

# (介護予防) 訪問リハビリテーション 契約書

(兼 重要事項説明書・個人情報使用同意書)

利用者 \_\_\_\_\_ 様 (以下「甲」という) と事業者介護老人保健施設よいち (以下「乙」という) の訪問リハビリテーションサービス利用に関して、次のとおり契約を結びます。

## 第1条 (契約の目的)

乙は、要介護状態と認定された甲に対し、介護保険法令の趣旨およびこの契約書に従って、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に、甲の心身機能の維持回復を図るために、訪問リハビリテーションサービスを提供します。一方、甲及び甲の身元引受けをするもの (以下「身元引受人」という) は、乙に対し、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。

## 第2条 (適用期間)

1. 本契約は、甲が本契約書を乙に提出したときから効力を有します。但し、身元引受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. 甲は、前項に定める事項の他、本契約の改定が行なわれない限り、初回利用時の本契約書提出をもって、繰り返し乙を利用することができるものとします。

## 第3条 (甲からの解除)

甲及び身元引受人は、乙に対し、利用の終了を意思表示することにより、本契約に基づく利用を解除・終了することができます。

## 第4条 (乙からの解除)

乙は、甲及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく利用を解除・終了することができます。

1. 甲が要介護認定において自立と認定された場合
2. 主治医から定期的に提供される訪問リハビリテーション指示書において、利用の必要性がないと判断された場合
3. 甲の病状、心身状態等が著しく悪化し、乙での適切な訪問リハビリテーションの提供を越えると判断された場合
4. 甲及び身元引受人が、本約款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 10 日間以内に支払われない場合
5. 次に該当した場合、乙は甲に対して 1 ヶ月の予告期間において、理由を示した文章で通知することによりこれを施行できる
  - (ア) 甲が、乙又は乙の職員等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他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
  - (イ) 甲又はその家族が、乙又は乙の職員等に対して業務遂行に対し大きな支障をきたし、話し合いを持って改善が見られない場合
6. 天災、災害、その他やむを得ない理由により、乙を利用させることができない場合

7. 甲が何らかの事情により、2か月以上継続して利用をお休みされた場合

#### 第5条 (利用料金)

1. 甲及び身元引受人は、連帯して、乙に対し、本契約に基づく訪問リハビリテーションの対価として、利用単位(重要事項説明書参照)ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額、及び甲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。但し、乙は、甲の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
2. 乙は、甲及び身元引受人が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日前後に発送し、甲及び身元引受人は、連帯して、乙に対し、当該合計額をその月の末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上、双方合意した方法により決定します。
3. 乙は、甲又は身元引受人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、甲及び身元引受人が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

#### 第6条 (訪問リハビリテーション計画の作成・変更)

1. 乙は、医師の診断に基づいて、利用者の病状・心身状況・日常生活全般の状況および希望を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成します。
2. 訪問リハビリテーション計画には、訪問リハビリテーションサービスの目標や、目標達成のための具体的なサービス内容を記載します。
3. 乙は、訪問リハビリテーション計画を作成、また変更した場合は、甲およびその家族に対して説明を行い、甲およびその家族の同意を得るものとします。
4. 訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合、その居宅サービス計画の内容に沿って作成します。
5. 次のいずれかに該当する場合、乙は、第1条に規定する訪問リハビリテーションの目的にしたがって、訪問リハビリテーション計画を変更します。  
(ア)甲の心身の状況などの変化により、当該訪問リハビリテーション計画の変更を要する場合  
(イ)甲およびその家族などが、訪問リハビリテーション計画の変更を希望する場合
6. 乙は、前項の訪問リハビリテーション計画の変更を行う場合、甲およびその家族に対して説明を行い、甲およびその家族の同意を得るものとします。

#### 第7条 (訪問リハビリテーションサービスの内容およびその提供)

乙は、第6条によって作成された訪問リハビリテーション計画に基づき、甲に対して訪問リハビリテーションのサービスを提供します。サービス内容については、【重要事項説明書】に記載されているとおりです。

#### 第8条 (記録)

1. 乙は、甲の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2年間は保管します。
2. 乙は、甲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、身元引受人その他の者(甲の代理人を含みます)に対しては、甲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。

### 第9条 （身体の拘束等）

乙は、原則として甲に対し、身体的拘束その他行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という）は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の甲の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

### 第10条 （虐待防止のための措置に関する事項）

1. 乙は虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。
  - (ア)虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に十分周知します。
  - (イ)虐待防止のための指針を整備します。
  - (ウ)従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
  - (エ)前三号に掲げる措置を適切に実施するために担当者を置きます。
2. 前項1号に規定する委員会は、テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとします。

### 第11条 （業務継続計画の策定等）

1. 乙は、感染症や非常災害の発生時において、甲に対する訪問リハビリテーション等の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
2. 乙は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
3. 乙は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

### 第12条 （秘密の保持）

1. 乙とその職員は、業務上知り得た甲又は身元引受人若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、乙は、甲及び身元引受人から、予め同意を得た上で行なうこととします。
  - (ア)介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
  - (イ)介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なおこの場合、甲個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
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。

### 第13条 （連携）

乙は、訪問リハビリテーションのサービス提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

#### 第14条（緊急時の対応）

1. 乙は、甲に対し訪問リハビリテーションのサービスを提供しているときに、甲に容態の急変が生じた場合は、速やかに主治医又は家族に連絡を取り、必要な措置を講じます。
2. 乙は、甲に対し、乙における訪問リハビリテーションでの対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

#### 第15条（要望又は苦情等の申出）

乙は、甲およびその家族からの相談・苦情などに対応する窓口を設置し、乙が提供した訪問リハビリテーションサービス、または訪問リハビリテーション計画に位置づいたサービスに関する要望・苦情などに対し、迅速かつ誠実に対応を行います。

#### 第16条（賠償責任）

1. 介護保健施設サービスの提供に伴って乙の責に帰すべき事由によって、甲が損害を被った場合、乙は甲に対して、損害を賠償するものとします。
2. 甲の責に帰すべき事由によって、乙が損害を被った場合、甲及び身元引受人は、連帯して、乙に対してその損害を賠償するものとします。

#### 第17条（利用契約に定めのない事項）

この約款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、甲又は身元引受人と乙が誠意をもって協議して定めることとします。

# 重要事項説明書

(令和7年7月1日現在)

## 1. 施設の概要

### (ア) 事業所の概要

- ・ 施設名：医療法人社団健志会 介護老人保健施設よいち
- ・ 所在地：余市郡余市町山田町201番地5
- ・ 連絡先：0135-21-4567
- ・ FAX：0135-21-4568
- ・ 管理者：川崎 君王
- ・ サービス種類：(介護予防) 訪問リハビリテーション
- ・ 介護保険指定番号： 0152580056号
- ・ サービス提供地域： 余市町・仁木町・古平町

### (イ) 訪問リハビリテーションの目的

訪問リハビリテーションは、介護老人保健施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示にもとづき、通院が困難な利用者様の自宅を訪問して、心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを行うものです。対象者は、病状が安定期にあり、診療にもとづき実施される計画的な医学的管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた要介護者・要支援者となります。この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

### (ウ) 介護老人保健施設よいちの運営方針

介護が必要なお年寄りに、明るく家庭的な雰囲気の中で、医師の管理の下に、看護、介護、リハビリテーションを中心としたサービスの提供を行い、一日もはやく家庭に復帰されるようにお手伝いいたします。

### (エ) 訪問リハビリテーションの職員体制

|                        |        |               |
|------------------------|--------|---------------|
| 管 理 者                  | 常勤1人   | 事業所の管理の実施     |
| 医 師                    | 常勤1人以上 | 利用者の健康管理      |
| 理 学 療 法 士<br>作 業 療 法 士 | 常勤1人以上 | 利用者のリハビリテーション |

## 2. 営業日及び営業時間

- ・ 営業日 月曜日から金曜日まで（祝日含む）  
※ただし、12月30日から1月3日までを除く
- ・ 営業時間 午前9時～午後5時まで

### 3. サービス内容

(ア)理学療法士等が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。

(イ)交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。

|                       |   |
|-----------------------|---|
| リハビリテーション<br>実施計画書の作成 | 居宅介護支援事業所のケアマネージャーが作成したケアプラン（居宅サービス計画書）や利用者様、ご家族様の要望に沿って、計画的な医学的管理を行っている医師の指示にもとづき、当施設の訪問リハビリテーション職員が協議の上、作成致します。<br>作成後は、ご本人様及びご家族様に、ご説明後同意を頂いた上で、サービスの提供をさせていただきます。 |
| 機能訓練                  | リハビリ専門職による訓練を実施致します   |
| 相談援助サービス              | 利用者様やご家族に対して、介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点や悩みへの助言、身体機能に関することの相談等を行います   |

### 2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0135-21-4567

担 当 部 署：リハビリテーション課

担 当 者：作業療法士 岩渕 有紀子

受 付 時 間：午前9：00～午後5：00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

#### 4. 利用料金

毎月、10日前後に前月分の請求書を発送しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします（別途郵便料金110円自己負担）。

お支払い方法は、現金・銀行振込・口座自動引落とし（北洋銀行、ゆうちょ銀行、北海道信用金庫）の3方法があります。利用契約時にお選びください。

##### (ア)訪問リハビリテーション基本料金

| 項目                                 | 単位                |   |
|------------------------------------|-------------------|---|
| 訪問リハビリテーション費                       | (要介護者) 308単位/20分毎 |   |
| 介護予防<br>訪問リハビリテーション費               | (要支援者) 298単位/20分毎 |   |
| その他の加算（該当時のみ）                      |                   |   |
| リハビリテーション<br>マネジメント加算（イ）<br>※要介護のみ | 180単位/月           | 定期的に（3カ月に1回）計画を見直してリハビリテーションサービスを提供し、担当者、関係者と情報を共有する    |
| リハビリテーション<br>マネジメント加算（ロ）<br>※要介護のみ | 213単位/月           | 上記（イ）の要件に加え、リハビリ計画書等の情報を厚生労働省に提出する                      |
| 事業所医師による<br>リハビリ計画の説明、同意<br>※要介護のみ | 270単位/月           | 事業所医師から訪問リハビリテーションに関する計画の説明を定期的に行う<br>※上記（イ）または（ロ）に加える  |
| 短期集中個別<br>リハビリテーション実施加算            | 200単位/回           | 退院（所）または認定日から起算して3か月以内に1週間に2回以上、1日あたり、20分以上のリハビリを実施した場合 |
| サービス提供体制<br>強化加算（I）                | 6単位/回             | 訪問リハビリテーションを提供する理学療法士等のうち、勤続7年以上の者がいる事業所が訪問リハビリを行う場合    |
| 退院時共同指導加算                          | 600単位/回           | 医療機関の退院前医療前カンファレンスにリハ専門職が参加した場合、初回の訪問リハビリテーション時に算定      |

| その他の利用料金  |  |
|-----------|--|
| 実施区域外訪問費用 | <p>実施区域内での訪問は料金を頂いておりませんが、実施区域外への訪問につきましては別途料金を頂いております。</p> <p>&lt;実施区域&gt;<br/>余市町・仁木町・古平町</p> <p>※当施設より20km超えた場合、1kmにつき50円/日</p> |

##### (イ)その他の費用

ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

## 5. 各種協力医療機関

### ・協力医療機関

- ・名 称 社会福祉法人北海道社会事業協会余市病院
- ・住 所 余市郡余市町黒川町19丁目1-1
- ・電 話 0135-23-3126

### ・協力歯科医療機関

- ・名 称 佐藤歯科医院
- ・住 所 余市郡余市町大川町15丁目12番地
- ・電 話 0135-22-3678

## 6. 緊急時の対応

ご利用者様の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取り必要な処置を行ないます。

## 7. 事故発生時の対応

- (ア)ご利用者様に対するサービス提供により事故が発生した場合には速やかにご利用者様の家族、居宅支援事業所等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- (イ)事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。
- (ウ)ご利用者様に対するサービス提供により発生した事故等により利用者様の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

## 8. 守秘義務

事業者及びサービスの従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合や、サービス担当者会議などにおいては、必要に応じて心身等の個人情報を提供する場合がございます。

## 9. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

## 10. その他

当施設についての詳細は、パンフレットをご用意しておりますので、ご請求ください。

<苦情申し立て>

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は下記の専用窓口で受付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

【作業療法士】 佐藤 なつみ

受付時間 毎週月曜日～金曜日

9：00～17：00

電話番号 0135-21-4567

また、ご意見箱も設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

|                                    |                                     |              |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 余市町高齢者福祉課（余市町役場内）                  | 余市町朝日町26番地                          | 0135-21-2119 |
| 北海道福祉サービス運営適正化委員会<br>（北海道社会福祉協議会内） | 札幌市中央区北2条西7丁目1番地<br>北海道立社会福祉総合センター内 | 011-241-3976 |
| 介護サービス苦情処理委員会<br>（北海道国民健康保険団体連合会）  | 札幌市中央区南1条西14丁目                      | 011-231-5161 |

（介護予防）訪問リハビリテーションサービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 医療法人社団 健志会  
介護老人保健施設よいち  
住所 余市郡余市町山田町 201-5  
職・氏名 作業療法士・岩渕 有紀子

# 個人情報保護に関する説明

## (個人情報使用同意書)

### 個人情報の利用目的

「介護老人保健施設よいち」では、利用者様の尊厳を守り安全に配慮する、介護老人保健施設基本方針のもと、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

#### 【利用者様への介護サービスの提供に必要な利用目的】

(介護老人保健施設内部での利用目的)

- 当施設が利用者様等に提供する介護サービス
- 介護保険事務
- 介護サービスの利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち以下のもの
  1. 入退所等の管理
  2. 会計・経理
  3. 事故等の報告
  4. 当該利用者様の介護・医療サービスの向上

(他の事業者等への情報提供を伴う利用目的)

- 当施設が利用者様等に提供する介護サービスのうち以下のもの
  1. 利用者様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅支援事業者との連携、照会への回答
  2. 利用者様の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  3. 検体検査業務の委託その他の業務委託
  4. ご家族様等への心身の状況説明
- 介護保険業務のうち以下の業務
  1. 保険事務の委託
  2. 審査支払機関へのレセプトの提出
  3. 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 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

#### 【上記以外の利用目的】

(当施設の内部での利用に係る利用目的)

- 当施設の管理業務のうち以下のもの
  1. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  2. 当施設において行われる学生への実習への協力
  3. 当施設において行われる事例研究

(他の事業者等への情報提供に係る利用目的)

- 当施設の管理業務のうち以下のもの
  1. 外部監査機関への情報提供
  2. 施設のホームページに掲載する場合

(付記)

1. 上記のうち介護サービス事業所・施設等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を相談窓口までお申し出下さい。
2. 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。
3. これらのお申し出はいつでも撤回、変更をすることが可能ですので、お気軽にお申し出下さい。

## ホームページ及び広報誌等への写真・映像の使用について

法人及び事業所の各種活動や取り組みにおいて、広報や宣伝をはじめ広く情報を発信するにあたり、利用者様・ご家族様の写真・映像（顔写真を含む）を使用させていただく場合があります。

「ご利用契約書」において、法人事業所におけるサービス提供等に関しての個人情報の使用について同意をいただいておりますが、写真・映像は肖像権を含む重要なプライバシーであることに鑑み「施設契約書」とは別に、本書面において利用者様・ご家族様の写真の使用についての同意書をいただきたくお願いいたします。

【写真・映像を使用させていただく場合が想定されるもの】

1. 事業所における利用者様及びご家族様等への通信
2. 法人の広報誌・パンフレット・ホームページ
3. 上記1～2に付随する紙媒体又は電子媒体での広報物

※ 本書面の同意の有無は、法人事業所のサービス利用契約及びサービス提供に影響を与えません（本書面の同意が得られないことのみをもって、事業所がサービス契約を解除する、必要なサービスを提供しないことはありません）。

使用した広報・印刷物等について、使用されたことによる金銭的対価を求めないことに同意します。

この契約の成立を証するため本書2通を作成し、甲乙各記名押印して1通ずつを保有します。

令和 年 月 日

【写真・映像を使用させて頂く場合が想定されるもの】

1. 事業所における利用者様及びご家族様等への通信
2. 法人の広報誌・パンフレット・ホームページ
3. 上記1～2に付随する紙媒体又は電子媒体での広報物

◎利用目的に対する説明を確認し、その範囲で使用することに同意しました。

利用者様・ご家族様への通信等での写真・映像の使用について

( 同意する ・ 同意しません )

ホームページ・SNSでの写真・映像の使用について ( 同意する ・ 同意しません )

お名前の掲載について ( 同意する ・ 同意しません )

利用者(甲) 私は、この契約内容及び上記項目に同意し、サービスの利用を申し込みます。

住 所

氏 名

印

代理人

私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、記名押印を行います。

(選任した場合)

住 所

氏 名

印

令和 年 月 日

家族の代表

私は、個人情報の保護に関する説明(個人情報使用同意書)により、その利用目的に対して説明を確認し、その範囲で使用することに同意し記名押印を行います。

利用者様・ご家族様への通信等での写真・映像の使用について

( 同意する ・ 同意しません )

ホームページ・SNSでの写真・映像の使用について ( 同意する ・ 同意しません )

住 所

氏 名

印

令和 年 月 日

事業者(乙)

私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

住 所

余市郡余市町山田町 201-5

事業者(法人名)

医療法人社団 健志会

代表者職・氏名

理事長 藤井 健一

印