指定訪問リハビリテーション
指定介護予防訪問リハビリテーション

重要事項説明書・契約書
個人情報使用同意書

医療法人 順風会 介護老人保健施設長安
〒791－0204　東温市志津川甲29番地1
TEL 089－964－7555　　FAX 089－964－7553

指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーション
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（愛媛県指定　第 3857780278 号）

当事業所はご利用者に対して指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

☆ 訪問リハビリテーションとは

要介護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生活機能の維持又は向上を目指し、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、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的として、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供します。



※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果が、
指定訪問リハビリテーション…「要介護」
指定介護予防訪問リハビリテーション…「要支援」
の方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者……2
2. 事業所の概要……2
3. 事業実施地域……2
4. 営業日及び営業時間……2
5. 従業者の体制……3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金……3
7. 苦情の受付……5
8. 緊急時の対応……6
9. 事故発生時の対応……6
10. 損害賠償……6
11. 秘密保持……6
12. 職員の資質向上……6
13. サービスの利用に当たって留意事項……6

1. 事業者

(1) 法人名　　医療法人　順風会
(2) 法人所在地　　愛媛県松山市天山二丁目3番30号
(3) 電 話 番 号　　(089)946-1555
(4) 代表者氏名　　理事長　宇都宮　一泰
(5) 設 立 年 月　　昭和54年4月

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類　　指定訪問リハビリテーション
平成31年3月8日指定　　愛媛県3857780278号
指定介護予防訪問リハビリテーション
平成31年3月8日指定　　愛媛県3857780278号

(2) 目　　的

医療法人 順風会が行う指定（介護予防）訪問リハビリテーションの事業は、訪問リハビリテーション長安の理学療法士・作業療法士（以下「理学療法士等」という）が要介護状態等にある方に対し、（介護予防）訪問リハビリテーションサービス計画（以下「介護サービス計画」という）に基づいた適正な（介護予防）訪問リハビリテーションサービス（以下「介護サービス」という）を提供することを目的とする。

(3) 名　　称　　介護老人保健施設長安
(4) 所 在 地　　愛媛県東温市志津川甲29番地1
(5) 電 話 番 号　　(089)964-7555
(6) 管理者氏名　　田内　桂司
(7) 当事業所の運営方針

①利用者の意志及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者との信頼関係を基礎とした人間関係の確立を図り、利用者の主体性の尊重とその家族との交流を目指すものとする。
②地域との結び付きを重視するとともに、市町、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び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。

(8) 事業開始年月日　平成31年3月8日

3. 事業実施地域

通常の事業の実施地域　　東温市

4. 営業日及び営業時間

(1) 営 業 日　　月曜日～土曜日、国民の休日に関する法律に規程する休日
(2) 営業時間　　8:30　～　17:00
（但し、希望により上記時間帯以外での対応も可）
(3)介護サービス提供時間　　8:30　～　17:00
（上記提供時間帯以外も相談に応じます）

5. 従業者の体制

事業所に勤務する従業者の職種、員数及び勤務内容は、次のとおりとします。

＜主な職員の配置状況＞

職　種　名	人　員	職　　務　　内　　容
管理者	1	・従業者の管理及び指定訪問リハビリテーションの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う ・従業者に各種規程を遵守させるために必要な指揮命令を行う
医師	1	・利用者の診療、健康管理、保健衛生指導等を担当する ・利用者の介護サービス計画の検討と実施に関すること ・その他
理学療法士等	1以上	・利用者の機能回復訓練及び日常生活動作能力の改善に関すること ・利用者の介護サービス計画の検討と実施に関すること ・その他

＜主な職種の勤務体制＞

職種名	勤務体制	
管理者	日勤 半日① 半日②	8：30～17：30 8：30～12：30 13：30～17：30
医師	日勤 半日① 半日②	8：30～17：30 8：30～12：30 13：30～17：30
理学療法士等	日勤 半日① 半日②	8：00～17：00 8：00～12：00 13：00～17：00

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1)介護サービスの内容

●要介護の方

① 病状・障害の観察
② 運動療法
③ 基本動作訓練
④ 移動・排泄動作等の日常生活動作訓練及び指導
⑤ 介護・介助方法の指導
⑥ 住環境整備の助言及び指導
⑦ コミュニケーション方法の指導

●要支援の方

① 病状・障害の観察
② 運動療法
③ 基本動作訓練
④ 移動・排泄動作等の日常生活動作訓練及び指導
⑤ 住環境整備の助言及び指導
⑥ コミュニケーション方法の指導

(2)利用料金

介護サービスを提供した場合の利用料の額は厚生労働大臣の定める基準による額とし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、利用者の負担額は介護保険負担割合証に記載してある利用者負担の割合（1割、2割又は3割）による額とします。

（下記料金表のとおり）

□【訪問リハビリテーション費】　（単位：円）

報酬項目	介護報酬単価	介護保険適用時利用者負担額		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
訪問リハビリテーション費（1回につき）	3,080円／回	308円／回	616円／回	924円／回

報酬項目	介護報酬単価	介護保険適用時利用者負担額		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	1,800円／月	180円／月	360円／月	540円／月
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	2,130円／月	213円／月	426円／月	639円／月
リハビリテーション事業所医師の説明	2,700円／月	270円／月	540円／月	810円／月
口腔連携強化加算	500円／月	50円／月	100円／月	150円／月
短期集中リハビリテーション実施加算	2,000円／日	200円／日	400円／日	600円／日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	2,400円／日	240円／日	480円／日	720円／日
退院時共同指導加算	600円／月	60円／月	120円／月	180円／月
移行支援加算	170円／日	17円／日	34円／日	51円／日
サービス提供体制強化加算（イ）	60円／回	6円／回	12円／回	18円／回
サービス提供体制強化加算（ロ）	30円／回	3円／回	6円／回	9円／回
介護職員等処遇改善加算	総算定報酬月額の1000分の15	総算定報酬月額の1000分の15の1割	総算定報酬月額の1000分の15の2割	総算定報酬月額の1000分の15の3割

□【介護予防訪問リハビリテーション費】　（単位：円）

報酬項目	介護報酬単価	介護保険適用時利用者負担額		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
介護予防訪問リハビリテーション費（1回につき）	2,980円／回	298円／回	596円／回	894円／回

報酬項目	介護報酬単価	介護保険適用時利用者負担額		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
短期集中リハビリテーション実施加算	2,000円／日	200円／日	400円／日	600円／日
退院時共同指導加算	600円／月	60円／月	120円／月	180円／月
サービス提供体制強化加算（イ）	60円／回	6円／回	12円／回	18円／回
サービス提供体制強化加算（ロ）	30円／回	3円／回	6円／回	9円／回
介護職員等処遇改善加算	総算定報酬月額の1000分の15	総算定報酬月額の1000分の15の1割	総算定報酬月額の1000分の15の2割	総算定報酬月額の1000分の15の3割

※ ただし、ご利用者の介護保険料の滞納等により、事業所が介護保険から法定代理受領サービスに係る保険給付を受領することができない場合は、上記の介護サービス利用料金の全額をいったんお支払いただきます。なお、市町の窓口で滞納した介護保険料を完納した場合は、厚生労働大臣が定める基準の額から利用者負担額を控除して得た額の払い戻し（償還払い）を受けることができます。この場合、提供した指定訪問リハビリテーションの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書をご利用者に対して交付します。

①事業所は、前項の支払いを受ける他、介護サービスの提供に係る便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者にご負担頂くことが適当と認められる費用については、実費とします。

②事業所は、前項の費用に係る介護サービスの提供にあたっては、あらかじめご利用者またはその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について文書で説明を行い、署名によりご利用者の同意を得るものとします。

(3)利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、利用者の都合により、介護サービスの利用を中止又は変更、追加することができます。

②利用者が介護サービスの利用を中止する場合は、速やかに下記連絡先までご連絡ください。

※連絡先（電話）０８９－９６４－７５５５

③利用者の都合で利用を中止する場合には、介護サービス利用日前日の午後5時00分までにご連絡ください。原則、利用者の都合で中止する場合であってもキャンセル料は頂きませんが、故意に法令違反その他の著しく常識を逸脱する行為をなし、再三の申し入れにもかかわらず改善の見込がないときには、キャンセル料（介護サービス費用の１割）を頂く場合があります。ただし、利用者の容体の急変、急な入院・入所等やむを得ない事情による中止の場合にはキャンセル料は頂きません。

④介護サービス利用の変更・追加の申し出に対して、理学療法士等の稼動状況により利用者の希望する日時に介護サービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(2)・(3)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、当該1日～末日分を翌月 27 日（口座振替金融機関が休業日の場合は翌営業日）に、ご指定口座より口座振替とさせて頂きます。やむを得ない理由等により口座振替が出来ない場合は、以下の方法でお支払い下さい。

ア．事業所窓口での現金支払

イ．下記指定口座への振り込み

伊予銀行　石井支店　普通預金 1516584

老人保健施設　長安　理事長　宇都宮　一泰

7. 苦情の受付

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は下記の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口(担当者)

［職名］ 作業療法士・理学療法士　　［氏名］ 高須賀　友秀・村上　優斗

電話番号　(089)964-7555

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順をとります。

① ご利用者からの申出があり、その案件が軽微なもので受理担当者において直ちに処理できるものについては、その都度対応処理します。

② 受理担当者において対応できないと判断される案件については、詳しい内容について関係者からの聞き取り及び調査を行い上司に報告して、管理者を長とする関係者検討会を行い、そ

の具体的処理について迅速適切に対応します。

③ 苦情・相談等の処理簿を備え、案件に対する具体的処理の状況（会議の状況、ご利用者への通知等）を記録し保存します。

(3) 日頃より苦情の出ることのないようサービスの充実を図るとともに、苦情相談の案件について事業所内各種会議等において、職員共通の課題として確認していきます。

(4) 行政機関その他苦情受付機関

① お住まいの市町の役所　介護保険担当課

・松山市役所　指導監査課
所在地　松山市二番町 4 丁目 7-2　電話番号（089）948-6867

・東温市役所　長寿介護課
所在地　東温市見奈良 530-1　電話番号（089）964-4408

・伊予市役所　長寿介護課
所在地　伊予市米湊 820　電話番号（089）982-1111

・砥部町役場　介護福祉課　介護保険係
所在地　伊予郡砥部町宮内 1392　電話番号（089）962-7255

・松前町役場　保険福祉部　保険課
所在地　伊予郡松前町大字筒井 631　電話番号（089）985-4115

② 愛媛県国民健康保険団体連合会　業務管理課　介護福祉室　介護保険係
所在地　松山市高岡町 101-1　電話番号（089）968-8700

8. 緊急時の対応

事業所の職員等は、介護サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合、その他、必要な場合は速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとする。

9. 事故発生時の対応

管理者は、ご利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町・利用者の家族・介護支援専門員等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録をします。

10.虐待の防止

施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、必要な体制の整備を行うとともに、介護職員その他の従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとします。

11. 損害賠償

事業所は、ご利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただし、その損害の発生について、ご利用者の故意又は過失が認められる場合にはその限りではありません。

12. 秘密保持

(1) 職員は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。

(2) 医療法人順風会は職員であった者に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるために、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

13. 職員の資質向上

職員の資質向上のために、その研修を年１回以上実施します。

14. サービスの利用に関する留意事項

(1)介護サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

利用者は、「6. 当事業所が提供するサービスと利用料金」及び関係法令や条例等で定められた介護サービス以外の業務を事業所（理学療法士等）に依頼することはできません。

②介護サービスの実施に関する指示・命令

従業者に対する介護サービスの実施に関する指示・命令は、すべて事業所において行います。ただし、事業所は介護サービスの実施に当たり利用者の事情・意向等に十分配慮するものとします。

③備品等の使用

介護サービスの実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は、無償で使用させていただきます。理学療法士等が事業所に連絡する場合に電話等も使用させていただくことがあります。

(2)介護サービス内容の変更

介護サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていた介護サービスの実施ができない場合には、介護サービス内容の変更を行います。その場合、事業所は、変更した介護サービスの内容と時間に応じた介護サービス利用料金を請求します。

(3)理学療法士等の禁止行為

理学療法士等は利用者に対する介護サービスの提供に当たり、次に該当する行為は行いません。

①医師より指示された以外の医療行為
②利用者若しくはその家族等からの金銭又は物品の授受
③理学療法士等の運転する車両に利用者やその家族等を同乗させること
④理学療法士等に関する個人情報（住所、電話番号等）を利用者に知らせること
⑤利用者若しくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
⑥理学療法士等による利用者以外の家族等に対するサービス

(4)ご利用者へのお願い

①肝炎、結核、ＭＲＳＡ、帯状疱疹、疥癬等の感染症に感染されている場合は、必ず事前に事業所へお申し出ください。

②利用に際し、要介護認定等の有無、要介護認定等の期間及び利用者負担割合を確認するため、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証をご提示ください。

③介護保険被保険者証又は介護保険負担割合証の内容に変更があった場合には、新しい介護保険被保険者証又は介護保険負担割合証をご提示ください。

(5)文書の保存について

次に掲げる介護サービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
また、利用者から申し出があった場合には、その情報を提供します。

①介護サービス計画書
②提供した具体的な介護サービスの内容等の記録
③市町村への通知に係る記録
④苦情の内容等の記録
⑤事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーション

サービス利用契約約款

医 療 法 人 順 風 会
介護老人保健施設長安

∞∞∞　目次　∞∞∞

第 １ 条　（訪問リハビリテーションの目的）
第 ２ 条　（被保険者）
第 ３ 条　（事業者）
第 ４ 条　（契約期間の変更、更新）
第 ５ 条　（訪問リハビリテーション計画の作成・変更）
第 ６ 条　（指定訪問リハビリテーションの基本方針）
第 ７ 条　（利用日の中止、変更、追加）
第 ８ 条　（利用料等と領収証）
第 ９ 条　（保険給付請求のための証明書の交付）
第１０条　（利用料の滞納）
第１１条　（秘密の保持）
第１２条　（緊急時の対応）
第１３条　（事故発生時の対応及び損害賠償）
第１４条　（契約の終了）
第１５条　（甲の契約解約）
第１６条　（乙の契約解約）
第１７条　（中途解約と清算条項）
第１８条　（苦情処理）
第１９条　（合意管轄）
第２０条　（身元引受人兼連帯保証人）
第２１条　（契約に定めのない事項）

（訪問リハビリテーションの目的）
第１条　医療法人順風会（以下、「乙」という）は、介護保険法関係法令及びこの契約の定めるところにより、利用者（以下「甲」という）に対し、指定を受けた当該事業所において、要介護状態等となった場合においても、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生活機能の維持又は向上を目指し、甲の居宅において、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、甲の心身の機能の維持回復を図ることを目的として、（介護予防）訪問リハビリテーションを提供します。

（被保険者）
第２条　甲の契約日時点における要介護状態区分、要介護認定の有効期間、被保険者証に記載された認定審査会意見は表紙記載の通りです。

（事業者）
第３条　当事業所は、介護保険法令に基づき、愛媛県知事の指定を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者です。当事業所の概要及び職員体制は、「重要事項説明書」に記載したとおりです。なお、当事業所のパンフレットも併せてご覧下さい。

（契約期間の変更、更新）
第４条　この契約の契約期間は、利用契約書記載の契約日から要介護認定の有効期間の満了日までとします。ただし、甲が、甲の申請により、若しくは市町から職権により、要介護状態区分の変更認定を受け、要介護認定の有効期間の満了日が変更された場合は、変更後の要介護認定の有効期間の満了日をもって契約の満了日とします。
２　甲が、要介護認定の有効期間の満了後においても、要介護状態に該当すると見込まれ、甲の申請により、市町から要介護更新認定を受け、要介護認定の有効期間の満了日が更新された場合には、更新後の有効期間の満了日をもって契約の満了日とします。
３　契約期間満了日までに甲から契約更新拒絶の申し入れがない限り、この契約は自動更新され、以後も同様とします。

（訪問リハビリテーション計画の作成・変更）
第５条　乙は、医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの提供に関わる医師等の従業者が共同して、甲の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて（介護予防）訪問リハビリテーション計画を作成します。
２　甲は、乙に対し、いつでも（介護予防）訪問リハビリテーション計画の内容を変更するよう申し出ることができます。その場合、乙は、介護サービスの目的・趣旨等に反しない範囲で、できる限り甲の希望に沿うように（介護予防）訪問リハビリテーション計画を変更します。
３　乙の管理者は、（介護予防）訪問リハビリテーション計画を作成し、また、同計画を変更した場合には、甲に対し、その内容を説明し、同意を得ます。

（指定訪問リハビリテーションの基本方針）
第６条　乙は、（介護予防）訪問リハビリテーションの提供に当たり、甲又はその家族に対し、介護サービスの提供方法など、処遇上必要な事項について分かりやすく説明します。
２　乙は、懇切丁寧に介護サービスを提供し、また、甲の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するように、甲の心身の状況に応じて適切な処遇を行い、漫然かつ画一的なものとならないように配慮します。
３　乙は、甲の被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合、この意見に配慮して介護サービスの提供を行うよう努めます。
４　乙は、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、その甲の利

用状況を把握するようにします。

（利用日の中止、変更、追加）
第７条　甲は、乙に申し出ることによって、いつでも（介護予防）訪問リハビリテーションの利用を中止又は変更、もしくは新たな介護サービスの利用を追加することができます。

（利用料等と領収証）
第８条　甲は、乙に対し、（介護予防）訪問リハビリテーション計画に基づき乙が提供する（介護予防）訪問リハビリテーションにつき、「重要事項説明書」のとおりの利用料等を支払います。
２　甲は、甲が乙から提供を受ける介護サービスが介護保険の適用を受ける場合、乙に対し、原則、利用料の一部として介護報酬額に介護保険負担割合証に記載してある利用者負担の割合を乗じた額を支払います。ただし、甲が介護保険法令に基づいて、介護保険を償還払いの方法（一旦甲が乙に対し全額を支払い、その後は甲は市町から介護報酬額から介護保険負担割合証に記載してある利用者負担の割合を乗じた額を差し引いた額を受ける支払方法）で受ける場合には、甲は、乙に対し、介護報酬相当額の全額を支払います。
３　甲は、甲が乙から提供を受ける介護サービスが介護保険の適用を受けない場合、乙に対し、介護報酬相当額の全額を支払います。
４　乙は、毎月中旬に、前月分の利用料等の請求書を甲に発送します。
５　甲は、乙に対し、前項の請求書に係る利用料等を速やかに支払います。尚、利用料等の支払いは、原則として口座振替とし、毎月２７日（振替金融機関が休業日の場合は翌営業日）に、ご指定口座より口座振替とさせていただきます。
６　乙は、甲から利用料等の支払いを受けたときは、甲に対し、領収証を発行します。

（保険給付請求のための証明書の交付）
第９条　乙は、甲に対して提供した（介護予防）訪問リハビリテーションについて、甲から介護報酬の全額の支払いを受けた場合、甲から求められたときは、甲に対しサービス提供証明書を交付します。
２ サービス提供証明書には、提供した（介護予防）訪問リハビリテーションの内容、費用の額その他必要な事項を記載します。

（利用料の滞納）
第１０条　甲が、正当な理由なく乙に支払うべき利用料を２ヶ月以上滞納した場合において、乙が、甲に対して４週間以内に滞納額を支払うよう催告したにもかかわらず全額の支払いがないとき、乙は、甲の健康・生命に支障がない場合に限り、全額の支払いがあるまで甲に対する（介護予防）訪問リハビリテーションの全部又は一部の提供を一時停止するとともに、第 20 条に基づき丙にその支払いを求めることができます。
２　乙が、甲に対し、前項の一時停止の意思表示をした後、２週間経過しても全額の支払いがないとき、乙は、甲の健康・生命に支障がない場合に限り、この利用契約を解約することができます。

（秘密の保持）
第１１条　乙の職員は、業務上知り得た甲、丙又は甲の家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。
２　乙は、乙の職員が退職後、就業中に業務上知り得た甲、丙又は甲の家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らすことのないように配慮します。

（緊急時の対応）
第１２条　乙は、（介護予防）訪問リハビリテーションの提供中に甲の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに契約書に記載の主治医又は協力医療機関と連絡を取り、救急治療あるいは救急入院など必要な措置を講じます。
２　前項の場合、乙は、契約書に記載の緊急連絡先に直ちに連絡します。

（事故発生時の対応及び損害賠償）
第１３条　乙は、（介護予防）訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、速やかに甲の家族又は丙に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
２　乙は、（介護予防）訪問リハビリテーションの提供時、乙の責に帰すべき事由によって事故が発生した場合には、天変地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。
但し、当該事故の発生につき、甲の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
３　甲の責に帰すべき事由によって、乙が損害を被った場合、甲及び丙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。
４　乙は、万一の事故の発生に備えて、損害保険会社の損害賠償責任保険に加入しております。

（契約の終了）
第１４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　要介護認定の更新において、甲が自立と認定されたとき
二　甲が死亡したとき
三　第１０条（利用料の滞納）に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされたとき
四　第１５条に基づき、甲から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
五　第１６条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき

（甲の契約解約）
第１５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、甲は速やかにその旨と解約日を申し出ます。

（乙の契約解約）
第１６条　乙は、甲が次の各項に該当する場合には、甲に対して１４日間の予告期間をおいて、この契約を解約することができます。
一　第１０条（利用料の滞納）に該当するとき
二　甲の行動が、他の利用者や介護者の生命又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ甲に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき
三　甲につき、重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺を犯す危険性が極めて大きいと認められるとき
四　故意に法令違反その他の著しく常識を逸脱する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込がないとき

（中途解約と清算条項）
第１７条　契約期間中に契約が終了した場合は、甲の責に帰すべき事由による契約解約の場合を除き、（介護予防）訪問リハビリテーションの未給付分について乙が既に受領している利用料があるときは、その相当額を返還します。

（苦情処理）
第１８条　甲又は丙は、提供された（介護予防）訪問リハビリテーション等につき苦情がある場合、いつでも「重要事項説明書」記載の苦情申立窓口に苦情を申し立てることができます。その場合、乙は速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無及び改善の方法について甲に報告します。
２　甲は、介護保険法令にしたがい、市町及び国民健康保健団体連合会等の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。
３　乙は、甲又は丙から第１項又は第２項の苦情の申し出がなされたことをもって、甲に対していかなる差別的な取り扱いもいたしません。

（合意管轄）
第１９条　本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じた場合は、松山地方裁判所をもって第一審裁判所とすることを、甲と乙とはあらかじめ合意します。

（身元引受人兼連帯保証人）
第２０条　乙は、甲に対し、身元引受人兼連帯保証人を定めることを請求できます。但し、社会通念上、甲に身元引受人兼連帯保証人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。
２　丙は、この契約に基づく甲の乙に対する一切の債務につき、極度額**２００万円**を限度として甲と連帯して履行の責任を負います。
３　乙は、丙の請求があった場合は、丙に対し、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、甲の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
４　丙は、第２項の責任のほか、次の各号の責任を負います。
一　甲が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように乙に協力すること。
二　契約終了又は、第16条（乙の契約解約）により契約解約又は終了された場合は、速やかに甲の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めること。
三　甲が万一死亡した場合の身柄及び遺留金品の処理、その他の必要な措置。
四　身元引受人兼連帯保証人を何らかの事情により変更せざるをえない場合、まずは乙の同意と所定の手続きが必要です。更に乙の了承を得た場合には、甲あるいは丙、これまでの身元引受人兼連帯保証人の親族が速やかに対応すること。

（契約に定めのない事項）
第２１条　この契約に定めのない事項につき疑義のあるときは、介護保険法令その他諸法令を尊重し、甲及び丙と乙とは、協議のうえ、誠意をもって解決するものとします。

指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーション利用契約書

介護老人保健施設長安

甲・ご利用者	私は、重要事項説明書及び契約約款の内容について説明を受け、内容を確認し、同意致しました。 私は、契約約款で定められた事項に基づき介護サービスの利用を申し込みます。				
	住　所	（〒　　－　　）			印
	氏　名		電話番号	（　　）　　－	
代理署名者	私は、本人の契約意思を確認し、本人に代わり、上記署名を行いました。				
	本人との関係		代理署名理由		
	住　所	（〒　　－　　）			印
	氏　名		電話番号	（　　）　　－	
	緊急時の連絡先		電話番号	（　　）　　－	

乙・事業者	当事業者は、指定訪問リハビリテーション事業者・指定介護予防訪問リハビリテーション事業者として甲の申込を受諾し、契約約款に定める各種サービスを誠実に責任をもって行います。			
	所　在　地	〒790－0951　松山市天山二丁目3番30号		印
	法　人　名	医療法人　順風会		
	代 表 者 名	宇都宮　一泰		
	事業所名称	介護老人保健施設長安		
	事業所所在地	〒791－0204　東温市志津川甲29番地1		
	電 話 番 号	（089）964－7555	ＦＡＸ	（089）964－7553

丙・身元引受人兼連帯保証人	私は、この契約の締結に同意し、甲の身元引受人兼連帯保証人としての責務を負います。 （※ 甲の代理署名者と同じ時は※欄の記入と印のみで可）			
	住　所	（〒　　－　　）		※ 印
	※氏　名		本人との関　係	
	電話番号	（　　）　　－	ＦＡＸ	（　　）　　－

本契約書２通を作成し、甲及び乙は記名押印の上、各自その１通を保有することとします。

契約年月日 ： 令和　　年　　月　　日

主治医	医療機関名		医師氏名	
	所　在　地	電話番号（　　）　　－		
緊急連絡先	※住　所	（〒　　－　　）		
	氏　名		電話番号	（　　）　　－
	昼間の連絡先		電話番号	（　　）　　－
	夜間の連絡先		電話番号	（　　）　　－

（※ 甲の代理署名者又は丙の身元引受人兼連帯保証人と同じ時は住所の記入は不要）

更新備忘録

指定（介護予防）訪問リハビリテーション利用契約における
個人情報使用同意書

私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で使用することに同意します。

記

１．使用する目的

事業者が、介護保険法関係法令に従い、私の居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に基づき、指定（介護予防）訪問リハビリテーションを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。また、居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・医療機関等に連絡・情報提供等が必要な場合。

２．使用にあたっての条件

個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲で必要最小限に留め、情報提供の際には、関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

３．個人情報の内容（事例）

・氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等事業者が指定（介護予防）訪問リハビリテーションを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
・認定調査票（７４項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果及び意見
・その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

４．使用する期間

個人情報を使用する期間は、介護老人保健施設 長安における指定（介護予防）訪問リハビリテーション利用契約の有効期間内に限る。

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設長安　　殿

利　用　者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理署名者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

上記代理人（代理人を選定した場合）住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　　㊞

利用者家族代表　　住　所

氏　名　　㊞