

(介護予防) 訪問リハビリテーションサービス

契約書・重要事項説明書

_____様

潮田クリニック

訪問リハビリテーションサービス契約書

<サービス契約の目的>

潮田クリニックは、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し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、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なりハビリテーションを行うことにより心身の維持回復を図る訪問リハビリテーションサービスを提供いたします。利用者は、潮田クリニックからサービス提供を受けたときは別紙サービス内容説明書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

利用者は本契約において、介護保険による（介護予防）訪問リハビリテーションサービスを利用します。

第1条 [契約期間]

この契約期間は、 年 月 日から 年 月末日とします。

1.この契約の契約期間は、介護保険利用者については契約締結日から利用者の要支援・要介護認定の有効期間満了日までとします。

自立と判断され介護保険非対象者となられても、利用者の希望によりサービスを継続されたい場合はご相談下さい。

2.利用者から潮田クリニック（以下「事業者」という）に対して契約終了の申し出がないときは、自動的に契約が継続されます。

第2条 [契約内容の変更・契約の解約・契約の解除]

この契約内容の変更・契約の解約・契約の解除・自動終了については次のとおりです。

1.契約内容の変更

(1) 利用料等の変更

ア.事業者はこの契約に定める内容において、利用料の変更（増額又は減額）を行う場合には、重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、変更予定日から1ヶ月以上の期間において利用者にその内容を通知します。

イ.利用者が利用料等の変更を承諾する場合は、この契約の一部変更契約を事業者と締結します。

ウ.利用者は利用料の変更を承諾されない場合は、その旨を事業者に文章で通知することで、このサービスを終了とさせていただきます。

(2) 利用サービス内容と変更

ア.利用者はいつでもサービス内容を変更する旨を申し出ることが出来ます。

事業者は、利用者から申し出があった場合は変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービス内容を変更します。

イ.サービス内容を変更した場合は、利用者と事業者双方は、変更後のサービス内容・利用回数・利用料について記載した利用サービス変更合意書を交わします。ただし、変更内容が費用負担の増減を伴わない場合は、利用者の承諾を得ることで、サービス変更合意書締結に代えることが出来ます。

2.契約の解約

(1) 利用者の解約権

- ア.利用者は事業者に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れる事が出来ます。
- イ.解約は1ヶ月以上の予告期間をもって届けるものとし、予告期間満了日に契約は解約できます。

(2) 解約項目

- 利用者は、各項目内容に事業者が該当する場合は直ちに契約を解除できます。
- ア.事業者又はサービス担当者が、正当な理由なく、介護保険法関係法令及び本契約に定めた事項を遵守せずにサービス提供を怠ったとき。
 - イ.事業者又はサービス担当者が守秘義務を違反したとき。
 - ウ.事業者が破産等、事業を継続することが困難になったとき。
 - エ.事業者が利用者やその家族に対して、社会通念を逸脱するような行為をしたとき。

3.契約の満了

利用者がいずれかの項目に該当する場合は、この契約を満了とします。

- ア.利用者が死亡されたとき。
- イ.利用者からの契約予告満了日がきたとき。
- ウ.事業者から契約解除の意思表示を行い、解約予告期間が満了したとき。
- エ.利用者が介護保険施設に入所されたとき。
- オ.利用者が医療機関に入院されたとき。

※1ヶ月以上サービスを中止されている場合は、ご連絡の上契約を継続されるか確認させていただきます。継続が不可能な場合は、解約終了とさせていただきますのでご了承下さい。

4.契約の解除

- (1) 事業者は、事業規模の縮小・休廃止等で、この契約に基づくサービスの提供が困難となった場合には、利用者に対して、この契約の解除を予定する日から1ヶ月以上の期間をもって、利用者に解除理由を示した文書を通じてこの契約を解除することが出来ます。ただし、下記項目においては1ヶ月以上の事前申し出期間を得ず、この契約を解除することが出来ます。

- ア.利用者がこの契約に定める利用料等の支払いを2ヶ月以上遅滞したとき。
- イ.利用者及びその家族等が事業者や担当者に対して、著しい不信な行為を行ったとき。
- ウ.ハラスメント行為があったとき。

- (2) 事業者は前項によりこの契約を解除する場合は、担当介護支援専門員又は、利用者が住所の有する市町村に連絡をします。また、必要に応じ措置をとらせて頂きます。

第3条 【サービス提供について】

1.居宅サービス計画等作成前のサービス提供

サービス計画書が作成される前であっても、必要に応じサービスを提供します。

2.要介護認定前のサービス提供

要介護認定前であっても、必要に応じサービスを提供します。

認定後はサービス内容を見直し、要介護認定後に再度契約継続の意思確認を行います。

また、自立（非該当）と判断された場合の利用料は、利用者全額負担となります。

第4条 [担当者について]

サービス担当者は _____

_____です。

サービス担当者が、退職・その他の事情により担当変更を行う場合があります。
その際は利用者及びご家族に説明し、合意を得た上で変更させていただきます。

第5条 [相談窓口と苦情相談について]

重要事項説明書に記載した文面を契約内容とします。

第6条 [秘密保持及び個人情報の保護について]

重要事項説明書に記載した文面を契約内容とします。

第7条 [利用料について]

重要事項説明書に記載した文面を契約内容とします。

第8条 [契約外条項]

本契約に定めの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、利用者及び事業者の協議により定めます。

本契約は、事業者が別紙重要事項説明書及び契約書と共に利用者に説明し、合意を得た上で契約書に署名捺印することによって成立するものとします。

利用者と事業者は署名捺印のうえ本契約を2通作成し、利用者と事業所各1通を保有します。

潮田クリニックは、(介護予防)訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり契約書に基づき契約内容を説明しました。

事業者	医療法人 八甲会	
事業所所在地	奈良県吉野郡吉野町上市 2135 番地	
事業所名	潮田クリニック	印
代表者	院長 奥野 太嗣	印
説明者		印

潮田クリニックから契約内容の説明を受け契約致します。

利用者(契約者)住所

氏名 印

家族又は代理人住所

氏名 印(続柄)

契約締結日 年 月 日

訪問リハビリテーションサービス重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、「奈良県指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成 24 年奈良県条例第 17 号）」第 9 条の規定に基づき、指定訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人 八甲会
代表者氏名	理事長 潮田悦男
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	吉野郡吉野町上市 2135 電話 0746-32-3381 (代) FAX0746-32-1210
法人設立年月日	昭和 26 年 9 月 8 日

2 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	潮田クリニック
介護保険指定 事業所番号	2911701718
事業所所在地	吉野郡吉野町上市 2135
連絡先 相談担当者名	電話 0746-32-3381 (代) FAX0746-32-1210 リハビリテーション科 半田、沖元
事業所の通常の 事業の実施地域	吉野町の山口、河原屋、津風呂、平尾、峰寺、千股、志賀、滝畑、佐々羅、西谷、上市、立野、飯貝、丹治、吉野山の下千本、吉野山の中千本、六田、左曾、橋屋、香束、宮滝、御園、檜井、菜摘、大淀町の畑屋、越部、土田、桧垣本、下淵の下淵新町 1 丁目～3 丁目、下淵岡崎 1 丁目～6 丁目、下淵車坂町、下淵つつじヶ丘、岩壺、西増、中増、増口、北六田、北野、新野、馬佐、比曾

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態〔要支援状態〕にある利用者に対して、適切な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〕を提供することを目的とする。
運営の方針	<p>1 指定訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要介護状態の利用者に、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、その他必要なリハビリテーションを行うことにより心身の維持回復を図る。</p> <p>指定介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要支援状態の利用者に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、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、要支援者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>2 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、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行う。</p> <p>3 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った事業の実施に努めるものとする。</p> <p>4 事業の実施にあたっては、市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護</p>

	支援センター、地域包括支援センター、その他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。
--	--

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜から金曜日 ただし祝日、12月30日から1月3日を除く
営業時間	午前8時00分から午後5時30分まで

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜から金曜日 ただし祝日、12月30日から1月3日を除く
サービス提供時間	午前8時30分から午後5時30分まで

(5) 事業所の職員体制

管理者	奥野 太嗣
-----	-------

職	職務内容	人員数
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協働により、リハビリテーションに関する解決すべき課題を把握します。計画作成に当たっては、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、具体的な目標や具体的なサービスを記載します。訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、居宅サービス計画にそって作成し、利用者、家族に説明したあとで、利用者の同意を得ます。また作成した計画書は、利用者に交付します。 3 訪問リハビリテーション計画に基づき、指定訪問リハビリテーションのサービスを提供します。 4 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。 5 それぞれの利用者について、指定訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。	機能回復・維持のためリハビリテーション等を行うに必要な、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置しております

※人員数は基準の範囲で変動する場合がございます。

3 提供するサービス内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
訪問リハビリテーション	要介護状態となった場合においても、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、作業療法又は言語聴覚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ります。
介護予防訪問リハビリテーション	要支援の認定を受けられた方が要介護状態になることを出来る限り防ぐ（発生を予防する）、あるいは状態がそれ以上悪化しないよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法又は言語聴覚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ります。

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

お支払いいただく利用者負担額は、利用者様の負担割合に応じた額となります。

区分		利用料	利用者負担額 (1割負担の場合)
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション	基本報酬 (1回20分以上のサービス1週に6回が限度)	1回 3,080円	1回 308円
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による介護予防訪問リハビリテーション	基本報酬 (1回20分以上のサービス1週に6回が限度) ※利用開始月より12月超	1回 2,980円 ※300円を減算	1回 298円 ※30円を減算

加 算		利用料	利用者負担額 (1割負担の場合)	算定回数等
短期集中リハビリテーション実施加算 ※1	退院(所)日又は新たに要介護認定を受けた日から3月以内)	2,000円	200円	1日当たり
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(介護) ※2	退院(所)日又は訪問開始日から3月以内)	2,400円	240円	1日当たり
(1)リハビリテーションマネジメント加算(イ)(介護) ※3		1,800円	180円	1月に1回
(2)リハビリテーションマネジメント加算(ロ)(介護) ※4		2,130円	213円	
(1)(2)に加えて事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合		2,700円	270円	
退院時共同指導加算 ※5		6,000円	600円	1回当たり
口腔連携強化加算 ※6		500円	50円	1回当たり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※7		60円	6円	1回当たり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※7		30円	3円	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 (通常の事業の実施地域以外にお住まいの該地域の方)		所定単位数 の5/100	左記の1割	1回当たり
特別地域(介護予防)訪問リハビリテーション加算 ※8		所定単位数 の15/100	左記の1割	1回当たり

※1 短期集中リハビリテーション実施加算

利用者に対して、集中的に訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。

【訪問リハビリテーション】退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に行うときは、1週間につき概ね2日以上、1日当たり20分以上のリハビリテーションを行います。

【介護予防訪問リハビリテーション】退院(所)日又は認定日から起算して1月以内の期

間に行うときは、1週につき概ね2日以上、1日当たり40分、退院（所）日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に行うときは1週につき概ね2日以上、1日当たり20分以上のリハビリテーションを行います。

※2 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

退院（所）日又は訪問開始日から3月以内に、認知症であると医師が判断した利用者に対して、集中的にリハビリテーションを行うことが生活機能の改善に効果的であると認められる場合に加算します。

※3 リハビリテーションマネジメント加算（イ）

指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に当該リハビリテーションの目的に加えて、開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行い指示の内容を記録し、当該事業所の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士その他の職種の者が協働して、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に加算します。また他の居宅サービスの従業者に介護支援専門員を通じて、リハビリテーションの観点から日常生活上の留意点、介護の工夫等を伝達します。

3月に1度リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直します。また、医師が当該会議に参加できない場合、訪問リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士等が、居宅サービス計画に位置づけた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と居宅を訪問し、当該従業者及び家族に対し専門的な見地から介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行い説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告した場合に算定します。

※4 リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

※3に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、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のために必要な情報を活用した場合に算定します。

※5 退院時共同指導加算

病院又は診療所に入院中の利用者が退院するに当たり、当事業所の医師、理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合に、退院時につき1回算定します。

※6 口腔連携強化加算

当事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供した場合に月1回算定します。

※7 サービス提供体制強化加算

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。

（Ⅰ）サービス提供者で勤続7年以上の者が一人以上の場合（Ⅱ）サービス提供者で勤続3年以上の者が一人以上

※8 特別地域（介護予防）訪問リハビリテーション加算

介護サービスの確保が著しく困難であると厚生労働大臣が定める、過疎地域その他の地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合に算定します。

4 その他の費用について

① 交通費	指定訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。
② キャンセル料	サービスのキャンセルにつきましては利用者様又は家族様・ケアマネージャーよりサービス提供日の当日の朝8時30分までにご連絡下さい。お申し出がない場合にはキャンセル料の支払いを求める場合がございます。ただし、利用者様の急変など止むを得ない事情によるキャンセルにつきましてはこの限りではありません。

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合） その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料等の費用は当月分を月末締めとし、翌月訪問時に請求書に明細をつけお渡しします。利用月の翌月20日までに、利用料をお支払下さい。また、南都銀行口座からの自動引き落としも行っております。毎月15日に前月分を引き落としいたします。引き落としの際には口座振替手数料100円+税をご負担いただきます。

利用料の支払いを受けた場合は、利用者様に対して領収書を交付します。（基本的に領収書の再発行は致しません。）

※ 利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から2ヶ月以上滞納したときは、契約を解除することが出来ます。

6 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	相談担当者氏名	療法士長 霜村 智一
	連絡先電話番号	0746-32-3381
	同ファックス番号	0746-32-1210

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、訪問（介護予防訪問）リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	(リハビリテーション科長) 霜村 智一
-------------	---------------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。

9 秘密の保持と個人情報の保護について（別紙2・3・4）

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業所従事者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれている記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する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、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損保ジャパン日本興亜(株)
保険名	医師賠償責任保険
補償の概要	開設者及びその使用人が医療上の過失によって、患者様に法律上の賠償責任が生じた場合に補償

11 身分証携行義務

指定訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、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。

12 心身の状況の把握

指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

13 居宅介護支援事業者等との連携

訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

14 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15 衛生管理等

- ① サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 感染予防対策と致しまして、施設内基準を作成し感染予防に努めております。利用者様を守るため、訪問者を守るために感染予防として、訪問時利用者様に触れる前、および訪問終了時に石鹸と流水で手洗いをしますので、利用者宅の洗面所を使用させていただくことをご了承下さい。

16 指定訪問リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

様の訪問リハビリテーションの内容に対する料金、利用料は以下のとおりです。回数は月によって若干の変化があります。合計金額はおおよその目安です。

サービスの区分	単位	利用回数	小計単位
訪問リハビリテーション費	308 単位/回	回	※1
介護予防訪問リハビリテーション費	298 単位/回		
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位/日	日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位/月	回	
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	180 単位/月	回	
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	213 単位/月	回	
サービス提供体制強化加算 (I)	6 単位/回	回	
サービス提供体制強化加算 (II)	3 単位/回	回	
その他：			
中山間地域等サービス提供加算	※1 の 5%加算		
特別地域訪問リハビリテーション加算	※1 の 15%加算		

合計単位	単位	負担金額 (合計金額の 1割・2割・3割 負担) 約 円
合計金額	円 (1 単位 10 円)	

介護報酬では1単位10円を基本に、都市部と地方の人件費などの地域格差を解消するため、地域区分を定めて報酬単価に割増率を設けています。吉野町は地域区分が「その他」となり1単位10円で計算します。

※その他の費用

交通費	通常の事業の実施地域以外で当院から片道10km以上の地域にお住いの方 一律往復500円(税別)
-----	---

交通費： 負担なし ・ 中山間地域等提供加算 ・ 別途1月約 円必要です。

17 サービス提供に関する相談、苦情について（別紙1）

サービス提供に関する相談・苦情に関しましては、当事業所・国民健康保険団体連合会・市町村相談窓口にお問い合わせ下さい。	当事業所相談窓口：担当 霜村 智一 連絡先：TEL 0746-32-3381 FAX 0746-32-1210
	奈良県国民健康保険団体連合会 連絡先：TEL 0744-29-8311 利用可能時間：午前9時～午後5時（土・日休業）
	市町村相談窓口：吉野町長寿福祉課 連絡先：NTT 電話 0746-32-8856 IP 電話 0746-39-9078

18 第三者による評価の実施状況

なし

19 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

本重要事項説明書は、事業者が契約書と共に利用者様に説明し、合意を得た上で重要事項説明書に署名捺印する事により同時に成立するものとします。

利用者様と事業者は署名捺印の上、本重要事項説明書を2通作成し、利用者様と事業者各1通を保有します。

当該事業者はサービスの提供開始にあたり、重要事項説明書に基づき重要事項を説明しました。

事業者	所在地	吉野郡吉野町上市 2135
	法人名	医療法人 八甲会
	代表者名	理事長 潮田 悦男 印
	事業所名	潮田クリニック
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	氏名	印
-----	----	---

代理人	氏名	印
-----	----	---

附則

この説明書は、令和6年6月1日から施行する。

個人情報保護に関する基本方針

当施設では良質な介護サービスをご提供させていただくために利用者様のプライバシーに十分配慮した上で、個人情報を適切に取り扱うことを宣言します。

(法令遵守)

当施設は個人情報保護法・ガイドライン・介護保険法等の法令・諸規範を遵守します。

(職員教育)

当施設は個人情報の適切な取り扱いのための職員教育を実施します。

(個人情報の取得・利用)

当施設は利用者様やご家族の個人情報の取得にあたり、利用目的を明示しその目的に必要な範囲の個人情報を取得し、利用目的以外に利用しません。

目的のない利用の場合、利用者様の同意なしに第三者に情報提供することはいたしません。ただし、法令に定める例外を除きます。

(情報の安全な管理)

当施設では、利用者様の個人情報を盗難、不正アクセス、紛失、改ざん等から守るために、適切な安全対策を講じます。

また、職員教育・内部統制・システムセキュリティ等の継続的な見直しを図り、利用者様の個人情報保護の向上に努めます。

(個人情報の第三者提供)

当施設は、利用者様やご家族の個人情報をその利用目的の範囲に沿って、第三者（医療関係機関、介護事業者、外部委託事業者）に提供することがあります。

第三者に提供する場合は、利用者様やご家族の同意を得ることとします。

また、外部委託事業者に対しては、個人情報を適切に取り扱うよう指導、監督を行います。

(個人情報についての問い合わせ)

利用者様又は第三者が個人情報についての情報開示、修正、追加、削除、利用停止などをご要望される場合には、利用者様をご本人であること、あるいはご本人の同意を得た上で、合法的且つ合理的な範囲でご要望に対応させていただきます。

潮田クリニック
院長 奥野 太嗣
電話 0746-32-3381

個人情報取扱業務概要説明書

潮田クリニック

個人情報保護規程、医療・看護・介護事業（以下「本事業」という）に関する個人情報取扱業務概要説明書

<p>個人情報の種類 本事業に関わって 取得利用する個人情報</p>	<p>次の各書類に本事業利用者及び家族が記載した事項及び本事業所職員が面談等により把握した事項、次の書類に記載した事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ カルテ ・ アセスメントツール ・ 訪問記録 ・ リハビリフローシート ・ 要約・経過記録 ・ 診断書又は指示書 ・ 保険証・医療受給者証・身体障害者手帳等の保険書類 ・ 契約書 <p>その他利用のために収集した情報</p>
<p>個人情報の利用目的</p>	<p>本事業による医療・看護・介護サービスの提供を適正かつ円滑に行い、利用者の利益を図ることを目的とする。</p>
<p>個人情報の利用・提供 方法</p>	<p>上記書類は本事業担当者の管理の下に保管すると共に、コンピューターに入力し、下記利用目的に沿った利用を行う。また、下記内容での目的の際に事業所内又は外部へ提供を行う。</p> <p>〔1〕 内部での利用 契約受付の管理、契約書の作成、計画書報告書の作成 サービスの質の向上、サービス提供職員間の連携</p> <p>〔2〕 外部への提供 主治医・居宅介護支援専門員・他利用サービス提供者との連携 利用料請求に関する業務 医療・看護・介護に関わる外部監査</p>
<p>その他の情報</p>	<p>本事業担当者が、上記情報の取得その他の機会において、本事業利用者から相談を受けた事項は、本人の同意のない限りは本事業者以外には伝えてはならない。</p>
<p>個人情報保護及び 苦情対応担当者</p>	<p>霜村 智一</p>

ご利用者の個人情報の保護に関する同意書

年 月 日

潮田クリニック 宛

私（利用者及び家族）の個人情報については、下記の必要最小限の範囲で使用することに同意します。

記

1. 個人情報の利用目的

- (1) サービスの申し込み及びサービスの提供を通じて収集した個人情報が、諸記録の作成、私へのサービス提供及び状態説明に必要な場合
- (2) サービスの提供に関することで、第三者への個人情報の提供を必要とする場合
主治医の所属する医療機関、連携医療機関、連携居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所若しくは介護予防支援事業所からの私のサービス等に関する照会への回答
- (3) サービスの提供に関すること以外で、以下のとおり必要がある場合
医療保険・介護保険請求事務、保険者への相談・届け出、照会の回答、会計・経理
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

2. 個人情報の保護

収集した私の個人情報は、保存方法、保存期間及び廃棄処分については、適用される法律のもとに処分すること。

ご利用者様

住所 _____

氏名 _____ 印

ご家族様または代理人様（ご関係 _____）

住所 _____

氏名 _____ 印

