

(介護予防)訪問リハビリテーション利用契約書

____様（以下、「利用者」といいます）と笠間市立病院（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う居宅サービスについて、次のとおり契約します。

○第1条（契約の目的）

事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し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訪問リハビリテーションを提供し、利用者は、事業者に対し、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（契約期間）

1. この契約の契約期間は、20 年 月 日から介護保険の認定有効期間満了日までとします。
2. 利用者から契約終了の意思表示がない場合は、契約は自動更新されるものとします。

○第3条（リハビリテーション実施計画）

1. 事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、居宅サービス計画に沿って「リハビリテーション実施計画書」を作成します。事業者はこの「リハビリテーション実施計画書」の作成にあたっては、その内容を利用者およびその家族に説明し、同意を得て利用者に交付します。

○第4条（サービスの内容）

1. 訪問リハビリテーションの内容の詳細は、重要事項説明書に定めた通りです。
2. 事業者は、サービス提供従事者を利用者の居宅に派遣し、リハビリテーション実施計画に沿って別紙に定めた内容の訪問リハビリテーションを提供します。

○第5条（サービス計画の変更）

1. 提供するサービスの種類又は内容を変更する場合には、事業者は利用者及びその家族と協議の上、速やかに居宅介護支援事業者に対しサービス計画の内容変更又は中止を要請します。
2. 事業者は、利用者がサービスの内容や提供などの変更を希望する場合で、その変更が「居宅サービス計画（ケアプラン）」の範囲内で可能なときは、速やかにリハビリテーション実施計画の変更等の対応を行います。居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかにその介護支援専門員に連絡する等必要な援助を行います。
3. 事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

○第6条（サービス提供の記録等）

1. 事業者は、「サービス提供記録書」等の記録を作成し、利用終了後5年間はこれを保管します。

2. 利用者は事業者の営業時間内にその事業者にて当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます。また複写物の交付を受けることができます。但し、実費を支払って頂くことがあります。

○第7条（利用者負担金及びその滞納）

1. サービスに対する利用者負担金は、重要事項説明書に定めるとおりとします。なお、利用者負担金は関係法令に基づいて決められているものであるため、契約期間中にこれが変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。
2. 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を、6ヶ月以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までに利用料を支払わない場合には、契約を解除する旨を催告することができます。
3. 前項の催告をした時は、事業者は、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と協議し、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、介護保険以外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。
4. 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第2項に定める期間が満了した場合には、この契約を文書により解除することができます。

○第8条（利用者の解約権）

利用者は事業者に対し、いつでも1週間以上の予告期間をもって、この契約を解約する事ができます。ただし以下の場合には、直ちにこの契約を解約できます。

1. 事業者が正当な理由なく、本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらずこれを提供しようとししない場合。
2. 事業者が第12条に定める守秘義務に違反した場合。
3. 事業者が利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど本契約を継続しがたい重大な事由が認められる時。

○第9条（事業者の解約権・ハラスメント対策）

事業者は、利用者の著しい背信行為（暴力・ハラスメント等）により契約の継続が困難となった場合には、文書で通知する事により、直ちにこの契約を解除することができます。この場合、事業者は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者にその旨を連絡します。

○第10条（契約の終了）

次の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. 第2条の規定により事前に更新の合意がなされず、契約の有効期間が満了したとき。
2. 第7条の規定により事業者から解除の意思表示がなされたとき。
3. 第8条の規定により利用者から解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
4. 第9条の規定により事業者から契約解除の意思表示がなされたとき。
5. 次の理由で利用者にサービスを提供できなかったとき。
 - (1) 利用者が3ヶ月以上の入院、あるいは介護保険施設等に入所した場合
 - (2) 利用者の要介護認定区分が非該当と認定された場合
 - (3) 利用者が死亡した場合

○第 1 1 条（損害賠償）

事業者は、サービスの実施に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

○第 1 2 条（守秘義務）

1. 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報を正当な理由なく第 3 者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
2. 予め文書により利用者の同意を得た場合には、前項の規定に関わらず、サービス担当者会議および事業者間の連絡調整において情報提供をすることができます。

○第 1 3 条（個人情報保護）

個人情報を使用する時は前もって同意を得、利用者のためのサービス計画に沿って円滑にサービスを提供する為に実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員等との連絡調整等において必要な場合とします。

○第 1 4 条（苦情対応）

1. 利用者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者・介護支援専門員・市町村・国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てる事ができます。
2. 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
3. 事業者は、利用者が苦情申し立てを行ったことを理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

○第 1 5 条（事故発生の際の対応）

1. 利用者に対するリハビリテーションサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
2. 利用者に対するリハビリテーションサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに管理者に報告します。

○第 1 6 条（契約外条項等）

1. この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、介護保険法等その他の関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者の協議により定めます。
2. この契約書は、医療保険、介護保険に基づくサービスを対象としたものです。
3. 保険については選ぶ事ができず、基本的には介護保険が優先となります。

○第 1 7 条（裁判管轄）

利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、事業者の住所地为管轄する水戸地方裁判所を第一審管轄裁判所とする事を予め合意します。

○第18条（契約の署名押印）

1. 事業者は利用者に対し契約書・重要事項説明書及びサービス説明書に基づき説明し、利用者は事業者からの契約書・重要事項説明書及びサービス説明に基づき説明を受けたことを確認する。
2. 令和3年の省令改正により利用者等の押印を求めない事が可能となったため、説明に対しては利用者等の自（代）筆をもって同意を得たものとし、押印は不要とする。
3. 事業者は利用者に対し重要事項及び契約内容に変更が生じた場合は改めて、同意を得て契約を締結します。

○第19条（虐待防止）

事業者は、虐待防止等の観点から、対策委員会の開催・指針の整備・研修を実施し、虐待の発生又はその再発を防止します。

- (1) 責任者の選定； （責任者； 後閑良平）
 - (2) 虐待を防止するための、職員に対する研修の実施（年1回以上）
 - (3) 虐待等に対する相談窓口の設置
 - (4) その他虐待防止のために必要な措置
2. 事業者は、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報いたします。

(介護予防)訪問リハビリテーション重要事項説明書

1. 事業の目的

当事業所は、リハビリテーション従事者（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）が医師の指示のもと、その利用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、利用者の居宅において、理学療法・作業療法・言語聴覚療法等の必要なリハビリテーションサービスを提供します。

利用にあたっては、居宅サービス計画（ケアプラン）を遵守したリハビリテーション実施計画書を作成し、利用者本位のサービスが提供できるよう、介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し、安心して在宅で生活できるよう支援します。

2. 事業所の概要

事業所名	笠間市立病院
所在地	〒309-1734 茨城県笠間市南友部 1966 番地 1
連絡先	電話 0296-77-0034 FAX 0296-77-0952
事業者指定番号	茨城県 0811610633
管理者	石塚 恒夫
通常のサービスを提供する実施地域	笠間市および、近隣市町村（要相談）

3. 事業所の職員体制

管理者	医師	1 名
リハビリテーション職員	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	計 3 名以上

営業日および営業時間

月～金 8：30～17：15

※ 土日、祝日、年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日含む）は営業しておりません。

4. 訪問リハビリテーション利用方法・内容

(1) 訪問リハビリテーションサービスの開始

【医療保険の場合】

- ① 当事業所に直接、あるいは相談支援専門員を介してご相談ください。
- ② 介護保険を申請できない方、かつ当院の訪問診療が介入している方が対象となります。
- ③ 主治医より指示書が発行された後、サービスが開始となります。

【介護保険の場合】

- ① まずは介護支援専門員に利用したい意向がある旨をご相談下さい。
- ② 主治医より診療情報提供書を当院宛てに作成していただきます。その上で訪問リハビリテーション指示のため、当院を受診していただきます（その後も3ヶ月に1回の受診が必要です）。
※当院がかかりつけの場合には上記の手順は不要です。
- ③ 当事業所の医師の診察後、リハビリの内容が訪問リハビリテーション従事者に指示され、サービス開始となります。

(2) 訪問リハビリテーションサービスの内容

病状観察や健康相談	関節可動域訓練
筋力増強訓練	基本動作訓練
呼吸訓練	巧緻動作訓練
日常生活動作訓練	言語訓練
摂食・嚥下訓練	高次脳機能訓練
社会資源の活用法の相談	環境調整（住宅改修、福祉用具導入等）

(3) 訪問リハビリテーションの終了

利用者のご都合でサービスを終了する場合、電話・文章等でサービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

以下の場合には自動的にサービスが終了されます。

- ①利用者が介護保険施設に入所または病院に入院された場合（3ヶ月以上）
- ②利用者の要介護区分が、非該当と認定された場合
- ③利用者がお亡くなりになった場合

5. 利用料金

(1) 基本利用料

地域区分と単価：7級地（笠間市） 介護報酬の一単位＝10.17円

- ① 原則として利用者負担金は下記の基本料金の1割～3割負担になります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービスの利用は、全額自己負担になります。

<料金表>

基本報酬	単位数	笠間市（7級地）	利用者負担額 （1割/2割/3割）円
		10.17円	
介護予防訪問リハビリテーション費 （1回/20分につき）	298	3,030円	303/ 606 / 909円
訪問リハビリテーション費 （1回/20分につき）	308	3,132円	313/ 626/ 939円

加算		単位数	笠間市（7級地）	利用者負担額 （1割/2割/3割）円
			10.17円	
短期集中リハビリテーション実施加算 ※1 （1日につき）	起算日より3ヶ月以内の期間に行なわれた場合	200	2,034円	203 / 406 / 609円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ※2 （1日につき）	退院（所）日又は訪問開始日から3ヶ月以内の期間に、1週に2日を限度に算定。	240	2,440円	244/ 488 / 732円
サービス提供体制強化加算（1回につき）※3		6	61円	6 / 12 / 18円
移行支援加算（1日につき）※4 ※要介護のみ		17	172円	17 / 34 / 51円
退院時共同指導加算 ※5 （初回のみ算定）		600	6,102円	610/ 1,220/ 1,830円
口腔連携強化加算（月1回）		50	508円	50 / 101 / 152円

減算		単位数	笠間市（7級地）	利用者負担額 （1割/2割/3割）円
			10.17 円	
長期間利用における基本報酬の減算（1回につき） ※要支援が対象	利用開始月より 12ヶ月超	-30 単位	-305 円	-305 / -610 / -915 円
事業所の医師がリハビリテーション計画に係る診療を行わずに訪問リハビリテーションを利用する場合（1回につき） ※要支援、要介護共通		-50 単位	-508 円	-508 / -1,016 / - 1,524 円
業務継続計画未実施減算		所定単位数 の 1.0 % を 減算	当院は既に所定の計画書の作成および虐待防止に向けて組織的に取り組んでいるため対象外	
高齢者虐待防止措置未実施減算				

- ※1 退院（所）日または認定日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合。リハビリテーションを集中的に行った場合とは、退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上実施するものであること。
- ※2 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。1週に2日を限度として加算。
- ※3 利用者に直接提供する理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上の者がいること。
- ※4 特定の要件を満たした場合のみ、算定可能
- ※5 入院中の方が退院するにあたり、退院前カンファレンスに参加。共同指導を行った上で訪問リハビリテーション計画書に反映させる事で算定可。

- ② 訪問リハビリテーションに必要な材料等は、実費でお支払いいただきます。
- ③ 要介護の認定結果が出る前に、訪問リハビリテーションサービスを利用する場合には、認定結果がでるまで請求金額が確定しないため、結果が出た後に併せて請求をさせていただきます。

(2) 交通費

- ① 【医療保険対象者】 市内 500 円/月の交通費を徴収させていただきます。
【介護保険対象者】 市内在住の方は、交通費は無料です。
- ② 市外在住の方は、一律 700 円/月 の交通費を徴収させていただきます。

(3) キャンセル料金

- (ア)訪問リハビリテーションサービスの利用をキャンセルされる場合には、すみやかに当事業所に連絡をしてください。
- (イ)利用者のご都合でサービスの利用をキャンセルされる場合には、できるだけサービスの利用前日までにご連絡してください。当日のキャンセルは、下記のキャンセル料を申し受ける事になりますので、ご了承下さい。（ただし、利用者の容態の急変など、やむを得ない事情がある場合のキャンセル料は不要です。）

時 期	キャンセル料
サービス利用日の前日まで	無 料
サービス利用日の当日	利用者負担金の 100%

(4) 支払方法

毎月 10 日前後に、前月分の請求書をお渡しいたします。

支払方法は { ①窓口で現金支払い
②口座自動引き落とし
③銀行振り込み } からお選びいただけます。

※口座引き落としの際には、手数料として毎月 110 円をご負担いただきます。

※銀行振り込みの際の手数料については、利用者負担となります。

7. 緊急時・事故発生時の対応

サービス提供中に容態の変化や事故発生等があった場合には、必要な対応・措置を講じ、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者等に連絡します。

主治(指示)医	主治(指示)医氏名	
	連 絡 先	
家族	氏 名	(続柄)
	連 絡 先	

緊急の場合には、指示を待たず救急要請等の対応となる場合もあります。 また、事故発生時には原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

8. 相談窓口・苦情対応

① サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所相談・苦情 受付窓口	電話： 0296-77-0034 FAX： 0296-77-0952
	相談責任者： 後閑 良平、広瀬 裕哉
	対応時間： 8：30～17：15（月～金）

② 次の公的機関においても、苦情の申し出等ができます。それぞれの居住地の市町村高齢福祉課が窓口となります。

		電話番号（代表）
笠間市役所 高齢福祉課		0296-77-1101
笠間市役所 高齢福祉課	笠間庁舎	0296-72-1111
	岩間庁舎	0299-37-6611
茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険苦情相談窓口		029-301-1565

9. 守秘義務

事業者は、正当な理由がない限り利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者または、家族の個人情報、秘密を漏らしません。

10. 個人情報の取り扱いについて

事業者は厚生労働省のガイドラインに基づき、利用者の個人情報については適切に保護し管理します。詳細については次項をご参照ください。

利用者、または法定代理人は必要な場合には情報の開示を求めることができます。

11. 当法人の概要

名称・法人種別	笠間市立病院
代 表 者 名	管理者 石塚 恒夫
所 在 地	笠間市南友部 1966 番地 1
業 務 概 要	地域密着型医療・在宅医療・介護保険事業
事 業 所 数	笠間市立病院 訪問看護ステーションかさま ケアプランセンターかさま

個人情報の取り扱いについて

笠間市立病院（以下、「当事業所」）は、信頼のリハビリテーション（以下、「リハビリ」）に向けて、利用者に良いリハビリを提供できるよう日々努力を重ねています。「利用者の個人情報」（以下、「個人情報」）につきましても、厚生労働省のガイドラインに基づき、適切に保護・管理いたします。

個人情報については、下記の目的に利用し、その保護(取扱い)には細心の注意を払って管理しております。ご不明な点などございましたら、担当窓口にお問い合わせ下さい。

＊ 問い合わせ窓口：0296-77-0034 「笠間市立病院訪問リハビリ担当職員」

当事業所における利用者の個人情報利用目的

1. 事業所での利用

- ①利用者に提供するリハビリサービス
- ②医療・介護保険事務
- ③会計・経理
- ④事故等の報告
- ⑤利用者へのリハビリサービスの向上
- ⑥医療・リハビリ実習への協力
- ⑦リハビリの質の向上を目的とした事業所内事例研究
- ⑧その他利用者に関わる管理運営業務

2. 他事業所への情報提供としての利用

- ① 病院・診療所・歯科医院(※)・介護施設・薬局・居宅サービスを提供する居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
(※) 歯科医院への情報提供は次項『口腔連携強化加算』を参照
- ② その他の業務委託
- ③ 家族等への身体状況説明
- ④ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ⑤ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑥ 損害賠償保険などに係る保険会社当への相談又は届出等
- ⑦ 利用者へのリハビリ保険事務に関する利用

3. その他の利用

- ① リハビリサービスや業務の維持改善のための基礎資料
 - ② 外部監査期間への情報提供
 - ③ 訪問事業に伴う道路使用許可申請における公的機関への届出
- 上記のうち、医療機関・居宅サービス事業所・居宅介護事業所への情報提供について同意しがたい事項があるときは、その旨を担当窓口までお申し出下さい。
- お申し出がないものについては、同意していただい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、変更することが出来ます。

使用する期間

20 年 月 日から契約終了（必要手続終了）日迄とする。

口腔連携強化加算における個人情報の利用について

当事業所では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等（以下訪問スタッフ）が『口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書』に基づき、在宅療養患者様の口腔内の健康状態の評価し、歯科医療機関と介護支援専門員へ情報提供させていただきます。口腔内の健康状態を評価させていただいた場合に、口腔連携強化加算を算定させていただきます。（1回50単位）

口腔連携強化加算とは、訪問スタッフが口腔内の健康状態を評価させていただき、連携している歯科医療機関と介護支援専門員に情報を提供させていただいた場合に加算がされます。歯科医師等による口腔内等の管理の必要性が高い場合には、訪問歯科診療が行える歯科医療機関を紹介させていただきます。口腔内等の管理の必要性が低い場合は、訪問スタッフの評価と状況提供のみで終了となります。

訪問歯科診療を受ける場合は、訪問リハビリテーション費等とは別に訪問歯科診療代や治療費が別途かかります。それらは歯科医療機関からの直接請求となりますが、訪問歯科診療の日程の調整は当事業所で行います。

なお、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの施設に入所されたり、笠間市外に転居される方は、訪問歯科診療を継続することができません。そのため施設等への入所（居）をご希望されている方がいらっしゃいましたら、事前にお伝えください。

☐ 口腔連携強化加算について説明を受けました。

口腔内の評価を受けること、歯科医療機関への情報提供に

☐ 同意します。

かかりつけ歯科医院 : ある（ ） ・ ない

☐ 同意しません。

☐ 私（利用者及びその家族）の個人情報について上記の説明を受け、必要範囲内で使用することに同意します。

訪 問 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 説 明 書

笠間市立病院が、_____様に提供する訪問リハビリテーションサービスは、以下のとおりです。

- | | |
|---|---|
| ☐ 病状の観察や健康相談
(体温、脈、血圧測定、酸素飽和度測定、肺音聴取、その他) | ☐ 言語訓練 |
| ☐ 関節可動域訓練 | ☐ 摂食・嚥下訓練 |
| ☐ 筋力増強訓練 | ☐ 高次脳機能訓練 |
| ☐ 基本動作訓練 | ☐ 社会資源の活用法の相談 |
| ☐ 呼吸訓練 | ☐ 環境調整(住宅改修、福祉用具導入等) |
| ☐ 巧緻動作訓練 | |
| ☐ 日常生活動作訓練 | |

◆ 訪問リハビリテーションサービスを、次の日程で提供いたします。

週	回	曜日	時	分～	時	分
		曜日	時	分～	時	分
		曜日	時	分～	時	分

※ 曜日・時間は都合により変更することがありますが、その際には事前に連絡いたしますので、予めご了承下さい。

◆ 当事業所の

☒ 理学療法士は	広瀬 裕哉 竹内 一平 橋本 大志
☒ 作業療法士は	後閑 良平 田中 実久
☒ 言語聴覚士は	矢萩 淑恵 金子 みゆき

です。

※ 担当制ではないため、状況により訪問職員が変更となる事がございます。
その際には事前にご連絡いたします。

◆ サービスに関する相談や苦情、連絡については、次の窓口で対応いたします。

連 絡 先	電 話	: 0296-77-0034
	サービス責任者	: 後閑 良平、広瀬 裕哉
	対応時間	: 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (月 ~ 金)

◆ 利用者負担金

医療保険対象者

【在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料】 割合負担 (1 割 / 2 割 / 3 割)

☐ 在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料 _____ 円 / 2 0 分

※なお、リハビリテーション時間の目安は40～60分前後となります。

【交通費】 ☐500 円/月 (市内) ☐700 円/月 (市外)

介護保険対象者 基本単価と加算：7級地（笠間市） 介護報酬の一単位＝10.17円

要介護度 ☐ 申請中

☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）

【介護予防訪問リハビリテーション費】

- ☐ 基本サービス料 1回（20分） 298単位
☐ 介護予防短期集中リハビリテーション加算 起算日：
（ ～ まで）
退院、退所または認定日から3ヶ月以内 200単位/日
☐ サービス提供体制強化加算 1回（20分） 6単位/回
☐ 退院時共同指導加算 600単位/回
☐ 口腔連携強化加算 50単位/月

【訪問リハビリテーション費】

- ☐ 基本サービス料 1回（20分） 308単位
☐ 短期集中リハビリテーション加算 起算日：
（ ～ まで）
退院、退所または認定日から3ヶ月以内 200単位/日
☐ サービス提供体制強化加算 1回（20分） 6単位/回
☐ 移行支援加算 17単位/日
☐ 退院時共同指導加算 600単位/回
☐ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日
☐ 口腔連携強化加算 50単位/月

◆ 1日当たりのご利用金額 { 1割 2割 3割 負担 } 円/日

◆ 短期集中加算対象者 3ヶ月目以降の利用料金 円/日

◆ 交通費 ☐ 無料 （市内） ☐ 700円/月 （市外）

◆ その他

- （1）利用者が訪問リハビリテーション担当者の交代を希望される場合には、できる限り対応しますので前記のサービス責任者までご相談下さい。
- （2）サービス提供の際のトラブルを避けるため、つぎの事項に留意下さい。
- ① 訪問リハビリテーション従事者は、年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り扱いはできません。
- ② 訪問リハビリテーション従事者は、利用者の身体機能や日常生活動作能力の維持向上のために病状の観察や訓練、また住宅改修等の環境調整を行いません。それ以外の業務（医療的処置、掃除、食事の準備等）・利用者本人以外の方に対するリハビリテーションサービスを提供することはできませんので、ご了承下さい。

訪問リハビリテーション従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

誓約書

私は保証人（法定代理人又は扶養義務者）として、上記利用者の身元に関する一切の事項を引き受け、事業所に迷惑をおかけしません。

また、本人の負担すべき利用料等は定められた通り納付します。万一、本人不履行の場合は連帯保証人として、30万円の範囲内で責任を負うことを誓います。

保証人 住 所

氏 名 印
(続柄:)

電話 番 号 _____

職 業

勤 務 先

※ 保証人は、特別な事情がある場合を除き、独立の生計を営む成年者であること。

訪問リハビリテーション利用契約書 兼 同意書

訪問リハビリテーションを利用するにあたり、事業者の利用契約書、重要事項説明書、訪問リハビリテーション説明書を受領し、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うえで同意します。

本契約を証するため、本書2通を作成し、利用者および扶養者（連帯保証人）、笠間市立病院が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業者 住 所 茨城県笠間市南友部1966番地1
事業者 笠間市立病院
管理者 石塚 恒夫 印

説明者 _____ 印

契約者 住 所 _____
(利用者) 氏 名 _____ 印

代筆者 住 所 _____
(代理人) 氏 名 _____ 印
(続柄 _____)

臨 床 実 習 説 明 及 び 同 意 書

実習生（看護学生・医師・リハビリテーション専攻学生）の臨地実習にあたり、実習生に日常生活援助及びリハビリテーション業務の見学をさせていただきたく存じます。

なお、実習生の臨地実習は以下の基本的な考え方で臨むことにしております。教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願い致します。

1. 実習生がリハビリテーションを行う場合、安全性の確保を最優先とし、担当者の助言・指導を受け実施します。
2. 利用者・家族は実習生の実習に関する意見や質問がある場合、いつでも担当者に直接尋ねる事ができます。
3. 利用者・家族は実習生の実習に同意した後も、実習生が行なうリハビリテーションに対して無条件に拒否できます。拒否したことを理由に訪問リハビリテーションを受ける上での不利益な扱いをうけません。
4. 実習生は臨地実習を通して知り得た利用者・家族に関する情報については、これを他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に留意します。

日付：_____年_____月_____日

説明者：笠間市立病院_____

私は上記の通り説明を受け、☐ 同意します。

☐ 同意しません。