

**医療法人社団久遠会みずほ病院**  
**訪問リハビリテーション・介護リハビリテーション**  
**重要事項説明書**

1、 当事業所の概要

(1) 提供出来るサービスの種類と地域

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| 事業者名称    | 医療法人社団久遠会 みずほ病院            |
| 所在地      | 東京都西多摩郡瑞穂町大字箱根ヶ崎字池廻り 535-5 |
| 介護保険指定番号 | 1312470466                 |
| 代表者      | 理事長 奥井 重徳                  |
| 電話       | 042-556-2311               |
| FAX      | 042-556-2034               |
| サービス提供地域 | 瑞穂町、青梅市、武蔵村山市、福生市、羽村市、入間市  |

(2) 事業所の職員体制

| 職種      | 資格    | 常勤 | 非常勤 | 業務内容      | 計  |
|---------|-------|----|-----|-----------|----|
| 管理者     | 医師    | 1名 | —   | 医療・管理     | 1名 |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士 | 2名 | —   | 機能訓練      | 2名 |
|         | 言語聴覚士 | 0名 | —   | 言語・摂食嚥下訓練 | 0名 |

(3) 営業時間

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 月曜日～金曜日 | 午前 9:00 ～ 午後 5:00     |
| 土曜日     | 午前 9:00 ～ 午後12:00     |
| 日曜・祝祭日  | 定休日（年末年始12/29～1/3も含む） |

ただし、サービス提供時間は、

月～金曜日：午前9時00分より移動開始、午後5時00分までに移動終了。

土曜日：午前9時00分より移動開始、午後12時00分までに移動終了。となる為、そのサービス提供時間は、訪問リハビリテーションサービスを提供する区域によって、移動時間を考慮するものとさせていただきます。

2、 サービスの内容

心身機能の維持・回復を目的に、ご利用者様に適した訓練プログラムや、ご家族への必要な助言・指導等を理学療法士が評価・作成・実施致します。なお、本事業所の地域特性による豪雨・降雪等における基幹道路の通行規制で、移動の困難な場合、ご利用中止をお願いすることがございます。

【 お願い 】

1、訪問リハビリテーションを行う前には、計画的な医学管理を行っている医師（主治医）の診察が必要となりますので必ず診察を受けて下さい。

また、計画的な医学管理を行っている医師（主治医）が別の医療機関の場合には情報提供が必要となりますので作成依頼をお願いいたします。

※厚生労働省の取り決めにより、計画的な医学管理を行っている医師（主治医）の診療後、3ヶ月以内に訪問リハビリテーションを行います。3ヶ月を超えてしまうと訪問リハビリテーションの提供が困難となります。

2、お持ちの保険証（介保、医保）、受給者証等は、毎月必ず訪問する職員に提示して下さい。

### 3、ご利用料金

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の1割・2割又は3割が負担額になります。

介護保険の認定を受けることの出来ない方は医療保険でのサービス提供となります。利用者負担額については別紙料金表を参照。

### 4、お支払い方法

毎月、10日頃までに前月分の訪問リハビリテーション内訳書を郵送致します。

あらかじめご指定頂いた預金口座より振替させていただきます。

尚、口座振替の手続きが完了するまでの間は、窓口もしくは振り込みをお願いいたします。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりのご利用料金全額を頂き、サービス提供証明書を発行致しますので、これを市町村の窓口へ提出の上、差額の払い戻しをお受け下さい。

### 5、サービスの終了方法

#### (1) ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する日の1週間前迄に、文書でお申し出下さい。

#### (2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前迄に、文書にて通知致します。

#### (3) 自動終了

以下の場合には、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了致します。

- ・ ご利用者様が、介護保険施設に入所された場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ ご利用者様がお亡くなりになられた場合

#### (4) その他

- ・ 当法人が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様ご家族様等に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が破産した場合ご利用者様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することが出来ます。
- ・ ご利用者様のサービス利用料金の支払いが請求してから2ヶ月以上に行なわれず、料金を支払うよう催告した日より2週間以内に支払われない場合

- ・ ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者様の入院もしくは病気等により、1ヶ月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合
- ・ ご利用者様またはそのご家族様、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合もございます。

#### 5. 事故発生時の対応及び損害賠償

事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、利用者の生命・身体に損害が発生した場合は、速やかに主治医・救急隊・利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

- (1) 前項の場合において、当該事故の発生につき事業者の故意若しくは重大な過失がある場合には損害を賠償します。
- (2) 利用者の行為により事業者が何らかの被害・損害を受けた場合は、利用者又は利用者の代理人、利用者の家族等は連帯して事業者の被害を賠償します。

#### 6. 要望・苦情等の申し出について

- (1) 担当窓口を設けております。お気軽にご連絡ください。

担当者： 事務 福岡 博

- (2) 国保連合会苦情相談窓口

受付時間（土・日・祝祭日を除く）

午前9時から午後5時まで

苦情相談窓口専用

03-6238-0177（直通）

- (3) 市区町村苦情相談窓口

西多摩郡瑞穂町 受付時間（土・日・祝祭日を除く）

高齢課 午前9時から午後5時まで

042-557-0501（代表）

青梅市

受付時間（土・日・祝祭日を除く）

高齢介護課 午前9時から午後5時まで

0428-22-1111（代表）

羽村市

受付時間（土・日・祝祭日を除く）

高齢福祉介護課 午前9時から午後5時まで

042-555-1111（代表）

福生市

受付時間（土・日・祝祭日を除く）

介護福祉課 午前9時から午後5時まで

042-551-1511（代表）

武蔵村山市

受付時間（土・日・祝祭日を除く）

高齢福祉課 午前9時から午後5時まで

042-590-1233（代表）

入間市

受付時間（土・日・祝祭日を除く）

高齢者福祉課 午前9時から午後5時まで

04-2964-1111（代表）

7. サービス提供記録の開示について

介護サービスの提供に関する記録を利用者様の求めに応じ開示いたします。

担当：事務 福岡 博

8. 当事業所母体組織の概要

|          |  |
|----------|--|
| 法人等種別    | 医療法人社団   |
| 母体施設名    | 医療法人社団 久遠会 みずほ病院   |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 奥井 重徳  |
| 所在地・電話番号 | 東京都西多摩郡瑞穂町大字箱根ヶ崎字池廻り 535-5<br>電話042-556-2311                           |
| 事業内容     | 医療療養・回復期リハビリ・地域包括ケア病棟<br>(医療保険) 113床<br>外来診療・訪問診療・訪問リハビリテーション<br>健康診断・ |
| 標榜科目     | 内科・消化器内科・リハビリテーション科  |
| 関連施設     | みずほ訪問看護ステーション<br>みずほ病院居宅介護支援事業所<br>介護老人保険施設 西東京ケアセンター<br>友田クリニック       |
| 協力施設     | 介護付有料老人ホーム ベルケア中神  |

## 【訪問リハビリ料金表】

| 基本単位数   |      | サービス提供体制<br>強化加算 | 合計単位 | 自己負担<br>(1割) | 自己負担<br>(2割) | 自己負担<br>(3割) |
|---------|------|------------------|------|--------------|--------------|--------------|
| 月1回の訪問  | 616  | 12               | 628  | ¥ 649        | ¥ 1,298      | ¥ 1,947      |
| 月2回の訪問  | 1232 | 24               | 1256 | ¥ 1,298      | ¥ 2,595      | ¥ 3,893      |
| 月3回の訪問  | 1848 | 26               | 1884 | ¥ 1,947      | ¥ 3,893      | ¥ 5,839      |
| 月4回の訪問  | 2464 | 48               | 2512 | ¥ 2,595      | ¥ 5,190      | ¥ 7,785      |
| 月5回の訪問  | 3080 | 60               | 3140 | ¥ 3,244      | ¥ 6,488      | ¥ 9,731      |
| 月6回の訪問  | 3696 | 72               | 3768 | ¥ 3,893      | ¥ 7,785      | ¥ 11,677     |
| 月7回の訪問  | 4312 | 84               | 4396 | ¥ 4,541      | ¥ 9,082      | ¥ 13,623     |
| 月8回の訪問  | 4928 | 96               | 5024 | ¥ 5,190      | ¥ 10,380     | ¥ 15,570     |
| 月9回の訪問  | 5544 | 108              | 5652 | ¥ 5,839      | ¥ 11,677     | ¥ 17,516     |
| 月10回の訪問 | 6160 | 120              | 6280 | ¥ 6,488      | ¥ 12,975     | ¥ 19,462     |

※1回の訪問で40分以上行います

その他の加算(状況に応じて下記の単位数が加算される場合があります。)

短期集中リハビリテーション実施加算 200単位/日

※1週に概ね2日以上、1日40分以上

退院(所)又は認定日から起算して3月以内に集中的に行った場合

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日

※医師が認知症であると判断し1週間に2日を限度とし退院(所)日又は

訪問開始した日から3月以内に集中的に行った場合

退院時共同指導加算 600単位/回

※退院前カンファレンスに参加し共同指導を行った場合

1単位=10.33円 合計単位数×1.033=自己負担額

※小数点以下切り上げ

## 【訪問リハビリ料金表】

|         | 基本単位数 | サービス提供体制<br>強化加算 | 合計単位 | 自己負担<br>(1割) | 自己負担<br>(2割) | 自己負担<br>(3割) |
|---------|-------|------------------|------|--------------|--------------|--------------|
| 月1回の訪問  | 596   | 12               | 608  | ¥ 628        | ¥ 1,256      | ¥ 1,884      |
| 月2回の訪問  | 1192  | 24               | 1216 | ¥ 1,257      | ¥ 2,513      | ¥ 3,769      |
| 月3回の訪問  | 1788  | 26               | 1824 | ¥ 1,885      | ¥ 3,769      | ¥ 5,653      |
| 月4回の訪問  | 2384  | 48               | 2432 | ¥ 2,513      | ¥ 5,025      | ¥ 7,537      |
| 月5回の訪問  | 2980  | 60               | 3040 | ¥ 3,141      | ¥ 6,281      | ¥ 9,421      |
| 月6回の訪問  | 3576  | 72               | 3648 | ¥ 3,769      | ¥ 7,537      | ¥ 11,305     |
| 月7回の訪問  | 4172  | 84               | 4256 | ¥ 4,397      | ¥ 8,793      | ¥ 13,190     |
| 月8回の訪問  | 4768  | 96               | 4864 | ¥ 5,025      | ¥ 10,049     | ¥ 15,074     |
| 月9回の訪問  | 5364  | 108              | 5472 | ¥ 5,653      | ¥ 11,305     | ¥ 16,958     |
| 月10回の訪問 | 5960  | 120              | 6080 | ¥ 6,281      | ¥ 12,562     | ¥ 18,842     |

※1回の訪問で40分以上行います

その他の加算(状況に応じて下記の単位数が加算される場合があります。)

短期集中リハビリテーション実施加算 200単位/日

※1週に概ね2日以上、1日40分以上

退院(所)又は認定日から起算して3月以内に集中的に行った場合

退院時共同指導加算 600単位/回

※退院前カンファレンスに参加し共同指導を行った場合

1単位=10.33円 合計単位数×1.033=自己負担額

※小数点以下切り上げ

様

# 訪問リハビリテーション 契約書



医療法人社団久遠会 みずほ病院

令和4年5月6日現在

# 利 用 契 約 書

様（以下、「利用者」といいます）と、みずほ病院訪問リハビリテーション（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う訪問リハビリテーションについて、つぎのとおり契約を結びます。

## 第1条（サービス契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令およびこの契約書にしたがって、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に、心身の機能維持回復を図るために、訪問リハビリテーションのサービスを提供し、利用者は、事業者に対し、別紙「重要事項説明書」の記載に従い利用料自己負担分を支払います。

## 第2条（契約期間）

1. この契約の期間は、 年 月 日から利用者の要介護認定又は要支援認定の有効期間満了日までとします。  
但し、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。
2. 上記契約期間満了日の7日前までに利用者から事業者に対して文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

## 第3条（訪問リハビリテーション計画の作成・変更）

1. 事業者は、医師の診断に基づいて、利用者の病状・心身状況・日常生活全般の状況および希望を踏まえ訪問リハビリテーション計画を作成します。
2. 訪問リハビリテーション計画には、訪問リハビリテーションサービスの目標や、目標達成のための具体的なサービス内容を記載します。
3. 事業者は、訪問リハビリテーション計画を作成、また変更した場合は、利用者およびその家族に対して説明を行い、利用者およびその家族の同意を得るものとします。
4. 訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合、その居宅サービス計画の内容に沿って作成します。
5. 次のいずれかに該当する場合、事業者は、第1条に規定する訪問リハビリテーションの目的にしたがって、訪問リハビリテーション計画を変更します。
  - ① 利用者の心身の状況などの変化により、当該訪問リハビリテーション計画の変更を要する場合
  - ② 利用者およびその家族などが、訪問リハビリテーション計画の変更を希望する場合
6. 事業者は、前項の訪問リハビリテーション計画の変更を行う場合、利用者およびその家族に対して説明を行い、利用者およびその家族の同意を得るものとします。

## 第4条（訪問リハビリテーションサービスの内容及びその提供）

1. 事業者は、第3条によって作成された訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者に対して訪問リハビリテーションのサービスを提供します。サービス内容については、別紙【重要事項説明書】に記載されているとおりです。
2. 事業者は、利用者の訪問リハビリテーションのサービス提供に関する記録を作成し、この契約の終了後も2年間保管します。

## 第5条（協議義務）

利用者は、事業者が訪問リハビリテーションのサービスを提供するにあたり、可能な限り事業者に協力しなければなりません。



## 第6条 (費用)

1. 事業者が提供する、訪問リハビリテーションのサービス利用料およびその他の費用は、別紙【重要事項説明書】に記載されているとおりです。
2. 利用者は、サービス利用の対価として、第1項の費用額をもとに、算定された利用者負担額を月ごとに事業者を支払います。
3. 事業者は、提供した訪問リハビリテーションのサービスのうち、介護保険の適用外のものがある場合、そのサービスの内容および利用料金を説明し、利用者の同意を得ます。
4. 事業者は、訪問リハビリテーションのサービスにおいて、要介護区分毎の利用料金およびその他の費用の額を変更する場合、1ヶ月前までに利用者に対して文書で通知し、変更の申し出を行います。
5. 事業者は、第4項に定める料金の変更を行う場合は、新たな料金に基づいた【重要事項説明書】を添付した、利用サービス変更合意書を事業者・利用者の双方で交わします。

## 第7条 (利用者の解除権)

利用者は事業者に対して、7日間以上の予告期間をもって事業者に通知することで、いつでもこの契約を解除することができます。

## 第8条 (事業者の解除権)

事業者は、利用者が次の各号に該当する場合は、30日間以上の予告期間をもって利用者には通知することで、この契約を解除することができます。

- ① 利用者が、正当な理由なく、サービス利用料、その他支払うべき費用を3ヶ月以上滞納した場合
- ② 利用者が、故意に法令違反、その他重大な秩序破壊行為を行い、改善される見込みがない場合

## 第9条 (契約の終了)

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

1. 利用者の要介護認定区分が、非該当となった場合
2. 利用者が介護保険施設や医療施設などへ、入所または入院などした場合
3. 第7条に基づいて、利用者が契約を解除した場合
4. 第8条に基づいて、事業者が契約を解除した場合
5. 利用者が死亡した場合

## 第10条 (事故発生時の対応及び損害賠償)

事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、利用者の生命・身体に損害が発生した場合は、速やかに主治医・救急隊・利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

1. 前項の場合において、当該事故の発生につき事業者の故意若しくは重大な過失がある場合には損害を賠償します。
2. 利用者の行為により事業者が何らかの被害・損害を受けた場合は、利用者又は利用者の代理人、利用者の家族等は連帯して事業者の被害を賠償します。

## 第11条 (秘密保持)

1. 事業者及び事業者の従業員は、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・利用者の家族または身元引受人の秘密を漏らしません。
2. 事業者は、利用者・利用者の家族または身元引受人の個人情報を用いる場合は、利用者・利用者の家族または身元引受人の同意を得るものとします。

## 第12条（苦情対応）

1. 利用者又は利用者の家族は、事業者により提供されたサービスに不満がある場合、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. 事業者は、前項による苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処するように努めます。
3. 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、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。

## 第13条（合意管轄）

本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、利用者および事業者は、事業者の住所を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを、事業者、利用者及び利用者の家族は予め合意します。

## 第14条（契約外条項）

本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸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。

## 【個人情報保護法に基づく公表事項に関する説明】

当事業所では利用者様に対して的確かつ迅速なサービスを提供させていただくために、利用者様ならびにご家族様の個人情報を下記の書類に利用しその取扱いには細心の注意を払っております。

ご理解の上、当事業所の個人情報利用にご同意くださいますようお願いいたします。

### ① 当院での利用

- ・診療録（医師指示書、実施記録）
- ・リハビリテーション実施計画書
- ・リハビリテーション実施報告書
- ・事故等の報告

### ② 院外での利用

- ・主治医の医師との連携
- ・サービス担当者会議
- ・居宅支援事業所からの照会の返答
- ・他の居宅サービス業者や居宅支援事業所等との連携
- ・病院事務上の利用

審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関または保険者からの照会への回答

- ・公益目的のための利用  
公益性の高い公的機関に対する保健医療及び公衆衛生上の報告
- ・実習生に対する教育や臨床研修のための利用
- ・損害保険会社・弁護士への連絡

## 訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション契約書

訪問リハビリテーション契約書及び重要事項説明書、個人情報保護法に基づく公表事項等に関する説明についての内容の説明を受け、下記の署名にて同意致します。

以上の契約を証する為本書2通を作成し、利用者および事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

年 月 日

〒

ご利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

代理人（※ご利用者様が身体等の理由で記入できない場合）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 続柄（ ）

電 話 \_\_\_\_\_

ご家族 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 続柄（ ）

電 話 \_\_\_\_\_

以上の説明を 年 月 日に 職員 \_\_\_\_\_ が説明しました。

事業者

〒190-1201

東京都西多摩郡瑞穂町箱根ヶ崎字池廻り535-5

医療法人社団久遠会 みずほ病院

院長 奥井 重徳 印

電話 042-556-2311（代）

FAX 042-556-2034