

利用契約書及び重要事項説明書

指定訪問リハビリテーション ロイヤルケアセンター
介護予防訪問リハビリテーション ロイヤルケアセンター

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

1. 事業者(法人)の概要

名称	社会福祉法人 愛心会
所在地	徳島県小松島市中田町新開58
代表者名	樹田 勝仁
電話番号	0885-33-2040

2. 訪問リハビリテーションを提供する事業所

①サービス事業所の概要

名称	指定訪問リハビリテーション ロイヤルケアセンター 介護予防訪問リハビリテーション ロイヤルケアセンター
所在地	徳島県阿南市羽ノ浦町中庄池ノ上55-1
電話番号	0884-24-8828
サービス提供地域	阿南市、小松島市

②事業所の職員体制

従業者の職種	人数	常勤	非常勤	業務内容
管理者(兼務)	1	1	0	管理業務・機能訓練
PT・OT(兼務)	1名以上	1名以上	0	機能訓練

③営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前9時～午後5時
休業日	日曜日

3. サービスの内容

理学療法士や作業療法士がご自宅を訪問し、利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、利用者に適した訓練プログラムの評価・実施、利用者家族への助言・指導を医師の指示に基づき行います。

第11条 利用者負担額の滞納

1. 利用者が正当な理由なく利用者負担額を1月以上滞納した場合は、事業者は、1月間の期間を定めて、契約を解除する旨の催告をすることができます。
2. 前項の催告をした際は、事業者は、利用者の居宅サービス計画を作成した、居宅介護支援事業者・地域包括支援事業所と、利用者の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。
3. 事業者は、前項に定める協議を行い、かつ利用者が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかった場合には、この契約を文書により解除することができます。
4. 事業者は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として訪問リハビリテーションサービスの提供を拒むものではありません。

第12条 守秘義務

事業者は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者及びその家族に関する事項は第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

第13条 利用者の解除権

利用者は、7日間以上の予告期間をもつていつでもこの契約を解除することができます。

第14条 事業者の解除権

1. 事業者は、利用者が法令違反又はサービス提供を阻害する行為を行い、事業者の再三の申し入れにも関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になった際は、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。
2. 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合は、前もって、主治医、利用者の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者・地域包括支援事業所、公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

第15条 契約の終了

次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

①利用者が要介護(要支援)認定を受けられなかったとき。

②第2条により、利用者から利用終了の申し出があったとき。

③利用者が介護保険施設や医療施設等へ長期入所又は長期入院等をしたとき。

④利用者が死亡したとき。

第16条 損害賠償

1. 事業者は、訪問リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、利用者及びその家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
2. 前項において、事故により利用者またはその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、事業者は速やかにその損害を補償します。但し、事業者に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

第17条 協議事項

この契約に定めない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、利用者と事業者の協議により定めます。

4. 利用料

	1割	2割	3割
①訪問リハビリテーション 訪問リハビリテーション費 (20分間リハビリテーションを行った場合につき)	307円／回	614円／回	921円／回
短期集中リハビリテーション加算 (退院(所)日又は初回認定日から3月以内)	200円／日	400円／日	600円／日
訪問リハビリテーションマネジメント加算(A) イ ①事業所の医師が理学療法等に対し、リハビリの目的に加えて (a)開始前または実施中の留意事項(b)やむを得ず中止する際の 基準(c)リハビリテーションにおける利用者の負担等のうちいづ れか1以上の指示を行う ②①の指示を行った医師または指示 を受けた理学療法士等が、指示の内容が①に掲げる基準に適 合することを明確に記録 ③リハビリ会議を開催し、利用者の状 況等に関する情報を共有し会議の内容を記録 ④訪問リハビリ 計画の作成に関与した理学療法士等が利用者または家族に 説明し、利用者の同意を得るとともに、説明の内容等を医師へ 報告 ⑤3月に1回以上リハビリ会議を開催し、利用者の状態 変化に応じて訪問リハビリ計画を見直す。リハビリ会議は利用 者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法で も可 ⑥理学療法士等がケアマネジャーへ、利用者の有する 能力、自立に必要な支援および日常生活上の留意点について 情報を提供 ⑦理学療法士等が他居宅サービスの従業者と利 用者宅を訪問し、従業者または利用者の家族へ介護の工夫や 日常生活上の留意点に関する助言を行う。	180円／月	360円／月	540円／月
訪問リハビリテーションマネジメント加算(A) ロ ①(A)イを満たす ②利用者ごとの訪問リハビリ計画書等の内容 等を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたり当 該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施に必要 な情報を活用	213円／月	426円／月	639円／月
訪問リハビリテーションマネジメント加算(B) イ ①(A)イ①～③・⑤～⑦を満たす ②訪問リハビリ計画について、 事業所の医師が利用者または家族に説明し、利用者の同意を 得る	450円／月	900円／月	1350円／月
訪問リハビリテーションマネジメント加算(B) ロ ①(B)イを満たす ②利用者ごとの訪問リハビリ計画書等の内容 等を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたり当 該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施に必要 な情報を活用	483円／月	966円／月	1449円／月
訪問リハ計画診療未実施減算 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を 行わなかった場合。	-50円／回	-100円／回	-150円／回
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤 続年数7年以上の者が1人以上	6円／回	12円／回	18円／回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤 続年数3年以上の者が1人以上	3円／回	6円／回	9円／回

	1割	2割	3割
移行支援加算			
①訪問リハビリテーション提供終了者のうち、通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所事業その他社会参加に資する取り組みを実施した者の割合が5%超 ②訪問リハビリテーション提供終了日から起算して14日以降44日以内に理学療法士等が電話等により通所介護等の実施が居宅訪問等の日から起算して3カ月以上継続する見込みを確認し記録 ③12月を利用者の平均利用月数で除した数が25%以上 ④リハビリテーション終了者が通所介護等の事業所へ移行するにあたり、利用者のリハビリ計画書を移行先の事業所へ提供	17円／日	34円／日	51円／日
特別地域訪問リハビリテーション加算 所定単位数の15%を加算			
中山間地域等における小規模事業所加算 所定単位数の10%を加算 (30回以下/月)			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数の5%を加算			
新型コロナウイルス感染症対策への特例的な評価			
2021年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乗せする			

②介護予防リハビリテーション

介護予防訪問リハビリテーション費 (20分間リハビリテーションを行った場合につき)	307円／回	614円／回	921円／回
短期集中リハビリテーション加算 (退院(所)日又は初回認定日から3月以内)	200円／日	400円／日	600円／日
訪問リハ計画診療未実施減算 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかつた場合。	-50円／回	-100円／回	-150円／回
利用開始月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合	-5円／回	-10円／回	-15円／回
サービス提供体制強化加算 (I) 訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数7年以上の者が1人以上	6円／回	12円／回	18円／回
サービス提供体制強化加算 (II) 訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数3年以上の者が1人以上	3円／回	6円／回	9円／回
事業所評価加算 1月につき120単位を加算			
①評価対象期間における予防訪問リハビリテーション事業所の利用実人員数が10人以上	120円／月	240円／月	360円／月
②(要支援状態の区分の維持者数+改善者数×2)÷(評価対象期間内に要介護度の更新・変更認定を受けた者の数)≥0.7			
特別地域訪問リハビリテーション加算 所定単位数の15%を加算			
中山間地域等における小規模事業所加算 所定単位数の10%を加算 (10回以下/月)			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数の5%を加算			
新型コロナウイルス感染症対策への特例的な評価			
2021年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乗せする			

- ・サービスの実施に必要な居宅の水道・ガス・電気・電話等の費用は、利用者の負担となります。
- ・介護保険の給付を超えた利用料につきましては、全額自己負担となります。

5. 個人情報の保護

事業者は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者及びその家族に関する事項は第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

6. 個人情報の利用

事業者は、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。あらかじめ利用者の同意を得ないで、必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことには致しません。個人情報の取り扱いについてお気付きの点がございましたら、下記の相談窓口までお申し出ください。

【利用者への訪問リハビリテーションサービスに必要な利用目的】

1. 事業所内での利用目的

- ①当事業所が利用者等に介護サービスを行う
- ②介護保険事務
- ③介護保険サービスの利用に係る当事業所の管理業務のうち、利用開始・停止の管理、会計管理、当該利用者への介護サービスの向上・事故等の報告
- ④事業所内での申し送り、カンファレンス

2. 他の事業所への情報提供に伴う目的

- ①当事業所が利用者に提供する介護サービスのうち
 - 1)利用者に提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者・地域包括事業者との連携(サービス担当者会議等)・照会への回答
 - 2)利用者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 3)家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち
 - 1)保険事務の委託・審査支払機関へのレセプトの提出
 - 2)審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - 3)損害賠償保険に係る保険会社への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

1. 当事業所内での利用に係る目的

- ①介護サービス業務の維持、改善のための基礎資料
- ②当事業所において行われる学生の実習への協力
- ③当事業所において行われる事例研究発表

2. 他の事業所等への情報提供に係る利用目的

- ①外部監査期間への情報提供
- ②他事業所において行われる事例研究発表

個人情報についての相談窓口

担当者	大林 大輔
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
電話番号	0884-24-8828

7. 介護保険の改正

国が定める介護給付費(介護報酬)の改定があった場合、訪問リハビリテーションの料金体系は、国が定める介護給付費(介護報酬)に準拠するものとします。

8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

1. 当事業所における苦情やご相談の受付窓口は以下の通りです。

担当者	大林 大輔
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
電話番号	0884-24-8828

2. 市町村の苦情・相談窓口

市町村名	阿南市
担当部署	阿南市役所 介護・ながいき課
電話番号	0884-22-1793

市町村名	小松島市
担当部署	小松島市役所 介護保険課
電話番号	0885-32-3507

3. 徳島県国民健康保険団体連合会 088-665-7205

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に症状などの急変があった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

主治医	病院名
	所在地
	氏名
	電話番号

緊 急 連絡先 (家族等)	住所
	氏名 (続柄)
	電話番号

契約書及び重要事項説明書署名欄

指定訪問リハビリテーションロイヤルケアセンター・介護予防訪問リハビリテーションロイヤルケアセンターを利用するに当たり、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及び重要事項説明書に関して担当者による説明を受け、これらを十分理解した上で諸事項に同意して契約致します。

以上の契約の証として本契約書を2通作成し、利用者及び利用代理人、事業者は次に署名・捺印の上、各自その1通を保有します。

附則

この契約書及び重要事項説明書は、平成24年10月1日から施行します。

平成26年4月1日、内容一部改定。

平成27年4月1日、内容一部改定。

平成30年4月1日、内容一部改定。

平成31年4月1日、内容一部改定。

令和1年10月1日、内容一部改定。

令和1年12月16日、内容一部改定。

令和2年6月1日、内容一部改定。

令和3年4月1日、内容一部改定。

年　　月　　日

【利用者】　　住所

氏名

印

【利用者代理人】住所

氏名

印

【事業者】　　所在地　　徳島県阿南市羽ノ浦町中庄池ノ上55-1

事業者名

社会福祉法人 愛心会
指定訪問リハビリテーションロイヤルケアセンター
介護予防訪問リハビリテーションロイヤルケアセンター

説明者

印