

重 要 事 項 説 明 書
利 用 契 約 書

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

嶺井第一病院 訪問リハビリテーション



医療法人 大平会

重要事項説明書

医療法人大平会が設置する嶺井第一病院（以下「事業所」という。）は、利用者に対して、（みなし指定）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事業（以下「サービス」という。）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重要事項は以下の通りです。

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

| | |
|-----|--------------|
| 電話 | 098-877-5806 |
| 管理者 | 嶺井 聡 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

| | |
|----------|------------------------------|
| 法人名 | 医療法人大平会 |
| 事業所名 | 嶺井第一病院 訪問リハビリテーション |
| 所在地 | 沖縄県浦添市字大平467番地1 高齢者住宅おおひら2-D |
| 電話番号 | 098-954-8787 |
| FAX番号 | 098-954-8788 |
| 介護保険指定番号 | 4710810211（令和6年10月1日指定） |

(2) 事業所の職員体制

| | |
|----|--------------------------|
| 職種 | 管理者（医師） 1名 |
| | 医師 1人以上（常勤1人以上） |
| | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 合計1人以上 |

- ① 管理者は、従業員の管理及び事業の利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うものとします。
- ② 医師は、医学的観点から計画の作成に必要な情報提供及びリハビリ方法についての指導、助言や利用者・ご家族に対する療養上必要な事項の指導、助言等を行います。
- ③ 事業所療法士等は、医師の指示した訪問リハビリテーション指示書に基づき居宅を訪問し、利用者に対し訪問リハビリテーションサービスを行います。

(3) 営業日及びサービス提供時間、サービス提供地域

| | |
|----------------|--|
| 営業日 | 月曜日から金曜日（祝祭日、旧盆（旧暦 7/15）及び、年末年始 12/31～1/3 を除く） |
| 営業時間 | 午前 8時30分～ 午後5時30分 |
| サービス提供時間 | 午前 9時00分～ 午後5時00分 |
| 通常の事業のサービス提供地域 | ・浦添市 ・那覇市 ・宜野湾市 ※その他の地域は要相談 |

3. 事業の目的

訪問リハビリテーションは、要介護・要支援と認定された利用者（以下「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、介護及び介護予防訪問リハビリテーションサービス計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。

4. 運営の方針

- (1) 訪問リハビリテーションにおいては、要介護状態の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、言語聴覚療法、他目標に応じた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向上を図るものとします。
- (2) 介護予防訪問リハビリテーションにおいては、要支援状態の利用者が可能な限りその居宅において、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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。
- (3) 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。
- (4) 事業所は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとします。
- (5) 事業所は、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。
- (6) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。
- (7) 事業の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護支援事業者へ情報の提供を行うものとします。

- (8) 前各項のほか、「沖縄県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年3月30日条例第23号）」及び「那覇市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成25年3月30日条例第24号）」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

5. 提供するサービス内容

- (1) 医師の診察指示内容、ケアプランに基づき、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、リハビリテーション会議にて話し合われた内容を盛り込みリハビリテーション計画書を作成します。
- (2) 要介護・要支援者の自宅に訪問し、提示説明同意いただいたリハビリテーション計画書内容に沿ってリハビリテーションを行います。
- (3) 事業所の療法士が実施したリハビリテーション内容が、医師の指示内容・ケアプラン・リハビリテーション計画に基づいて行っているか評価確認していき、医師・介護支援専門員へ情報提供し共有します。
- (4) 3か月毎にリハビリテーション会議を実施します。(3)で行った結果内容に基づいて事業所医師・事業所療法士、介護支援専門員、他が集まり話し合い、今後のリハビリテーション方針等について検討します。

6. 利用料金

- (1) 利用料金について

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として「介護保険負担割合証」に記載された割合分の金額をお支払い頂きます。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額となります。

【訪問リハビリテーション費】

| | 基本利用料 | 利用者自己負担 | | |
|-----------------------|---------------------|---------|--------|--------|
| | | (1割) | (2割) | (3割) |
| 訪問リハビリテーション費 | 3,080円 (1回につき) | 308円 | 616円 | 924円 |
| 短期集中リハビリテーション 実施加算 | 2,000円 (1日につき) | 200円 | 400円 | 600円 |
| リハビリテーションマネジメント加算(イ) | 1,800円 (1月につき) | 180円 | 360円 | 540円 |
| 〃 (ロ) | 2,130円 (1月につき) | 213円 | 426円 | 639円 |
| 医師がリハビリ計画の説明を行った場合 | 2,700円 (1月につき) | 270円 | 540円 | 810円 |
| 退院時共同指導加算 | 6,000円 (退院後1度きり) | 600円 | 1,200円 | 1,800円 |

| | | | | |
|-----------------|------------------|------|-------|-------|
| 事業所医師が診療しなかった場合 | -500円 (1回につき) | -50円 | -100円 | -150円 |
| 移行支援加算 | 170円 (1日につき) | 17円 | 34円 | 51円 |
| サービス提供体制加算 (I) | 60円 (1回につき) | 6円 | 12円 | 18円 |
| (II) | 30円 (1回につき) | 3円 | 6円 | 9円 |

【介護予防訪問リハビリテーション費】

| | 基本利用料 | 利用者自己負担 | | |
|-------------------|---------------------|---------|--------|--------|
| | | (1割) | (2割) | (3割) |
| 訪問リハビリテーション費 | 2,980円 (1回につき) | 298円 | 596円 | 794円 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | 2,000円 (1日につき) | 200円 | 400円 | 600円 |
| 退院時共同指導加算 | 6,000円 (退院後1度きり) | 600円 | 1,200円 | 1,800円 |
| サービス提供体制加算 (I) | 60円 (1回につき) | 6円 | 12円 | 18円 |
| (II) | 30円 (1回につき) | 3円 | 6円 | 9円 |
| サービス利用が12ヵ月超えた場合 | -300円 (1回につき) | -30円 | -60円 | -90円 |

- 訪問リハビリテーション費：訪問リハビリテーションを1回（20分）実施した場合に算定。
- 短期集中リハビリテーション実施加算：退院日から3ヵ月以内に限り、訪問リハビリテーションを実施した場合に算定。
- リハビリテーションマネジメント加算（イ）：リハビリテーション会議を3ヵ月ごとに行い、リハビリテーションの質を管理した場合に算定。
- リハビリテーションマネジメント加算（ロ）：（イ）＋サービスの質の向上を図るため、LIFE（科学的介護情報システム）を活用している場合に算定。
- 医師がリハビリ計画の説明を行った場合：リハビリテーションの方針や実施計画書等を医師が説明した場合に算定。
- 退院時共同指導加算：退院前カンファレンスに事業所職員が参加し、病院職員と情報共有した上で在宅リハビリに必要な指導を共同で行った場合に算定。
- 事業所医師が診療しなかった場合：事業所の医師が診療せずに、訪問リハビリテーションを行った場合に減算。
- 移行支援加算：通所系サービス事業所等への移行を支援した場合に算定。

- サービス提供体制加算（Ⅰ）：事業所に7年以上在籍している職員がいる場合に算定。
（Ⅱ）：事業所に3年以上在籍している職員がいる場合に算定。
- サービス利用が12ヵ月超えた場合：利用開始から12ヵ月が経過し、かつ、LIFE（科学的介護情報システム）を活用していない場合に減算。

上記の基本利用料は厚生労働大臣が公示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。尚、その場合は事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) その他

通常の実施地域を越えて事業を提供した場合の交通費は、1回の利用の度、事業所から直線距離で5km超えるごとに1,000円を徴収します。

7. 請求と支払い方法

(1) 請求方法

事業所は、毎月10日頃に、前月分の請求書を利用者・家族へ直接手渡すか、もしくは郵送します。請求書が届きましたら、当月末までにお支払い下さい。

(2) 支払い方法は現金窓口、または振込からお選び下さい。

- ① 直接「嶺井第一病院1階外来自動精算機」にて、現金もしくはクレジットカードで支払い。
窓口は、月曜日から金曜日(祝日を除く)の午前8時30分から午後5時30分(土曜日のみ午前8時30分から午後12時30分)営業。
- ② 振込みによる支払い。
 - ※ 振込み手数料はご利用者様のご負担となりますので、ご了承願います。
 - ※ 振込み完了確認後、翌月請求書に領収書を同封し、手渡し、もしくは郵送します。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話で問い合わせ下さい。当事業所職員が相談対応します。

(2) サービスの終了

① 利用者・家族の都合でサービスを終了する場合。

利用者及び家族は、当事業所に対し利用終了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の内容にかかわらず、契約に基づく利用を解除・終了することができます。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合。

利用者及び家族が、契約書に定める利用料金を2ヵ月以上滞納※し、その支払いを督促したにも関わらず、事業所が定めた期限内に支払われない場合。

※ 滞納：利用月分の支払いが、翌月末までに完了していないこと。

③ サービスの一時休止。

利用者が、入院等何らかの理由でサービスを一時的に継続利用できなくなった場合、場合によっては再契約となることがあります。

(3) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了とします。

- ・利用者が介護保健施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、自立と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合又は介護保険被保険者資格を喪失された時
- ・天災、災害、その他やむを得ない理由により、当事業を提供できない場合

9. 秘密（個人情報）の保護

- (1) 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 従事者が得た利用者の個人情報については、サービス担当者会議・事業所でのサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ます。
- (3) 従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (4) 従事者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従事者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、従事者との雇用契約の内容とします。

10. 緊急時等における対応方法

- (1) 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、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 利用者に対してサービスの提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとします。

11. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画・風水害・地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年1回定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。サービス提供中に地震などの災害が生じ、被災家屋で生活するには危険と判断した場合、原則的に家族等に連絡し避難するか否かを決定しますが、連絡困難の場合はハザードマップに記された最寄りの避難所へ避難します。

12. 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待を防止するための従事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
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等、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します。

13. 苦情処理

- (1) サービスの提供に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講ずるものとします。
- 【常設窓口】 TEL：098-954-8787 FAX：098-954-8788
- 【受付時間】 営業日の8：30～17：30
- 【担当者】 訪問リハビリテーション責任者 西表 真人
- (2) 事業所が提供したサービスに関し、介護保険法第23条の規定により、市町村が行う文書提出の求め又は当該市町村からの質問若しくは照会に応じ、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。
- (3) 事業所は提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとします。
- (4) 介護保険では、サービス等についての苦情を処理する仕組みが制度的に位置付けられており、サービス事業者・居宅介護支援事業者・市町村・国民健康保険団体連合会等が利用者からの苦情対応を行っています。苦情・相談等がある場合には、下記の窓口にご連絡下さい。

| | | |
|--------------------------------|-----------|---|
| 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 介護苦情相談 | | 〒900-8559 那覇市西3丁目14番18号（国保会館） TEL：098-860-9026 |
| 沖縄県福祉サービス運営適正化委員会 | | 〒903-8603 那覇市首里石嶺町4-373-1 TEL：098-882-5704 FAX：098-882-5714 |
| 浦添市 | いきいき高齢支援課 | 〒901-2501 浦添市安波茶1丁目1番1号 本庁1階 TEL：098-876-1291 FAX：098-876-5011 |
| 那覇市 | チャーがんじゅう課 | 〒900-8585 那覇市泉崎1丁目1番1号 市庁舎2階 TEL：098-862-9010 FAX：098-862-9648 |
| 宜野湾市 | 介護長寿課 | 〒901-2710 宜野湾市野嵩1丁目1番1号 TEL：098-893-4411（代表） |

14. 損害賠償

利用者に対して、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うものとします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認め

られる場合には、利用者のおかれた心身の状況を考慮のうえ相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

15. その他運営に関する留意事項

(1) 事業所は、従事者の資質向上のための研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証・整備を行います。

- ① 採用時研修：採用後3ヵ月以内
- ② 継続研修：年1回以上

(2) 事業所は、以下のサービスに関する記録を整備し、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」に準じて、その完結の日から2年間保存します。

- ① 訪問リハビリテーション計画書
- ② 提供した具体的なサービス内容等の記録（第19条第2項）
- ③ 身体的拘束等の容態及び時間、その他の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録（第80条第4号）
- ④ 市町村への通知に係る記録（第26条）
- ⑤ 苦情の内容等の記録（第36条第2項）
- ⑥ 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（第37条第2項）

16. 第三者による評価の実施状況等

- (1) 第三者による評価の実施の有無：無し（新規指定のため実施なし）
- (2) 実施した直近の年月日：無し（新規指定のため実施なし）
- (3) 実施した評価機関の名称：無し（新規指定のため実施なし）
- (4) 評価結果の開示状況：無し（新規指定のため実施なし）

17. 身分証明書携帯

サービス事業者は常に身分証を携帯し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

個人情報保護に関する同意書

1. 当事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。
2. 従事者が得た利用者の個人情報については、サービス担当者会議・事業所でのサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ます。
3. 従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
4. 従事者であった者に、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、従事者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、従事者との雇用契約の内容とします。
5. 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、リハビリテーションの専門職として医療・保健・福祉等の幅広い領域において、対象者個々の障害特性に応じたさまざまな、治療・援助・指導を実践しています。こうした実践から得られた事例を、学会や各領域における学術研修会等で報告させていただくことがあります。これによって、個人が特定されることはありません。また、協力いただく場合、事前に説明し同意を得ることといたします。

私は、当事業所の（みなし指定）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事業の提供の開始に際し、上記重要事項と個人情報保護に関する同意書説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者氏名： _____ ㊞（自署の場合押印不要）

私は、上記説明者より嶺井第一病院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事業の提供開始に際し、重要事項と個人情報保護に関する同意書の説明を受けました。

利用者氏名： _____ ㊞（自署の場合押印不要）

ご家族氏名： _____ ㊞（自署の場合押印不要）

（利用者とのご関係： _____ ）

契約書

(契約の目的)

- 第1条 医療法人大平会が設置する嶺井第一病院訪問リハビリテーション(以下「乙」という。)は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、_____様(以下「甲」という。)に対し、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、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション事業(以下「サービス」という。)を提供します。
- 2 甲は、乙からサービスの提供を受けたときは、乙に対し、利用料自己負担分を支払いません。

(契約の期間)

- 第2条 この契約期間は、令和 年 月 日から要介護認定・要支援認定有効期間の満了日までとします。
- 2 上記契約期間満了日の1週間以上前に甲から更新解除の申し出がない限り、この契約は自動更新するものとします。
- 3 甲から更新解除の意思が表示された場合は、担当の介護支援専門員等に連絡を取り、必要な措置を講じます。

(居宅サービス計画変更の援助)

- 第3条 乙は、甲が居宅サービス計画(ケアプラン)の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員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 甲は、いつでもサービスの内容の変更を申し出ることができます。乙は甲から申し出があった場合、第1条に規定する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。

(介護保険の適用を受けないサービスの説明)

- 第5条 乙は、その提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービス内容及び利用料を説明し、甲の同意を得ます。

(甲の解約権)

- 第6条 甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合には、1週間以上の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7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、甲の請求にも関わらず、これを提供しようとししない場合
- 二 乙が、第13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、又は、著しく不信行為を行うなど、本契約を継続し難い重大な事由が認められたとき

(乙の解除権)

第8条 乙は、甲が故意に法令違反、その他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みがなく、このサービス利用契約の目標を達することが著しく困難となったときは、文書により、1ヵ月以上の予告期間をもって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に連絡を取り、必要な措置を講じます。

(利用料金の支払い方法)

第9条 毎月、前月分を10日頃に請求します。支払方法を選択していただき、選択した方法で当月末までにお支払い下さい。

- ① 嶺井第一病院の1階外來自動精算機での現金・クレジットカード支払い
- ② 銀行振込

(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の自己負担分を2ヵ月以上滞納した場合には、乙は甲に対し、1ヵ月以上の期間を定めて、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旨の催告を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と連絡を取り、必要な措置を講じます。
- 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11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 第6条に基づき、甲から契約の解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- 二 第7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
- 三 第8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
- 四 甲が、入院又は介護保健施設へ入所した場合（短期入院は一時休止扱いもあり）
- 五 甲の、要介護・要支援状態区分が、自立とされた場合
- 六 甲が、死亡したとき

(損害賠償)

第 12 条 甲に対して、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うものとします。ただし、その損害の発生について、甲に故意又は過失が認められる場合には、甲のおかれた心身の状況を考慮のうえ相当と認められる場合に限り、乙の損害賠償を減じる場合があります。

(個人情報の保護)

第 13 条 甲の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

2 乙が得た甲の個人情報については、サービス担当者会議・事業所でのサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて甲又はその代理人の了解を得ます。

3 乙は、業務上知り得た甲又はその家族の秘密を保持します。

4 従事者であった者に、業務上知り得た甲又はその家族の秘密を保持させるため、従事者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、従事者との雇用契約の内容とします。

(苦情処理)

第 14 条 甲又はその家族は、提供されたサービスに不満がある場合、いつでも別紙「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、甲に提供したサービスについて甲又はその家族から苦情の申し立てがあった場合は、迅速、適切に対応し、サービスの向上・改善に努めます。

3 乙は、甲が苦情申し立てを行った場合、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・保存)

第 15 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、所定の書面に記録します。

2 乙は、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記録し、甲に説明のうえ提出します。

3 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。

4 甲は、乙に対し、いつでも書面、その他のサービスの提供に関する記録の閲覧・謄写を求める事ができます。ただし、謄写に際しては、乙は甲に対して、実費相当額を請求できるものとします。

(裁判管轄)

第 16 条 甲と乙は、本契約に関してやむを得ず訴訟になる場合は、甲の住所地を管轄する裁判所を第一審の管轄裁判所とすることにあらかじめ合意します。

(契約外条項)

第 17 条 本契約に定めない事項については、介護保険法等関係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。本契約を証するため、甲乙は、署名・押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通保有します。

乙(契約書説明者：)は下記日にちに甲へ提示説明し、この契約書に基づく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事業内容に同意したことを確認。双方合意の上、この契約を締結する。

令和 年 月 日

(甲) 利用者住所：

利用者氏名： _____ ①

※ 代筆の場合：代筆者氏名： _____

(利用者とのご関係：)

ご家族住所：

ご家族氏名： _____ ①

(利用者とのご関係：)

(乙) 〒901-2113

沖縄県浦添市字大平466番地

TEL：098-877-5806

FAX：098-876-2312

医療法人 大平会

理事長 額井 聡

①

常により良い医療を目指して

We always aim to better medical care



医療法人 大平会