

訪問リハビリテーション同意書

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション契約書
訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書
個人情報保護方針についての説明書

医療法人 e n. 縁・在宅クリニック

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 契約書

第1条 (サービスの目的及び内容)

事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう、訪問リハビリ及び介護予防訪問リハビリを提供します。

第2条 (契約期間)

この契約の期間は、西暦 年 月 日からとします。

2 利用者より解約の申し出がないときには、この契約は自動的に継続更新されます。

第3条 (個別サービス計画等)

事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画<ケアプラン・介護予防ケアプラン>に沿って「訪問リハビリテーション計画書」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。

2 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合でその変更がケアプランの範囲内で可能な時は、速やかに「訪問リハビリテーション計画書」の変更等の対応を行います。

3 事業者は、利用者がケアプランの変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターへの連絡調整等の支援を行います。

第4条 (サービス提供の記録等)

事業者は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問リハビリテーション報告書」等の書面に、提供したサービス内容等の必要事項を記録し利用者の確認を受けることとします。

2 事業者は、一定期間ごとに目標達成の状況等を記載して前項の「訪問リハビリテーション報告書」に保存し利用者の求めに応じて閲覧に供します。

3 事業者は、「訪問リハビリテーション報告書」等の記録を作成した後、サービス終了してから5年間は、これを適正に保存し利用者の求めに応じて閲覧に供します。

第5条 (利用者負担金及びその滞納)

訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準(介護報酬告示)によるものとし、当該訪問リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときは介護保険負担割合証に応じた割合とします。但し、基準提供時間を超過する場合は実費負担とし、また区分支給限度基準枠を超えた場合、超えた分の単位数については10割負担となります。

お支払は、1か月分をまとめて、診療月の翌月22日に、契約時に登録いただいた指定金融機関の口座からの振替を行います(手数料は利用者負担とさせていただきます)。

2 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ヶ月以上滞納し、事業者からの督促に対応がない場合等には、一定の猶予期間後に事業者から契約を解除することができます。

第6条（利用者の解約権）

利用者は、事業者に対しいつでも1週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

第7条（事業者の解除権）

事業者は、利用者の著しい不信行為などにより契約の継続が困難とみなした場合、その理由を記載した文書により本契約を解除することができます。

2 事業者は、事業の安定的な運営が困難となった場合、その理由を記載した文書により本契約を解除することができます。この場合、利用者に不利益が生じないよう可能な限り必要な措置を取ります。

第8条（保険証および各種受給者証の確認）

保険診療を行うにあたり、保険医療機関は、保険証や公費医療や医療費助成の受給者証等の確認が義務付けられています。訪問リハビリテーションでは、診療開始時と毎年更新月等に集中的に確認作業を行います。それ以外で新しく保険証・受給者証等を取得や更新した場合は、お手数ですが訪問時等にお声がけいただけると幸いです。併せて、当院スタッフが確認するため写真を撮影させていただきますが予めご了承のほどお願いいたします。

第9条（契約の終了）（事業所からの契約の解除）

事業所は、利用者、利用者家族及び利用者代理人から次のいずれかの事由が発生した場合はこの契約を解除することができます。

- ①職員に対する身体的暴力
（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ②職員に対する精神的暴力
（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職員に対するセクシャルハラスメント
（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的嫌がらせ行為）

その他、上記に準ずる行為

上記により契約を解除する場合、事業者は地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所へ連絡を行う。

第10条（事故発生時における対応方法）

事業者は、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事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、主治医、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じることとします。

第11条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供にあ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。ただし自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

第12条 (秘密保持)

事業者は、業務上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、利用者又は第三者の生命、身体などに危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことは有りません。

2 あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

第13条 (苦情対応)

利用者は、提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、地域包括支援センターの保健師、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てる事が出来ます。

2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにすると共に苦情の申し立て又は相談があった場合には、敏速かつ誠実に対応します。

相談、苦情対応窓口及び担当者 (医療法人en. 縁・在宅クリニック)

☎0982-20-2822 担当者：岩谷 健志

その他苦情やご相談がある場合には下記までご連絡ください。

- ▶ 縁・在宅クリニック (☎0982-20-2822)
- ▶ 宮崎県国民健康保険団体連合会 (☎0985-35-5301)
- ▶ 延岡市介護保険課 (☎0982-22-7069)
- ▶ 宮崎県長寿介護課 (☎0985-26-7058)

3 事業者は、利用者が苦情申し立てなどを行った事を理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

第14条 (契約外条項等)

当該契約及び介護保険等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定めます。

2 当該契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としており、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

第15条 (虐待防止について) (虐待防止責任者 岩谷 健志)

事業者は、虐待防止責任者を選任しています。

2 苦情解決のための体制を設備しています。

3 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。

4 サービス提供中に、医療従事者又は養護者(家族・同居人等)による虐待をう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。

縁・在宅クリニック

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」

あなた又はご家族が利用しようと考えている訪問リハビリテーションあるいは介護予防訪問リハビリテーションについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問してください。

1. 事業者（法人）の概要

事業者氏名	医療法人en. 縁・在宅クリニック 理事長 岩谷 健志
代表者氏名	同上
所在地・連絡先	〒882-0041 宮崎県延岡市北小路12-5 TEL：0982-20-2822 FAX：0982-20-2821

2. 事業所の概要

事業所名	医療法人en. 縁・在宅クリニック
事業所番号	4510312855
所在地・連絡先	〒882-0041 宮崎県延岡市北小路12-5 TEL：0982-20-2822 FAX：0982-20-2821
①指定サービス ②指定番号 ③サービス地域	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 4510312855 宮崎県延岡市

3. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	通院困難な要介護状態又は要支援状態にあるもの者（以下、要介護者等）の自宅を訪問して、適正な訪問リハビリテーション又は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）を提供することを目的とする。
運営の方針	要介護者等が有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。 訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。また、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスとの密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4. 従業者の勤務体制

従業者の職種	人数		通常の勤務体制
	常勤（人）	非常勤（人）	
医師	1	1	8時30分～17時30分
看護師	7	0	8時30分～17時30分
作業療法士	1		8時30分～17時30分

5. 診療日及び診療時間

診療日	診療時間
月～金曜日	9時00分～17時00分
土・日・祝祭日	休診
夏季休業	なし
年末年始休業	12月29日～1月3日

6. サービスの内容と費用

(1) サービスの内容

訪問リハビリテーション	要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、作業療法士が必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図る。
介護予防訪問リハビリテーション	利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、作業療法士が必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、それにより利用者の生活機能の維持または向上を目指す。

(2) 費用

ア 利用料

介護保険の適用がある場合は、原則として提供された訪問リハビリテーション等の1～3割が利用者の負担額となります。

イ 交通費

訪問リハビリテーション等の提供に要する交通費はいただいておりません。

ウ キャンセル料

原則キャンセル料はいただいておりません。キャンセルする場合は速やかにご連絡ください。

(3) お支払いについて

契約書に記載の通り請求いたします。指定方法にてお支払いをお願いします。

利用者様への説明をし、同意をいただいたことを証明するため、利用者様またはその代理人が署名の上、それぞれ1部保管するものとします。

上記の通りご説明させていただきました。

説明を受けた方 _____。

個人情報保護方針

当院では取得した利用者様の貴重な個人情報を含む記録を、適切な医療、看護、介護等に利用させていただきたいと思っておりますので、利用者様のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

1. 利用者様の個人情報は、各種法令に基づいた規程を守った上で下記の目的に利用されます。
 - (1) 当院内での利用
 - ・利用者様がお受けになる医療・介護サービス
 - ・医療保険・介護保険事務
 - ・利用者様に関係する管理運営業務
 - (在宅医療のための管理、会計・経理、医療・介護事故の報告、医療・介護サービスの向上)
 - ・医療・介護サービス業務の維持・改善のための基礎資料
 - (2) 教育、学会、研究会、監査等での利用
 - ・医学的教育
 - ・症例に基づく研究
 - ・外部監査機関への情報提供
 - この利用にあたりましては、可能な限り匿名化するよう努力します。
 - (3) 他の事業者等への情報提供
 - ・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との医療・介護サービス等に関する連携
 - ・他の医療機関等からの医療・介護サービス等に関する照会への回答
 - ・利用者様のサービス提供等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ・検体検査業務の委託、その他の業務委託
 - ・利用者様の家族への説明
 - ・医療・介護保険事務（保険事務の委託、審査支払機関への診療報酬明細書の提出）
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ・関係法令等に基づく行政機関及び司法機関への提出等
 - ・関係法令に基づいて事業者からの委託を受けて健康診断を行った場合における、事業者等への結果通知
 - ・医師賠償責任保険等に係る医療に関する専門団体、保険会社等への相談又は届出等

上記の利用目的で疑問がある場合にはお申し出ください。

2. 上記利用目的以外に利用者様の個人情報を利用する場合は、書面により利用者様の同意をいただきます。

3. 利用者様の個人情報については、次の権利があります。
 - (1) 利用者様は、所定の手続きをされた上で、自己の個人情報開示を請求することができます。
 - (2) 利用者様は、開示を受けた自己の個人情報の内容について、所定の手続きをされたうえで、訂正を請求することができます。
 - (3) 利用者様は、自己の個人情報が不適切な取扱いをされていると思われる場合は、所定の手続きをされた上で、自己の個人情報の利用停止・消去・提供の停止を請求することができます。
 - (4) 利用者様は、上記権利の決定等に関して不服がある場合は、当院に対して異議申し立てをすることができます。

利用者様への説明をし、同意をしていただいたことを証明するため、利用者様またはその代理人が署名の上、それぞれ1部保管するものとします。

上記の通りご説明させていただきました。

説明を受けた方 _____

同意書

西暦 20 年 月 日

上記のとおり、訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの契約を締結します。

私（利用者様）は縁・在宅クリニックより訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションに関する説明を受け内容に同意いたします。

ご本人	住所	電話番号	
		携帯電話	
氏名			
代理人	住所	電話番号	
		携帯電話	
氏名	印 (続柄:)		
緊急連絡先1	住所	電話番号	
		携帯電話	
氏名	印 (続柄:)		
緊急連絡先2	住所	電話番号	
		携帯電話	
氏名	印 (続柄:)		

個人情報使用、また保護方針について
 同意します。

お支払いについて
 □座振替による支払いに同意します。
 振替手数料の患者負担について同意します。
 保険外負担の項目について実費を負担することに同意します。

医療法人en. 縁・在宅クリニック
理事長 岩谷健志

〒882-0041
宮崎県延岡市北小路12-5
TEL: 0982-20-2822
FAX: 0982-20-2821