

指定訪問リハビリテーション利用契約書・重要事項説明書

(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)

1 概 要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名 (病院名)	あんどろクリニック訪問リハビリテーション
所在地	可児市下恵土 3440-678
電話番号	0574-63-6611
F A X 番号	0574-63-6617
事業所番号 ・その他のサービス	・訪問看護 (指定事業所番号 211. 31. 0074. 3) ・介護予防訪問看護 ・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 ・居宅療養管理指導
サービスを提供できる地域※	可児市、美濃加茂市、御嵩町

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	医師・理事長	1名		あり	1名	介護従業者及び業務の管理
理学療法士 作業療法士	理学療法士 作業療法士	1名	2名	あり	3名	訪問リハビリに従事する
合計		2名	2名	—	4名	—

(3) サービスの提供時間

	通常時間帯 8:30~17:30	早 朝 6:00~8:00	夜 間 18:00~22:00	深 夜 22:00~6:00
平日	○	×	×	×
土・祝日	○	×	×	×
休業日	5月3日~5月5日、12月31日~1月3日			

2 当事業所の運営方針

指定訪問リハビリテーションの従事者は、在宅で療養されている要介護者・要支援者が居宅において、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、利用者様の居宅において、理学療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図る。

また、自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

3 サービスの内容

介護保険給付対象サービスとして、契約者の居宅に理学療法士・作業療法士を派遣し、契約者に対して理学療法、作業療法などのリハビリテーションを提供します。

4 利用料金

地域区分の見直しにより可児市は7級地となり、1単位あたり10.17円となります。総単位数に10.17を乗じた保険請求額の一割分（又は二割分）が負担額となります。

(1) 利用料

介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額（10割）負担となります。

ア 【利用料】（1回あたりの基本単位）

介護予防訪問リハビリテーション費	298/回（1回20分） ※利用開始から12月超利用は30単位/回減算、要件満たすと減算なし。 3か月に1回以上リハビリテーション会議を開催し計画の見直しを行う事で減算なし
訪問リハビリテーション費	308/回（1回20分）

イ【リハビリテーションマネジメント加算】

リハビリテーションマネジメント加算 イ	180/月
リハビリテーションマネジメント加算 ロ	213/月

医師の指示のもと、利用者様毎のリハビリテーション実施計画の作成、定期的記録を行い、その評価のもとに必要な応じその計画を見直します。そして、ケアマネージャーを介しその他の居宅サービス事業に対しリハビリテーションの観点より日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を提供します。

リハビリテーション会議を通じた多職種協同による継続的なリハビリテーションの質の管理に加え、退院退所もない者や新たに要介護認定を受けた者の生活の不安に対して、健康状態、生活の見通し及びリハビリテーション計画の内容等を当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者説明の事により算定させていただきます。会議の開催はおおむね3ヶ月に1度、進捗状況を確認し見直してまいります。

リハビリテーションマネジメント加算は科学的介護情報システム(LIFE)を用いて厚生労働省に情報を提出し、提出情報及びフィードバック情報を活用しケアの質の向上を図ることにより算定させていただきます。

ウ【サービス提供体制強化加算】

サービス提供体制強化加算 I	6 /回
----------------	------

エ【短期集中リハビリテーション加算】

退院（退所）日または認定日から起算して3月以内に訪問リハビリテーションを行った場合	200 /日
---	--------

オ【退院時共同指導加算】

病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師または理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合。	退院時共同指導加算 600 単位/回
--	--------------------

カ【口腔連携強化加算】

事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関およびケアマネージャーに対し、当該評価の結果を情報提供した場合。	口腔連携強化加算 50 単位/回 (月 1 回まで)
---	-------------------------------

(2)交通費

上記1の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は利用料に含まれます。それ以外の地域にお住まいの方は、職員等が訪問するための交通費の実費をご負担していただくことになります。

(3)その他

ア 利用者様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者様のご負担になります。

イ 料金のお支払方法

利用料金・費用は一ヶ月ごとに計算しご請求します。

お支払い方法は、各銀行等金融機関から、口座自動引落としとしますが、ご希望によりあんどろクリニック窓口にてお支払いいただくこともできます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支

援専門員にご相談ください。

サービス開始及び継続の為にあんどろクリニックへの定期受診をお願いいたします。
主治医が他医療機関の場合も、あんどろクリニックでの定期受診が必要となります。

(3 ヶ月に1度)

(2) サービスの中止、変更、追加

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、又は変更もしくは新たな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、サービスの実施日の前日までに申し出てください。

ア 利用者様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の前日までにお申し出ください。

イ 利用期日に利用者様が利用の中止を申し出た場合は、指定訪問リハビリテーションの案内に定める利用料をお支払いいただく場合があります。

ウ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了5日前に文書で通知します。

エ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

(ア) 利用者様が介護保険施設に入所した場合

(イ) 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合(介護保険給付費でのサービスは受けられませんので、ご相談ください。)

(ウ) 利用者様が亡くなられた場合

オ その他

利用者様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

(3) サービスの提供の記録

(ア) 事業所は、訪問リハビリテーションの提供に関する記録を付けることとし、これを契約終了後5年間保管します。

(イ) 利用者様は、事業者の営業時間内にその事業所にて、利用者様に関するサービス実施記録を閲覧できます。

(ウ) 利用者様は、利用者様に関するサービス実施記録複写物の交付を受けることができます。(有料：一枚10円)

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の利用者様相談・苦情窓口

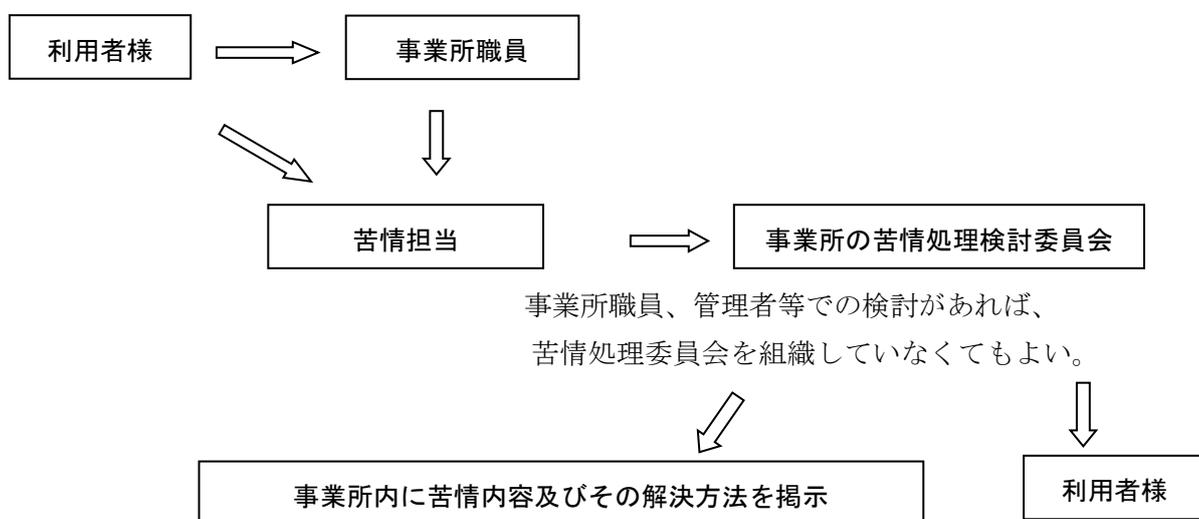
担当者 安藤 文夫

電話 0574-63-6611 FAX 0574-63-6617

受付日 年中（ただし、12月29日～1月3日を除く）

受付時間 午前8時～午後7時

(2) 苦情処理フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び岐阜県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 可児市役所介護保険課（介護事業者係） 0574-62-1111

イ 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

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名		電話番号	
	住所			
ご家族	氏名		電話番号	
	住所			

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償を負いません。特に、以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- 一 利用者様が契約提携時にその心身の状況および病歴などの重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- 二 利用者様がサービスの実施のため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、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- 三 利用者様の急激な体調の変化など、事業者が実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- 四 利用者様が事業者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

9 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者様及びご家族の秘密を漏らしません。

- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、利用者様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者様又はご家族の個人情報を用います。

10 契約解除について

(1) 契約者からの契約解除

契約者は事業者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、事業者が守秘義務に違反した場合、事業者が故意、または過失により利用者様、その家族などの身体・財産・信用などを傷つけた場合、あるいは著しい不信行為、本契約を解除することができます。

(2) 事業者からの契約解除

事業者は契約者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合、契約者が故意、または過失により事業者の身体・財産・信用などを傷つけた場合、あるいは著しい不信行為、本契約を解除することができます。

年 月 日

上記の契約を証するため、本書二通を作成し、利用者様、事業者が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者様に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地

名 称

説明者氏名

印

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の重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者様 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記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 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者様の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・理学療法士・作業療法士等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

年 月 日

事業所の名称

殿

住所

氏名

印

(家族) 住所

氏名

印