族の同意を得るものとします。
4. 訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合、その居宅サービス計画の内容に沿って作成します。
5. 次のいずれかに該当する場合、事業者は、第1条に規定する訪問リハビリテーションの目的にしたがって、訪問リハビリテーション計画を変更します。
 - ① 利用者の心身の状況などの変化により、当該訪問リハビリテーション計画の変更を要する場合
 - ② 利用者およびその家族などが、訪問リハビリテーション計画の変更を希望する場合
6. 事業者は、前項の訪問リハビリテーション計画の変更を行う場合、利用者およびその家族に対して説明を行い、利用者およびその家族の同意を得るものとします。

第4条 （訪問リハビリテーションサービスの内容およびその提供）

1. 事業者は、第3条によって作成された訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者に対して訪問リハビリテーションのサービスを提供します。サービス内容については、【重要事項説明書】に記載されているとおりです。
2. 事業者は、利用者の訪問リハビリテーションのサービス提供に関する記録を作成し、この契約の終了後も2年間保管します。
3. 利用者およびその家族は、第2項のサービス記録の閲覧および複写物の交付を受けることができます。ただし、複写物にかかる費用については【重要事項説明書】に定める料金を、利用者またはその家族が支払います。

第5条 （協議義務）

利用者は、事業者が訪問リハビリテーションのサービスを提供するにあたり、可能な限り事業者に協力しなければなりません。

第6条 （費用）

1. 事業者が提供する、訪問リハビリテーションのサービス利用料およびその他の費用は、別紙【重要事項説明書】に記載されているとおりです。
2. 利用者は、サービス利用の対価として、第1項の費用額をもとに、算定された利用者負担額を月ごとに事業者に支払います。
3. 事業者は、提供した訪問リハビリテーションのサービスのうち、介護保険の適用外のものがある場合、そのサービスの内容および利用料金を説明し、利用者の同意を得ます。
4. 事業者は、訪問リハビリテーションのサービスにおいて、要介護区分毎の利用料金およびその他の費用の額を変更する場合、1ヶ月前までに利用者に対して文書で通知し、変更の申し出を行います。
5. 事業者は、第4項に定める料金の変更を行う場合は、新たな料金に基づいた【重要事項説明書】を添付した、利用サービス変更合意書を事業者・利用者の双方で交わします。

第7条 （利用者の解除権）

利用者は事業者に対して、3日間以上の予告期間をもって事業者に通知することで、いつでもこの契約を解除することができます。

第8条 （事業者の解除権）

事業者は、利用者が次の各号に該当する場合は、30日間以上の予告期間をもって利用者に通知することで、この契約を解除することができます。

1. 利用者が、正当な理由なく、サービス利用料、その他支払うべき費用を6ヶ月以上滞納した場合
2. 利用者が、故意に法令違反、その他重大な秩序破壊行為を行い、改善される見込みがない場合

第9条 （契約の終了）

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. 利用者の要介護認定区分が、非該当となった場合
2. 利用者が介護保険施設や医療施設などへ、入所または入院などした場合
3. 第7条に基づいて、利用者が契約を解除した場合
4. 第8条に基づいて、事業者が契約を解除した場合
5. 利用者が死亡した場合

第10条 （秘密保持）

1. 事業者および事業者に従事する者は、サービス提供をする上で知り得た、利用者およびその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も継続されます。
2. 事業者は、利用者およびその家族の有する問題や、解決すべき課題などについて話し合うためのサービス担当者会議において、利用者および家族の個人情報を、情報を共有するために用いることを、本契約をもって同意したとみなします。

第11条 （緊急時の対応）

事業者は、訪問リハビリテーションのサービスを提供しているときに、利用者に容態の急変が生じた場合は、速やかに主治医または家族に連絡を取り、必要な措置を講じます。

第12条 （事故発生時の対応）

事業者は、訪問リハビリテーションのサービスを提供するにあたり事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を迅速に講じます。

第13条（賠償責任）

1. 事業者は、訪問リハビリテーションのサービス提供にともない、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、利用者に対してその損害を賠償します。ただし、事業者に故意・過失がない場合はこの限りではありません。
2. 第1項の場合において、利用者の重過失によって当該事故が発生した場合は、事業者が負う損害賠償額は減額されます。

第14条（連携）

1. 事業者は、訪問リハビリテーションのサービス提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
2. 当事業者が提供するサービスを、通所系サービスや訪問系サービスへ移行する場合、担当責任者は、他サービス事業者との円滑な連携を行うために、ご利用者様の心身状況などを記載した情報提供書を提出します。

第15条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者およびその家族からの相談・苦情などに対応する窓口を設置し、事業者が提供した訪問リハビリテーションサービス、または訪問リハビリテーション計画に位置づいたサービスに関する要望・苦情などに対し、迅速かつ誠実に対応を行います。

第16条（本契約に定めない事項）

1. 利用者および事業者は、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関係諸法令の定めるところを遵守し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第17条（裁判管轄）

この契約に関して、やむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることとし、予め合意します。

第18条（身体的拘束について）

当施設では、原則身体的拘束を行いません。しかしながら、利用者様の状態が下記の1. 2. 3. をすべて満たした場合、緊急やむを得ず下記の方法と時間等において最小限度の身体的拘束を行うことがございます。ただし、実施させていただいた拘束は、解除することを目標に鋭意検討を行うこととお約束いたします。

1. 入所者本人又は他の入所者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い時
2. 身体的拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない時
3. 身体的拘束その他の行動制限が一時的なものである時

第19条（虐待防止について）

1. 虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じています。
 - (1) 虐待の防止のための対策を検討する「事故および虐待防止委員会」を3ヶ月に1回開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図る。
 - (2) 虐待防止のための指針を整備する。
 - (3) 職員に対し、虐待防止のための研修を年に2回以上実施する。
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
2. サービス提供中に、職員又は利用者の家族等高齢者を現に養護する者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、これを市町村に通報します。

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	医療法人 積仁会
所在地	〒350-1211 埼玉県日高市大字森戸新田 99-1
連絡先	042-989-1121/FAX042-989-6621
管理者名	理事長 古城 資久
サービス種類	訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	1116300016 号
サービス提供地域	旭ヶ丘病院から 5Km 圏内もしくは車で 20 分圏内 日高市・鶴ヶ島市・坂戸市・飯能市・川越市・狭山市・毛呂山町 ※上記以外の他市の場合は相談に応じます。

(2) 営業時間

平日	午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 00
ご相談の上、訪問リハビリサービスを提供しております。 日曜・祝日・12/31~1/3 は休業となります	

(3) 職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1 名	名	1 名
理学療法士	2 名	名	2 名

2 当事業所の連絡窓口（相談・キャンセル連絡など）

TEL : 042-989-6657 （旭ヶ丘病院リハビリ科直通）

担当部署 : 旭ヶ丘病院

担当者 : 大室 恭平

受付時間 : 午前 08 : 30 ~ 午後 05 : 00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

その他相談窓口 市の相談窓口・・・日高市役所 長寿いきがい課 〒350-1929 埼玉県日高市大字南平沢 1020 番地
TEL : 042-989-2111 (代) FAX : 042-989-2316

その他公的機関窓口・・・埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 〒338-0002 埼玉県さいたま中央区下落合 1704 番地
TEL : 048-824-2568 (直) FAX : 048-824-2561

3 サービス内容

- 理学療法士や作業療法士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。

4 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表に記載されている利用料金の介護保険自己負担割合が利用者負担額になります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌10日までに当月分の料金を請求いたしますので、月末までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表

訪問リハビリテーション費（要介護）

項目		単位数	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費	1回につき	308単位	314円	627円	940円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1回につき	6単位	7円	13円	19円
短期集中リハビリテーション実施加算 〔退院(所)日又は認定日から3月以内〕	1日につき	200単位	204円	407円	611円
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	1月につき	180単位	183円	366円	549円
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	1月につき	213単位	217円	434円	650円
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	1月につき	450単位	458円	915円	1373円
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	1月につき	483単位	492円	983円	1474円
訪問リハ計画診療未実施減算	1回につき	-50単位	-51円	-102円	-153円
訪問リハ退院時共同指導加算	初回のみ	600単位	611円	1221円	1831円

介護予防リハビリテーション費（要支援）

項目		単位数	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
介護予防訪問リハビリテーション費	1回につき	298単位	303円	606円	909円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1回につき	6単位	7円	13円	19円
短期集中リハビリテーション実施加算 〔退院(所)日又は認定日から3月以内〕	1日につき	200単位	204円	407円	611円
予防訪問リハ12月超減算	1回につき	-30単位	-31円	-61円	-92円
予防訪問リハ計画診療未実施減算	1回につき	-50単位	-51円	-102円	-153円
予防訪問リハ退院時共同指導加算	初回のみ	600単位	611円	1221円	1831円

(4) その他の費用

ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

(5) キャンセル料

①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

5 料金支払い

銀行振り込み

先方銀行	埼玉りそな銀行日高支店	
受取人	預金種目： 普通	口座番号： 3 2 6 2 2
	(なまえ) 医療法人 積仁会	
	(おところ) 埼玉県日高市大字森戸新田99番地1	
	(電話) 042-989-1121	
ご依頼人	利用者様の名前をお願いいたします。	

支払い方法は銀行振り込みになります。事情により振り込み支払いができない場合は、病院受付でのお支払いや口座引き落としでの支払いが可能ですので相談ください。

6 緊急時の対応

当事業におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
主治医・ご家族などへの 連 絡 基 準		

【事業内容】

訪問リハビリテーション

【事業者】

住 所： 埼玉県日高市森戸新田 9 9 番地 1
社 名： 医療法人積仁会 旭ヶ丘病院
代 表 者： 古城 資久 印

【事業所】

住 所： 埼玉県日高市森戸新田 9 9 番地 1
事業所名： 医療法人積仁会 旭ヶ丘病院
(指定番号 1 1 1 6 3 0 0 0 1 6)

担当者_____より、重要事項説明書、契約書の内容について説明を受け、了承しました。

【ご利用者】住 所

氏 名_____印

【代理人】住 所

氏 名_____印（続柄 _____）

署名代行理由：

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者および事業者が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

契約締結日 _____ 年 _____ 月 _____ 日