

様

- ・ 訪問リハビリテーション重要事項説明書
(介護予防訪問リハビリテーション)
- ・ 個人情報使用同意書
- ・ 訪問リハビリテーション契約書
(介護予防訪問リハビリテーション)

医療法人秀友会

札幌秀友会病院 訪問リハビリテーション

医療法人秀友会 札幌秀友会病院

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

重要事項説明書

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 秀友会 |
| (2) 法人所在地 | 札幌市手稲区新発寒 5 条 6 丁目 2 番 1 号 |
| (3) 電話番号 | 011-685-3333 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 藤原 雄介 |
| (5) 設立年月日 | 平成 4 年 11 月 12 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|----------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定訪問リハビリテーション事業所
(事業所番号：0110414968) |
| (2) 事業目的 | 指定訪問リハビリテーションは、介護保険法令に従い、ご契約者が日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるよう支援することを目的として、ご契約者に訪問リハビリテーションサービスを提供します。 |
| (3) 事業所の名称 | 札幌秀友会病院 訪問リハビリテーション |
| (4) 事業所の所在地 | 札幌市手稲区新発寒 5 条 6 丁目 2 番 1 号 |
| (5) 電話番号 | 011-685-3434 |
| (6) 管理者氏名 | 医療法人秀友会 藤原雄介 |
| (7) 運営方針 | 医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の連携により、ご契約者の心身の状態及び家庭環境やご家族の要望の把握に努め、日常生活動作の維持・回復の援助を行います。
また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |
| (8) 開設年月日 | 平成 30 年 4 月 1 日 |
| (9) 通常の事業の実施地域 | 札幌市西区、手稲区、北区（新川・新琴似）
石狩市（花川南・花川北・樽川） |
| (10) 営業日及び営業時間 | 月曜日から金曜日 但し、国民の祝日及び法人で定める |

年末年始休暇をのぞく午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分まで。

(11) 実施時間 20 分を 1 回として実施 (40 分は 2 回、60 分は 3 回)。

3. 職員の勤務態勢

- | | |
|--------------|-------------|
| (1) 医師 (管理者) | 1 名 常勤・兼務 |
| (2) 理学療法士 | 1 名以上 常勤・兼務 |
| (3) 作業療法士 | 1 名以上 常勤・兼務 |
| (4) 言語聴覚士 | 1 名以上 常勤・兼務 |

4. サービスと利用料金

- | | |
|----------------|---|
| (1) 介護保険対象サービス | 訪問リハビリテーション |
| (2) 利用の中止・変更等 | 利用の中止は当日の午前 8 時 40 分までをお願いいたします。変更・追加については、当職員にお申し出頂き、協議したうえで、その結果をご連絡いたします。 |
| (3) 利用料金 | 別紙 訪問リハビリテーション「利用料金表」による。 |
| (4) 利用料金の支払方法 | 毎月の支払いは、月末締めで翌月 10 日に請求書を発行します。支払い方法は口座振替にお申し込みいただくこととなります。振替の準備が出来るまでは下記の口座にご利用者様のお名前にてお振り込みをお願いいたします。振替開始の準備が出来ましたらお知らせいたします。 |

銀行及び支店名	口座番号	口座名義
北洋銀行 宮の森支店	0273483	(医) 秀友会

5. 緊急時および事故発生時の対応について

- ① 理学療法士、作業療法士および言語聴覚士は訪問リハビリテーション実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。
- ② 当事業所は、指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合には、利用者の家族、関係居宅介護支援事業者及び関係各市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ③ 当事業所は、指定訪問リハビリテーションの提供に当たって利用者の生命、身体、財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。但し、当事業所の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

6. 秘密保持

- ① 訪問リハビリテーション事業所の従業者は、正当な理由が無くその業務上知り得た利用者様又はそのご家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所の苦情受付

担当部署 リハビリテーション科

管理者 杉原俊一

札幌秀友会病院内 011-685-3333

(2) 行政機関・その他苦情受付機関

機関・役所	所在地	電話番号
北海道国保健康保険連合会	札幌市中央区南 2 条西 1 4 丁目	011-231-5161
札幌市北区役所 保健福祉課	札幌市北区北 2 4 条西 6 丁目	011-757-2400
札幌市西区役所 保健福祉課	札幌市西区琴似 2 条 7 丁目 1-1	011-641-2400
札幌市手稲区役所 保健福祉課	札幌市手稲区前田 1 条 11 丁目 1-10	011-681-2400
石狩市保健福祉部地域包括ケア課	石狩市花川北 6 条 1 丁目石狩市総合保健福祉センターりんくる	0133-77-7535
札幌市保健福祉局高齢福祉部 介護保険課	札幌市中央区北 1 条 2 丁目本庁舎 3 階	011-211-2457

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）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

- （１）訪問サービスを円滑に提供するために実施する会議等において必要な場合。
- （２）居宅介護支援事業所等、必要な機関に対して情報提供する場合。
- （３）通院・入院等により当該医療機関への情報提供が必要な場合。

2. 使用する職員の範囲

利用者に対してサービス提供又は相談援助等を担当する職員

3. 使用する期間

当該個人情報の取得時から貴施設が作成するサービス提供の記録の保存期間満了時である契約終了後 5 年が経過した時点まで。

4. 条件

- （１）個人情報の提供は必要最低限として、提供に当たっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- （２）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション 利用契約書

ご利用者_____を甲とし、
ご利用事業所 札幌秀友会病院 訪問リハビリテーション を乙とし、
下記のとおり訪問リハビリテーション・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」）サービス契約を締結します。

第1章 総則

第1条（契約の目的）

- 1 乙は介護保険法令の趣旨に従い、甲がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として甲に対し、第4条及び第5条に定める訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- 2 乙が甲に対して実施する訪問リハビリテーションサービスの内容、利用日、費用等の事項（以下「訪問リハビリテーション計画」）は、別紙『サービス利用票』に定めるとおりにします。

- 第2条 本契約の契約期間は契約締結の日から要介護認定有効期間の満了日までとする。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。
- 2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
 - 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

第3条（訪問リハビリテーション計画の決定・変更）

- 1 乙は甲に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されている場合には、それに沿って甲の訪問リハビリテーション計画を作成するものとします。
- 2 乙は訪問リハビリテーション計画について、甲及びその家族に対し説明し、同意を得たうえで決定するものとします。
- 3 乙は甲に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、若しくは甲及びその家族の要請に応じて訪問リハビリテーション計画について変更の必要があると認められた場合には、甲及びその家族と協議して訪問リハビリテーション計画を変更するものとします。

- 4 乙は訪問リハビリテーション計画を変更した場合には、甲に対して書面を交付しその内容を確認するものとします。

第4条（介護保険給付対象サービス）

乙は介護保険給付対象サービスとして、甲に対して、日常生活動作の維持、回復を図るとともに生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるようサービスを提供します。

第5条（介護保険給付対象外のサービス）

- 1 乙と甲との合意に基づき、通常の事業の実施地域を越えて行う訪問リハビリテーションサービスに要した交通費。
- 2 前1項の料金は甲が負担するものとします。

第6条（運営規程の遵守）

- 1 乙は別に定める運営規定に従い、必要な人員を配置して甲に対して、本契約に基づくサービスを提供するものとします。
- 2 本契約における運営規程については、本契約に付随するものとして乙、甲ともに遵守するものとし事業所がこれを変更する場合には甲に対し事前に説明する事とします。
- 3 甲は前項の変更に参加することができない場合には、本契約を解除することができます。

第2章 サービスの利用と料金の支払

第7条（サービス利用料金の支払）

- 1 甲は第4条に定めるサービスを受け重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（介護保険負担割合証に記載されている割合に基づきます）を乙に支払うものとします。但し、甲が要介護認定を受けていない場合及び居宅サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金を全額一旦支払うものとします。（要介護認定後または居宅サービス計画作成後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）
- 2 第5条に定めるサービスについては、甲は重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいた交通費を乙に支払うものとします。

第8条（利用日の中止・変更・追加）

- 1 甲は利用期日前において、訪問リハビリテーションサービスの利用を中止又は変更、若しくはサービスの利用を追加することができます。この場合には甲はサービス実施日の前日までに乙に申し出るものとします。
- 2 乙は第1項に基づく甲からのサービス利用の変更・追加の申し出に対して、協議するものとします。

第9条（利用料金の変更）

- 1 第7条第1項に定めるサービス利用料金について、介護給付費体系の変更があった場合、乙は当該サービス利用料金を変更することができるものとします。
- 2 第7条第2項に定める交通費については、経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事項がある場合、乙は甲に対して変更を行う1ヶ月前までに説明をしたうえで、当該交通費を相当な額に変更することができます。
- 3 甲は前項の変更に同意できない場合、本契約を解除することができます。

第3章 事業者の義務

第10条（事業者及び事業者の従業員の義務）

- 1 乙及び乙の従業員は、サービスの提供にあたって甲の生命、身体、財産の安全確保に配慮するものとします。
- 2 乙及び乙の従業員は、甲の体調・健康状態からみて必要な場合には、事業所の医師若しくは主治医と連携し甲から聴取・確認のうえでサービスを実施するものとします。
- 3 乙は甲に対する訪問リハビリテーションサービスの提供についての記録を作成し、それを5年間保管し甲若しくはその代理人の請求に応じてこれを閲覧、複写物を交付するものとします。
- 4 乙及び乙の従業員は、サービス提供時において甲の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は連々かに事業所の医師若しくは主治医への連絡をおこなうなどの必要な措置を講じるものとします。

第11条（守秘義務等）

- 1 乙及び乙の従業員または従業員は、訪問リハビリテーションサービスを提供するうえで知り得た、甲又はその家族に関する事項を正当な理由無く第三者に漏洩しません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続するものとします。
- 2 乙及び乙の従業員は甲に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に甲に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 3 前2項に拘らず、甲に係る他の居宅介護支援乙との連携を図るなど正当な理由がある場合には、事前に同意を文言により得たうえで、甲又は甲の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

第4章 契約者の義務

第12条 (甲のサービス利用上の注意義務等及び禁止行為)

- 1 甲は心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、乙との協議により利用方法を決定するものとします。
- 2 甲は乙及び乙の従業員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行わないこと。

第5章 損害賠償（事業者の義務違反）

第13条 (損害賠償責任)

- 1 乙は、本契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由により甲に生じた損害について賠償する責任を負います。第11条に定める守秘義務に違反した場合も同様です。但し、甲に故意又は過失が認められる場合には、甲の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。
- 2 乙は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

第14条 (損害賠償がなされない場合)

乙は、自己に帰すべき事由がない限り損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、乙は損害賠償責任を免れます。

- ①甲が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行った事に専ら起因して損害が発生した場合。
- ②甲が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず又は不実の告知を行った本に専ら起因して損害が発生した場合。
- ③甲の急激な体調の変化等、乙の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
- ④甲が、乙若しくは乙の従業員の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

第15条 (事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能)

- 1 契約の有効期間中、地震・天災等その他自己の帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、甲に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。
- 2 前項の場合、乙は甲に対して、既に実施したサービスについては所定のサービス利用料金の請求ができるものとします。

第6章 契約の終了

第16条（契約の終了事由、契約終了に伴う援助）

- 1 甲は、以下の各号に基づく契約の終了がない限り、本契約の定めるところに従い乙が提供するサービスを利用することができるものとします。
 - ① 甲が死亡した場合。
 - ② 要介護認定により甲の心身の状況が自立と判定された場合。
 - ③ 乙が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ぬ事由により事業所を閉鎖した場合。
 - ④ 災害等で施設の滅失、毀損によりサービス提供が不可能になった場合。
 - ⑤ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
 - ⑥ 第17条から第18条に基づき本契約が解約又は解除された場合。
- 2 乙は前項第1号を除く各号により本契約が終了する場合には、甲の心身状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めるものとします。

第17条（契約者からの中途契約解除）

- 1 甲は、本契約の有効期間中本契約を解除することができます。この場合には、甲は契約終了を希望する日の3日前までに事業所に通知するものとします。
- 2 甲は以下の各号に該当する場合には、本契約を即時に解除することができるものとします
 - 1 第6条第3項、第9条第3項により本契約を解除する場合。
 - ② 甲に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合。

第18条（契約者からの契約解除）

甲は乙若しくは乙の従業員が以下の各号に該当する行為を行った場合には、本契約を解除することができるものとします。

- ① 乙若しくは乙の従業員が正当な理由なく本契約に定める訪問リハビリテーションサービスを実施しない場合。
- ② 乙若しくは乙の従業員が第11条に定める守秘義務に違反した場合。
- ③ 乙若しくは乙の従業員が故意又は過失により甲の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

第19条（事業者からの契約解除）

乙若しくは乙の従業員は甲が以下の各号に該当する行為を行った場合には、本契約を解除することができるものとします。

- ① 甲が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

- ② 甲による第7条第1項及び第2項に定めるサービス利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ③ 甲が故意又は過失により事業所又は乙の従業員等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ 甲の医療機関への入院等により利用中断が2ヶ月(原則)に達した場合。

第20条 (清算)

第16条第1項第2号から第6号により本契約が終了した場合において、甲がすでに実施されたサービスに対する利用料金支払義務及びその他の条項に基づく義務を乙に対して負担している場合には、契約終了日から1ヶ月以内に清算するものとします。

第7章 その他

第21章 (苦情処理)

乙は、その提供したサービスに関する甲等からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

第22条 (協議事項)

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、乙は甲と誠意をもって協議するものとします。

以上の契約の証しとして本契約書を2通作成し、甲及び乙は署名又は記名押印のうえ、各自その1通を保有します。

年 月 日

(利用者およびその家族：甲) 私は、契約書および本書面により、事業者から訪問リハビリテーションについて重要事項の説明を受け内容に同意しました。

住 所

氏 名 印

家族代表者 印 (続柄)

(署名代行者) 私は、下記の理由により利用者に代わり、上記署名を行いました。私は利用者本人の契約意思を確認しました。

住 所

氏 名 印 (続柄)

(事業者：乙) 当事業所は、指定訪問リハビリテーションとして、甲の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスを誠実に責任をもって行います。

〒 006-0805 札幌市手稲区新発寒5条6丁目2番1号
事業所名 札幌秀友会病院 訪問リハビリテーション
理事長 藤原 雄介 印

重要事項説明者 印