

介護予防訪問リハビリテーション桔梗利用契約書

甲（利用者）

訪問リハビリテーション桔梗

乙（事業者）（ジョイウェルス桔梗）

（サービス契約の目的）

- 第1条 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い甲に対し、甲が可能な限り居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう各種サービスを提供します。
- 2 乙は、サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び本契約書末尾にその写しが添付されている甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、甲に対しサービスを提供します。
- 3 甲は、乙からサービスの提供を受けたときは、乙に対し別紙「重要事項説明書」の記載に従い利用料自己負担分を支払います。

（契約期間）

- 第2条 この契約の期間は、平成 年 月 日～平成 年 月 日 とします。但し、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。
- 2 上記契約期間満了日の7日以上前に甲又は乙から更新拒絶の申し出がない場合、乙は甲に対し契約更新の意思を確認し、本契約と同一内容での更新の意思が確認された場合には、その旨の確認書を取り交わし本契約書末尾に添付します。
- 3 甲又は乙から更新拒絶の意思が表示された場合は、乙は他の事業者の情報を提供する等必要な措置をとります。

（サービス計画変更の援助）

- 第3条 乙は、甲が介護予防サービス支援計画の変更を希望する場合は、速やかに担当の地域包括支援センターに連絡するなど必要な援助を行います。

（サービス内容の変更）

- 第4条 甲が利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険法適用の有無については、別紙「重要事項説明書」の通りです。
- 2 甲は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。乙は、甲からの申し出があった場合、第1条に規定する予防居宅介護サービス契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。
- 3 サービス内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した「利用サービス変更合意書」を交わします。

（甲の解約権）

- 第5条 甲は、乙に対しいつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、7日以上予告期間をもって届け出るものとし予告期間満了日に契約は解除されます。

(甲の解除権)

第6条 甲は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- 一 乙が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、甲の請求にもかかわらずこれを提供しようとしなない場合。
- 二 乙が、第11条に定める守秘義務に違反した場合。
- 三 乙が、甲の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

(乙の解除権)

第7条 乙は、甲が法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、乙の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となったときは、1週間以上の予告期間をもって文書によりこの契約を解除します。

- 2 乙は、前項によりこの契約を解除する場合には、担当の介護支援専門員又は甲の代理人又は甲の家族等に連絡を取り必要な措置を講じます。

(利用料の滞納)

第8条 甲が、乙に支払うべき利用料の自己負担分を1ヶ月分以上滞納した場合には、乙は甲に対し7日以上を期間を定めて催告し、期間内に滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解除することができます。

- 2 乙は、前項の催告をした場合には、甲担当の介護支援専門員、甲の代理人又は家族等と連絡を取り、解除後も甲の健康・生命に支障のないように必要な措置を講ずる事に努めます。
- 3 乙は、前項の措置を講じた上で、甲が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもってこの契約を解除することができます。

(契約の終了)

第9条 次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- 一 甲が死亡したとき。
- 二 第5条に基づき、甲から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 三 第6条に基づき、甲から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 四 第7条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 五 第8条3項に基づき、利用料の支払いが催告後も未納の場合。
- 六 甲が医療機関や介護保険施設等へ入院(入所)した場合。
- 七 甲の要介護状態区分が改善され、通院が可能となった場合。

(事故発生時の対応及び損害賠償)

第10条 乙は、甲に対するサービスの提供にあたって、甲の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに甲又は甲の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

- 2 前項の場合において、当該事故の発生につき乙の故意若しくは重大な過失がある場合には損害を賠償します。
- 3 甲の行為により乙が何らかの被害・損害を受けた場合は、甲又は甲の代理人、甲の家族等は連帯して乙の被害を賠償します。

(秘密保持)

第11条 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供にあたって知り得た甲・甲の家族または身元引受人の秘密を漏らしません。

- 2 乙は、甲・甲の家族または身元引受人の個人情報を用いる場合は、甲・甲の家族または身元引受人の同意を得るものとします。

(苦情対応)

第12条 甲又は甲の家族は、乙により提供されたサービスに不満がある場合、別紙「重要事項説明書」記載の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。

2 乙は、前項による苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処するように努めます。

3 乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(サービス内容等の記録作成・保存)

第13条 乙は、甲に対してサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日、内容及び介護保険から支払われる報酬等の必要事項を所定の書面に記載します。

2 乙は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から2年間保存します。

(合意管轄)

第14条 本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、函館地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを、乙、甲及び甲の家族は予め合意します。

(契約外条項)

第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

以上の契約の証として本契約書を2通作成し、甲および乙は署名または記名、押印の上、各自1通ずつ所持します。

平成 年 月 日

私は、以上の契約につき説明を受け、その内容を理解し本契約を申し込みます。

(利用者 甲) 住 所
氏 名 印
電話番号 () -

代 筆 者 続 柄 () 印
代筆理由： 手が不自由 認知症 その他 ()

私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

(身元引受人) 住 所
氏 名 印
甲との続柄 ()
電話番号 () -

当事業者は、甲の申し込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

(事業所 乙) 所在地 〒041-0801
函館市桔梗町557番地
名 称 訪問リハビリテーション桔梗
(医療法人 聖仁会
介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗)
代表者名 管理者 森 久恒
電話番号 0138(46)8881

重要事項説明書（介護予防訪問リハビリテーション桔梗）

介護予防訪問リハビリサービスの提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 聖仁会
主たる事務所の所在地	函館市桔梗町557番地
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 森 敬
電話番号	0138(47)2222

2. ご利用事業所

事業所の名称	訪問リハビリテーション桔梗（ジョイウェルス桔梗）
事業所の所在地	函館市桔梗町557番地
都道府県知事許可番号	0151480035
管理者の氏名	森 久恒
電話番号	0138(46)8881
ファクシミリ番号	0138(46)8880

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
入所サービス	平成12年4月1日	0151480035	100人
短期入所療養介護	平成12年4月1日	0151480035	
通所リハビリテーション	平成12年4月1日	0151480035	60人
訪問リハビリテーション	平成16年7月1日	0151480035	
介護予防短期入所療養介護	平成18年4月1日	0151480035	
介護予防通所リハビリテーション	平成18年4月1日	0151480035	

4. 事業所の目的と運営の方針

〔目的〕 医療法人聖仁会が開設するジョイウェルス桔梗（以下「事業所」という。）

が行う指定居宅サービスに該当する介護予防訪問リハビリテーション（以下「指定介護予防訪問リハビリテーション」という）の事業は、要支援状態等となった場合においても、その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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法、言語療法等のリ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目指すことを目的とする。

〔方針〕 介護予防サービス-支援計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、そのものが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努めるものとする。

地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

5. 通常の実施地域

実施地域	函館市、北斗市、七飯町
------	-------------

6. 営業日及び営業時間

営業日	月～金 但し、国民の休日及び年末年始（12/31～1/3）は除く
営業時間	通常は午前9時から午後5時まで

7. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかにご連絡ください。

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。(但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)

(3) キャンセル料は、下記のとおりお支払いいただきます。

期間	キャンセル料
利用日の前日まで	無 料
利用日の当日	利用者負担金の 100%

8. 職員体制

従業者の職種	人 員
理学療法士	2名（常勤兼務2名）
作業療法士	1名（常勤兼務1名）
言語聴覚士	2名（常勤兼務2名）

9. サービスの利用料

(1) 介護保険給付によるサービス

保険給付の自己負担額

①訪問リハビリテーション費

500円/日

* 通院が困難な利用者に対し、医師の指示に基づき理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問リハビリを行ったとき場合。

②リハビリ実施計画書を作成し、リハビリを行った場合は1日につき20円が加算されます。

③②のリハビリにおいて、集中的にリハビリを実施した場合は1日につき200円が加算されます。

(病院等から退院した日又は要支援の認定を受けた日から3月以内)

(2) 支払い方法

・毎月7日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の15日までにお支払い ください。お支払い頂きますと領収書を発行いたします。

・支払いの方法は、現金、銀行振込があります。

10. 苦情等申立窓口

当訪問リハビリのサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当者までお気軽にご相談ください。また、施設の相談窓口での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

苦情・相談窓口	電話番号	0138-46-8881
	Fax 番号	0138-46-8880
	担当者	小番 恵利 (訪問リハビリ責任者)
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分

協力施設：介護老人保険施設ジョイウェルス桔梗（苦情対応窓口）

・相談窓口 ・苦情対応窓口	電話番号	0138-46-8881
	Fax 番号	0138-46-8880
	支援相談員	信太克則、佐藤大典、熊木清仁
	介護支援相談員	福崎伶子、木村トモ子、末武直美
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

函館市福祉部 介護高齢福祉課	所在地	函館市東雲町4番13号
	電話番号	0138-21-3025
	Fax 番号	0138-26-5936
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分
北斗市健康推進課	所在地	北斗市中央1丁目3番10号
	電話番号	0138-73-3111
	Fax 番号	0138-73-6970
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分
七飯町保健福祉課 介護保険係	所在地	亀田郡七飯町字本町568番3号
	電話番号	0138-65-2511
	Fax 番号	0138-65-9280
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分
北海道国民健康保険 団体連合会	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
	電話番号	011-231-5161
	Fax 番号	011-233-2178
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
北海道保健福祉部 介護保険課 指導グループ	所在地	札幌市中央区北3条西6丁目
	電話番号	011-231-4111 内線25-911
	Fax 番号	011-232-1097
	対応時間	午前8時45分～午後5時30分

1 1. 協力医療機関（1）

医療機関の名称	森 病院
院長名	森 敬
所在地	函館市桔梗町557番地
電話番号	0138-47-2222
診療科	内科、循環器科、消化器科、理学診療科、放射線科
入院設備	135床

協力医療機関（2）

医療機関の名称	函館新都市病院
院長名	青野 允
所在地	函館市石川町331-1
電話番号	0138-46-1321
診療科	脳神経外科、内科、理学診療科、整形外科、歯科
入院設備	155床

協力医療機関（3）

医療機関の名称	遠藤整形外科
院長名	遠藤 尚暢
所在地	函館市桔梗町333番地の5
電話番号	0138-46-8525
診療科	整形外科、理学診療科
入院設備	19床

1 2. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	三ツ石歯科
院長名	三ツ石 信
所在地	函館市桔梗町327番地
電話番号	0138-47-1000
入院設備	無

1 3. 緊急時の対応

（1）緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

かかりつけ医
 病院名
 住 所 〒 —

 電話番号 （ ）

（2）家族又は身元引受人等の緊急連絡先

連絡先
 住 所 〒 —

 電話番号 （ ）
 続 柄

【 説明確認欄 】

平成 年 月 日

訪問リハビリテーション桔梗利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明
しました。

事業所	所在地	函館市桔梗町557番地
	事業所名	訪問リハビリテーション桔梗
	説明者	印
	職種	

訪問リハビリテーション桔梗利用契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

<利用者> 住所

氏名 _____ 印

代筆者 _____ 続柄 () 印

代筆理由： 手が不自由 認知症 その他 ()

<身元引受人> 住所

氏名 _____ 印

個人情報使用同意書 (介護予防訪問リハビリテーション桔梗)

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同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供する為に実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業所の範囲

サービス区分	所在地	事業者名
介護予防 訪問リハビリテーション	函館市桔梗町557番地	訪問リハビリテーション桔梗 (介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗)

3 使用する期間

平成 年 月 日 から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

4 条件

(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあ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。

平成 年 月 日

訪問リハビリテーション桔梗
(介護老人保健施設ジョイウェルス桔梗)
管理者 森 久恒 様

(利用者) 住所
氏名 印

代筆者 続柄 () 印

代筆理由: 手が不自由 認知症 その他 ()

(家族または身元引受人) 住所
氏名 印