

介護老人保健施設山県グリーンポート 訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーション利用契約書

(契約の目的)

第1条 医療法人社団友愛会 介護老人保健施設山県グリーンポート(以下「当施設」という。)は、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者(以下単に「利用者」という。)に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるように、訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションを提供し、一方、利用者又は家族若しくは連帯保証人は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 本契約は、利用者が介護老人保健施設山県グリーンポート訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーション利用同意書を当施設に提出したのち、令和 年 月 日 以降から効力を有します。但し、連帯保証人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

- 2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、「別紙1重要事項説明書」、「別紙2利用料金一覧表」、及び「別紙3個人情報利用目的」の改定が行われぬ限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設の訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションを利用することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者又は家族若しくは連帯保証人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画及び介護予防サービス計画にかかわらず、本契約に基づく訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーション利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者又は家族若しくは連帯保証人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者及び介護予防サービス計画作成者に連絡するものとします。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者又は家族若しくは連帯保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションサービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護・要支援認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画及び介護予防サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者の病状・心身状態等が著しく悪化し、適切な訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者又は家族若しくは連帯保証人が、本契約に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合

- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、サービスの提供を行うことができない場合

(利用料金)

- 第5条 利用者又は家族若しくは連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションの対価として、別紙2の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。
- 2 当施設は、利用者又は家族若しくは連帯保証人が指定する者に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに発行し、所定の方法により交付します。利用者又は家族若しくは連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の27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うえ双方合意した方法によりますが、特に指定がない場合は原則として、金融機関口座自動引落としとします。
 - 3 当施設は、利用者又は家族若しくは連帯保証人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は家族若しくは連帯保証人の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。
 - 4 前項までに定める利用料金の支払いを連帯保証人が負うべき場合、上限額は3万円とする。

(記録)

- 第6条 当施設は、利用者の訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。(診療録については、5年間保管します。)
- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、家族及び連帯保証人その他の者(利用者の代理人を含みます。)に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

- 第7条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は家族若しくは連帯保証人に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。
- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
 - ② 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター(介護予防支援事業所)等との連携
 - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
 - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
 - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(虐待防止に関する事項)

第8条 事業所(施設)は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について全従業者に周知 徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施(年2回)
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受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するものとする。

(緊急時の対応)

第9条 当施設は、サービス利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、その他必要に応じて速やかに利用者又は家族若しくは連帯保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

2 前項のほか、当施設は利用者又は家族若しくは連帯保証人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第11条 利用者又は家族若しくは連帯保証人は、当施設の提供する訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションに対しての要望又は苦情等について、申し出ることができ、又は、施設備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第12条 訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者又は家族若しくは連帯保証人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(家族及び連帯保証人)

第13条 当施設は利用者に対し、確実な保証能力のある家族及び連帯保証人をたてるものとします。家族及び連帯保証人は当施設に対し、そのサービスに係わる一切の債務を利用者と連帯して履行する責任、及び第11条に定める賠償責任を負うものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第14条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は家族若しくは連帯保証人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

2 詳細・利用料金は、「別紙1重要事項説明書」、「別紙2利用料金一覧表」、及び「別紙3個人情報の利用目的」にて定めるものとします。

本契約書、別紙1、別紙2、及び別紙3の説明者

令和 年 月 日

職 名 _____

氏 名 _____

介護老人保健施設山県グリーンポート
訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーション重要事項説明書
(令和6年6月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ◇施設名……………介護老人保健施設 山県グリーンポート
- ◇開設年月日……………平成16年8月3日(訪問リハ:平成16年11月1日)
- ◇所在地……………岐阜県山県市大門773番地
- ◇電話番号……………(0581)36-2800
- ◇ファックス番号……………(0581)36-2122
- ◇介護保険指定番号……………介護老人保健施設、訪問リハ共通(2150880017号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

■ ～訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーション運営規程

第2条:施設の目的より～

当事業は、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、リハビリテーション等を行い、利用者の日常生活動作の向上および利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

■ ～運営規程 第3条:運営の方針より～

当事業の従業者は、利用者が居宅において、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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法、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。

2 当事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保険医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

(3) 職員体制(一部、介護老人保健施設と兼任)

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 11人(うち、非常勤1人)

(4) 営業時間

営業日	月曜日 ～ 土曜日
営業時間	8:30 ～ 17:00
(営業しない日)	(日曜日、国民の休日、振替休日、12月30日～1月3日)

(5) 訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションサービス提供地域

サービス提供地域	山県市、岐阜市長良川以北、 関市武芸川町
----------	-------------------------

2. サービス内容

訪問リハビリテーション計画及び予防訪問リハビリテーション計画の立案

- ・ 居宅サービス計画の内容に沿って利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、リハビリテーションの目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載し、計画を作成します
- ・ 医師の指示の基づき、居宅を訪問し基本的動作能力または、応用的動作能力、社会適応能力の回復を図るための訓練について必要な指導を行います
- ・ ご自宅まで訪問し、心身機能の維持回復を目的に、利用者に適した訓練プログラムや、ご家族への必要な助言・指導等を理学療法士若しくは作業療法士が評価・作成・実施します

■ 担当の 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、
..... ですが、やむを得ない事由で変更する場合があります。

3. 利用料金

「別紙2利用料金一覧表」に記載

※キャンセル料

当事業所では、キャンセル料は徴収しない方針です。但し、通常はご利用予定日前日まで、あるいは急変等の場合にあつては、遅くともご利用開始時間の1時間前までには、中止の旨のご連絡をお願いします。

無断のご利用中止が度重なる場合には、利用契約の解除を申し出る場合があります。

※交通費実費

利用者の居宅が当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、訪問サービスに要した交通費について、事業実施地域を越えたら地点から1キロメートルにつき40円お支払いいただきます。

4. 支払い方法

お支払い方法は原則として、金融機関口座自動引落としと致します。

毎月15日までに、前月分の請求書を発行します、その月の27日頃に利用者及び連帯保証人が指定した金融機関口座より自動引き落とし致します。

契約時に金融機関指定用紙の預金口座振替依頼書(金融機関口座自動引落とし申込書)に記入して頂きます。

5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようになっています。

なお、他の医療機関等への受診につきましては、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

・協力医療機関

名 称 岩砂病院・岩砂マタニティ

住 所 岐阜市八代1丁目7番1

名 称 岐北厚生病院

住 所 山県市高富1187番地の3

・協力歯科医療機関

名 称 朝日大学PDI岐阜歯科診療所

住 所 岐阜市都通5丁目15番地

◆緊急時の連絡先

緊急の場合には、利用者及び連帯保証人が指定する連絡先に連絡します。

6. サービス利用に当たっての留意事項

ご利用にあたり、利用者本人の介護保険被保険者証、介護保険負担限度額認定証、医療保険証(後期高齢者医療被保険者証・健康保険被保険者証・国民健康保険被保険者証)、後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証、福祉医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、身体障害者手帳等を確認させていただきます。

・ハラスメントについて・・・・・・・・

- ◆利用者またはその家族等が、事業者やサービス従事者に対して次の事由に該当した場合は、事業者は文章で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

(1)パワーハラスメント(身体的・精神的暴力)、セクシャルハラスメント(性的ないやがらせ)などの行為

①パワーハラスメントの例

- ・物を投げつける、たたく、ひっかく、つねる
- ・威圧的な態度で文句を言い続ける、理不尽な要求をする
- ・怒鳴るなど

②セクシャルハラスメントの例

- ・必要もなくサービス従事者の体に触る
- ・卑猥な言動を繰り返す
- ・わいせつな写真等を見せるなど

③その他

- ・サービス従事者の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・ストーカー行為など

(2)サービス利用中に、同意なくサービス従事者を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

7. 要望及び苦情等の相談

当施設の職員、担当介護支援専門員・行政機関等にお気軽にご相談ください。
苦情・相談への対応は次の通りです。

○苦情・受付相談窓口

山県グリーンポート訪問リハビリ責任者に申し出る

電 話 0581-36-2800

FAX 0581-36-2122

開設時間 月曜日～土曜日 8時30分～17時00分

○外部相談窓口

山県市健康介護課	電話 0581-22-6838
岐阜市介護保険課	電話 058-214-2093
関市高齢福祉課	電話 0575-23-8993
もとす広域連合介護保険課	電話 058-320-2220
岐阜県国民健康保険団体連合会	電話 058-275-9826

○処理手順

- ① 検討会の開催＝事実確認を行い、施設長、事務長、看護介護部長、苦情受付対応者(必要に応じては、対象職員)と協議します。
- ② 苦情の返答＝検討した結果を施設長名で速やかに返答します。
- ③ 改善の実施＝改善を速やかに実施し、改善状況を確認します。
(損害を賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。)
- ④ 解決困難な場合＝保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行います。また、解決できない場合には、保険者と協議し、国保連合会への報告及び指導をいただきます。
- ⑤ 再発防止＝同様の苦情、事故が起こらないように苦情対応報告書に記録し、職員に周知するとともに「苦情対応手順」に則り再発防止に努め、サービスの向上に努めます。

8. 損害賠償

当施設において、事業者の責任により利用者が生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償致します。ただし、その損害の発生について利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時は、事業者の損害賠償を減じる場合があります。なお、その損害の発生について、次の場合は損害賠償の責は負えません。

- ① 介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する『身体拘束の原則禁止』により、基本的介護サービスを行います。が、法律を遵守することにより転倒等の事故が起こった場合。
- ② 法定の勤務体制中であり当施設に故意過失がない場合。
- ③ 利用者に故意又は過失が認められる場合。

9. 虐待の防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③ その他虐待防止のために必要な措置(委員会の開催、指針整備等)

2 事業所はサービス提供中に、虐待を受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するものとする。

9. その他

当施設についての詳細は、パンフレットをご覧ください。また、ホームページでもご覧いただけます。

当施設についてのお問い合わせは、遠慮無くお申し出ください。

<運営母体・関連施設>

- ・法人名 医療法人社団 友愛会
- ・施設名 ・岩砂病院・岩砂マタニティ(内科・婦人科・小児科・リハビリテーション科・放射線科・産科)
 - ・岐阜市地域包括支援センター長良 ・岩砂訪問看護ステーション
 - ・岩砂介護保険支援センター長良 ・岩砂訪問介護センター長良
 - ・岐阜市地域包括支援センター岩野田
 - ・You&Iの森 いわのだ
 - 小規模多機能型居宅介護 とまり木
 - 住宅型有料老人ホーム にこの木
 - ・岩砂ローズガーデン(グループホーム)
 - ・You&Iの森 ながら
 - 福光グリーンホーム(グループホーム)
 - 小規模多機能型居宅介護 ひとい木
- ・所在地 岐阜市八代1丁目7番1
- ・代表者名 理事長 岩砂智丈
- ・電話番号 058-231-2631 / FAX番号 058-294-1480
- ・URL <https://yuuaikai-gifu.or.jp>

友愛会における介護サービスの提供に必要な 個人情報の利用目的

■ 施設・事業所内での利用

1. 利用者に提供する介護サービス
2. 介護保険事務
3. 入退所等の管理
4. 会計・経理
5. 介護事故・緊急時等の報告
6. 利用者への介護・医療サービスの向上

■ 他の介護事業所等への情報提供を伴う利用

1. 他の病院、診療所、薬局及びその他の居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、行政等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
2. その他の業務委託
3. 家族等への心身の状況説明
4. 保険事務の委託
5. 審査支払機関へのレセプトの提出
6. 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
7. 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

■ その他の利用

1. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 外部監査機関・評価機関等への情報提供
3. 施設内において行われる学生等の実習への協力
4. 学会・学術誌等への発表・報告

なお、特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名・生年月日・住所等を消去し匿名化いたします。匿名化が困難な場合については、本人の同意を得ます。

<補足事項>

- 上記のうち、個人情報の利用について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当者までお申し出ください。
- お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
- これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。

**介護老人保健施設山県グリーンポート
訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーション利用同意書**

介護老人保健施設山県グリーンポートの訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーションを利用するにあたり、「介護老人保健施設山県グリーンポート訪問リハビリテーション及び予防訪問リハビリテーション利用契約書」、「別紙1 重要事項説明書」、「別紙2 利用料金一覧表」、及び「別紙3 個人情報の利用目的」を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

＜利 用 者＞

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者) _____ 印

＜連帯保証人＞

住 所 _____

氏 名 _____ 印

別紙3個人情報の利用目的を確認し同意します

＜家 族＞

住 所 _____

氏 名 _____ 印

＜当 施 設＞

所在地 山県市大門773番地

法人名 医療法人社団 友愛会

施設名 介護老人保健施設山県グリーンポート

代表者 理事長 岩 砂 智 丈 _____ 印

【本契約第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】(本人・連帯保証人・家族)

住 所	〒 _____
氏 名	_____ (続柄 _____)
電話番号	(携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先) _____