

居宅介護（予防）サービス契約書

この契約書は、
様（これ以降「利用者」といいます）と医療法人誠心会吉田病院（訪問（予防）リハビリテーション事業）（これ以降「事業者」といいます。）との間に居宅介護（予防）サービス（訪問（予防）リハビリテーション）を実施するための取り決めを行うために作成します。

第1条（契約の目的）

事業者は、介護保険法及びそのほかの関係する法令並びにこの契約書に従い、利用者が可能な限り居宅において、その心身の状態や有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

訪問リハビリテーション（契約書別紙①） 契約の開始日 令和____年____月____日
（契約の終了日 令和____年____月____日）
介護予防訪問リハビリテーション（契約書別紙①） 契約の開始日 令和____年____月____日
（契約の終了日 令和____年____月____日）

第2条（契約期間）

1. この契約の契約期間は次のとおりとします。

契約の開始日 第1条に定めるとおり
契約の満了日 利用者の要介護（又は要支援）認定の有効期間満了日
令和____年____月____日

2. 契約満了日までに、利用者から契約を終わらせようとする申し出がない場合、契約は自動的に更新されます。

第3条（利用者負担金及びその滞納など）

- この契約に関わる利用者負担金は、「契約書別紙」のとおりです。
- 利用者が正当な理由なく、事業者に支払うべき利用者負担金を2か月以上滞納した時は、事業者は1か月以上の猶予期間をおいたうえで支払いの期限を定め、この期限までに利用者が利用者負担金を支払わない場合は、契約を解約する旨通告する事ができます。
- 通告を行った場合であっても、契約の継続を考慮し、利用者との調整のための努力をします。
- 第2項に定める通告を行った場合は、事業者は居宅介護（予防）サービス計画を作成した居宅介護支援（地域包括支援センター）事業者へ、その旨を連絡します。
- 事業者は、調整の努力を行い、かつ調整の期間（通告から1か月）を経過した場合には、この契約を文書により解約することができることとします。

第4条（利用者負担金の納入）

- 前条に定める利用者負担金については、前月料金の合計額の請求書及び明細書を翌月10日までに送付します。利用者は当事業所に対し、当該合計額を翌月末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上、双方の合意した方法によります。
- 利用者の負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金のお支払いを受けた後、次回の請求書と一緒に送付します。

第5条（利用者の解約権）

- 利用者は、7日間以上の予告期間を設けることにより、この契約をいつでも解約することができます。
- 事業者のサービス提供にあたり、著しい不信行為があった場合は、前項の規定にかかわらず予告期間を設けることなく、契約を解約することができます。
- この規定により契約を解約する場合であっても、損害賠償請求の権利に影響を及ぼすものではありません。

第6条（事業者の解約権）

1. 事業者は、次の場合に限り契約を解約する事ができます。
 - （1）利用者の著しい不信行為があるなどの理由により、契約を継続する事が困難になった場合。
 - （2）第3条第4項に該当する場合。
 - （3）利用者が事業者の通常の事業の実施区域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合。
2. 事業者は、契約を解約する場合にあっても、その理由を文書により利用者に表示することとします。
3. 事業者は契約を解約する場合には、居宅介護（予防）サービス計画を作成した居宅介護支援（地域包括支援センター）事業者へその旨を連絡し、また利用者の希望に応じて他の事業者への紹介を致します。

第7条（契約の終了）

この契約は、次のいずれかに該当する場合、終了します。

- （1）利用者から第2条第2項に定める契約を終了させようとする意思表示があり、契約期間が満了した場合。
- （2）第5条に定める利用者からの解約の意思表示がなされ、予告期間を満了した場合
- （3）第6条に定める事業者からの解約の意思表示がなされた場合。
- （4）次のいずれかに該当することにより、居宅介護（予防）サービスを提供することができなくなったとき。
 - ① 利用者が介護保険施設に入所したとき。
 - ② 利用者が認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を受けることとなったとき。
 - ③ 利用者が要介護認定又は要支援認定を受けることができなかったとき。
 - ④ 利用者が死亡したとき。

第8条（損害賠償）

1. 事業者は、居宅介護（予防）サービスの実施にあたり、利用者の生命・身体・財産等に損害を与えた場合、その損害を賠償します。ただし、その損害について事業者の責任を問えない場合については、この限りではありません。
2. 事業者は、利用者の生命・身体・財産等に損害を与えた場合は、直ちにその原因対応等の概況を記載した文書を利用者又は利用者の家族に交付し、併せて状況を十分に説明致します。
3. 事業者が、本来予定されていた介護（予防）サービスを事業者の都合により提供しなかった場合、又はその提供が不十分であった場合についても、同様にその損害を賠償します。

第9条（苦情対応）

1. 事業者は、提供されたサービスについて利用者からの苦情を受ける窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、利用者から苦情があった場合は、迅速かつ誠実に対応します。
2. 利用者は、いついかなるときにおいても苦情の申し立てを行うことができ、また、苦情の申し立てを行うことにより、事業者は一切、不利益な取り扱いを致しません。
3. 事業者は、必要に応じて新潟県国民健康保険団体連合会へ苦情の概況について報告するなどして、適切な対応について指示を仰ぎます。

第10条（サービス提供の記録など）

1. 事業者は、サービス提供の記録などを作成し完結日から5年間は適正に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、あるいはその複写を交付します。
2. 事業者は、第7条に定めた契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得たうえで、利用者の指定する他の居宅介護支援（地域包括支援センター）事業者などへ、サービス提供の記録などの写しを交付するものとします。

第11条（守秘義務）

1. 事業者は、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及び個人情報については、正当な理由がない限り、契約中および契約終了後においても第三者に決して漏らしません。
2. 利用者の個人情報については次に定める目的で、事業者・主治医・保険者に必要最小限の範囲で情報提供できるものとします。

目的：事業者が、利用者に関わる居宅（予防）サービス計画を立案するためのサービス担当者会議及び事業者が以下の相手と行う連絡調整。

相手方：居宅介護（予防）サービス計画に位置づけられたサービス事業者・主治医・保険者

※ なお、上記以外の目的及び相手方に情報を提供する場合には、別に同意を得るものとします。

第12条（契約外条項）

介護保険法及びそのほかの関係する法令並びにこの契約書に定めのない事項については、利用者と事業者の協議により定めることとします。

上記の契約を証明するために、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印のうえ、それぞれ1部ずつ保管します。

令和 年 月 日
(事業者) 所在地 新潟県長岡市長町1丁目1668番地
事業者名 医療法人 誠心会 吉田病院
代表者職・氏名 理事長 吉田 英毅 印

(説明者) 職・氏名 _____ 印

(利用者) ご住所 _____

お名前 _____ 印

(立会人) ご住所 _____

お名前 _____ 印

(家族代表) 11条第1項に定める利用者の家族の個人情報の使用について同意します。

ご住所 _____

お名前 _____ 印

(介護支援専門員)

令和 年 月 日

上記契約の内容が、わたしの立案した居宅（予防）サービス計画の内容と一致していることを確認します。

事業者名 _____

介護支援専門員氏名 _____ 印

訪問（予防）リハビリテーション

契約書別紙① 兼 重要事項説明書

◎ 私たち（事業者）の概要は次のとおりです

| | | | |
|--------|--------------------------------------|-----|----------|
| 事業所の名称 | 吉田病院 | 法人名 | 医療法人 誠心会 |
| 所在地 | 長岡市長町1丁目1668番地 | | |
| 電話番号 | 0258(32)0490 | | |
| 県指定年月日 | 平成18年7月1日（事業者番号 1510210881） | | |
| 職員体制 | 理学療法士 3名、作業療法士 1名、言語聴覚士 1名 | | |
| 営業日 | 月曜から金曜日まで（祝日、振替休日、年末年始12月31～1月3日を除く） | | |
| 営業時間 | 午前8時30分より午後5時まで | | |
| 実施範囲 | 長岡市 | | |

◎ 私たち（事業者）があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、「訪問（予防）リハビリ」です。「訪問（予防）リハビリ」とは、あなたのお宅に伺い、療養上のお世話や診療の補助などを行うサービスです。

【あなたに提供するサービス】

| サービスの内容 | 提供の有無 | おおむねの提供回数 |
|-------------------------|-------|-----------|
| 訪問（予防）リハビリテーション | | |
| 短期集中リハ 3月以内（訪問リハビリ） | | |
| 短期集中リハ 3月以内（介護予防訪問リハビリ） | | |

【業務取り扱い方針】

- ① あなたの心身の状況や、ご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援（地域包括支援センター）事業者の作成する「居宅（予防）サービス計画」と、私たちの作成する「訪問（予防）リハビリテーション計画」に従い、家庭においてできるだけ自立した生活が送れるよう、訪問（予防）リハビリテーションを提供します。
- ② 訪問（予防）リハビリテーションの提供の開始に際しては、主治医の文書による指示に従います。
- ③ 私たちは、「訪問（予防）リハビリテーション計画書」および「訪問（予防）リハビリテーション報告書」を作成し、これを主治医に提出し、主治医の指示を受けることとします。

2 担当の職員

あなたを担当する理学療法士等（理学療法士、作業療法士または言語聴覚士）及びその管理責任者は次の者です。

- ・理学療法士等 氏名 _____（資格 _____） 連絡先 32-0490
- ・管理責任者 氏名 本多 弘明 連絡先 32-0490

- ① ご相談や苦情、連絡がある場合は理学療法士等又は管理責任者までご連絡願います。
- ② サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

| | | |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 長岡市 介護保険課 | 電話番号 0258-39-2245 |
| | 新潟県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 025-285-3022 |

④ 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

3 利用者負担金

1. このサービスを利用するにあたって、ご負担して頂く料金は次のとおりです。
 なお、この料金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

① 基本料金（原則として基本料金の1割の額）

| サービスの内容 | 料金の額 | 自己負担額 |
|------------|--------|-------|
| 1回（20分）につき | 3,080円 | 308円 |

*一定以上の所得のある方は2～3割です。

② 特別な加算

【短期集中リハビリテーション加算】

退院・退所後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合に加算します。

- ・訪問リハビリテーションの場合（3月以内）1日2,000円（自己負担額 200円）
- ・介護予防リハビリテーションの場合（3月以内）1日2,000円（自己負担額 200円）

【リハビリテーションマネジメント加算（イ）】

リハビリテーション計画書の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報の共有を実施した場合に加算します。

- ・リハビリテーションマネジメント加算（イ） 月1,800円（自己負担額 180円）

【サービス提供体制強化加算】

事業所内において、理学療法士、作業療法士又は、言語聴覚士として、7年以上勤続（同一法人内の他の事業所での勤続年数も含む）している職員を配置している場合に加算します。

- ・1回につき 60円（自己負担額 6円）

2. 利用者負担金は、毎月10日以降に前月分をまとめて、現金にてお支払いいただきますので、よろしくお願いいたします。

4 キャンセル料

- ① あなたの都合でサービスの利用をやめたい場合は、お手数ですが事前に次の連絡先までご連絡ください。
連絡先（電話） 0258（32）0490 吉田病院 リハビリテーション科
- ② あなたの都合でサービスの利用を中止する場合、次のキャンセル料が必要ですので、できる限り早めにご連絡ください。ただし、あなたの体調の急変など緊急やむを得ない理由により利用を中止する場合は、キャンセル料は頂きません。

| 連絡の時期 | キャンセル料 | 備考 |
|---------------|---------------|-----------------|
| サービス利用日の前前日まで | 頂きません | |
| サービス利用日の前日まで | 利用者負担金の50%の額 | 容体急変の場合などは頂きません |
| サービス利用日の当日 | 利用者負担金の100%の額 | |

5 サービスの利用に当たってあなたが注意すべきこと

- (1) あなたが、訪問理学療法士等の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、管理者までご連絡ください。
- (2) 訪問理学療法士等は次の業務はできないので、ご了解願います。
 ・年金などの金銭の取扱い
- (3) 訪問理学療法士等に対し、贈り物、飲食物の提供はお断りします。
- (4) 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援（地域包括支援センター）事業者（電話番号 _____）または当事業所（電話番号 32-0490）までご連絡ください。

サービスの提供に先立って、前記のとおり説明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 （事業者） 所在地 長岡市長町1丁目1668番地
 事業者名 医療法人 誠心会 吉田病院
 代表者・氏名 理事長 吉田 英毅 印

前記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

前記契約の証として、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者記名押印の上、それぞれ1部ずつを保有します。

（利用者） ご住所 _____

お名前 _____ 印

（代理人） ご住所 _____

お名前 _____ 印

（介護支援専門員）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

前記契約書別紙の内容が、わたしの立案した居宅（予防）サービス計画の内容と一致していることを確認しました。

事業所名 _____

介護支援専門員氏名 _____ 印

訪問リハビリテーションにおけるご利用者の個人情報の利用目的

1. 訪問リハビリテーションを実施するため、以下の範囲で個人情報を利用させていただきます。

○ 吉田病院内での利用

- ・ご利用者に提供する訪問リハビリテーション（計画・報告・連絡・相談等）
- ・医療保険・介護保険請求等の事務
- ・会計・経理等の事務
- ・事故等の報告・連絡・相談
- ・その他、ご利用者に係る事業所の管理運営業務

○ 他の事業所等への居宅サービスの質向上（ケア会議、研修等）

- ・主治医の所属する医療機関、連携医療機関、ご利用者に居宅サービスを提供するほかの居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携、照会への回答
- ・その他の業務委託
- ・家族等介護者への心身の状況説明
- ・医療保険・介護保険事務の委託
- ・審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・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

○ その他上記以外の利用目的

- ・訪問リハビリテーションや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・リハビリテーション室で行われる学生の実習への協力
- ・学会等での発表（原則、匿名化。匿名化が困難な場合は利用者の同意を得ます）

2. 個人情報保護に関する取り扱いについてのお知らせ

○ 個人情報の訂正・利用停止について

吉田病院が保有しているご利用者の個人情報の内容が事実と異なる場合などは、訂正・利用停止を求めることができます。調査の上、対応いたします。

○ 個人情報の開示について

ご自身の訪問看護記録等の閲覧や複写をご希望の場合は、担当者までお申し出下さい。なお、開示には手数料がかかりますのでご了承ください。

平成21年 4月 1日
医療法人 誠心会 吉田病院
理事長 吉田 英毅