

介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションサービス利用契約書

利用者_____（以下、「利用者」といいます。）と介護老人保健施設 長田の里（以下、「当施設」といいます。）は、当施設が提供する介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションサービスの利用に関して、次のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 本契約は、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図るために、介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションサービスを提供し、一方、利用者及び利用者の家族は、当施設に対し、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目的とします。

（契約の期間）

第2条 本契約の有効期間は、____年 ____月 ____日から ____年 ____月 ____日までとします。

ただし、契約期間満了以前に利用者が要支援または要介護状態区分の変更の認定を受け、要支援・要介護認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の認定有効期間満了日までとします。

- 2 前項の契約期間満了日の1週間前までに、利用者から更新拒絶の申し出がない場合、この契約は自動更新され、以後も同様とします。
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、従前の契約期間経過の翌日から更新後の要支援・要介護認定有効期間満了日までとします。

（介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション計画の作成）

第3条 当施設は、利用者のための介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション計画（ケアプラン）を作成します。

- 2 計画担当職員が、利用者のための通所リハビリテーション計画を作成する際には、利用者、利用者の家族、身元引受人等の関係者から事情をよく聞いて、利用者の有する能力や置かれている環境に基づいて、利用者が最も人間的で自立した日常生活を送れるよう配慮します。
- 3 利用者のための介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション計画を作成・変更する際には、担当職員が、計画または変更案の段階で同計画案を利用者に対して説明し、利用者の家族（利用者に身寄りがない場合は身元引受人）の同意を得ることとします。

（サービスの内容）

第4条 当施設は、利用者に対し、前条により作成された利用者のための介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション計画に基づき、別紙「重要事項説明書」記載の各種介護サービスを提供し

ます。

(利用料)

第5条 利用者は、当施設からサービスの提供を受けたときは当施設に対し、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。

(身体的拘束その他の行動制限)

第6条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は運営部長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を介護サービス記録に記載することとします。

- 一 緊急性 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命、身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- 二 非代替性 身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命、身体に対して危険が及ぶことを防止できない場合に限りです。
- 三 一時性 利用者本人又は他人の生命、身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

(サービス記録)

第7条 当施設は、利用者に対する介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション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。

2 利用者及び利用者の家族は、当施設に対しいつでも、前項の記録の閲覧・謄写を求めることができます。

謄写の場合、当施設は実費相当額を請求者に請求することができます。

(利用者の解約権)

第8条 利用者は当施設に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。

この場合は、3日間以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日にこの契約は解除されます。

なお、当施設が、介護保険法等関連諸法令及び本契約に定める債務を履行しなかった場合または不法行為を行った場合には、利用者は当施設に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。

この場合は、申し入れ時に契約解除となります。

(当施設の解除権)

第9条 当施設は、利用者が次の各号に該当する場合には、2週間以上の予告期間をもってこの契約を解除することができます。

- 一 利用者が正当な理由なく、利用者のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合
- 二 利用者の行動が、他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- 三 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をするおそれが極めて大きく、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- 四 利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

(契約の終了)

第10条 次の各号に該当する場合は、本契約は終了します。

- 一 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の1週間以上前までに利用者から更新拒絶の申し入れがあり、かつ契約期間が満了したとき。
- 二 要支援・要介護認定の更新において、利用者が自立と認定されたとき。
- 三 利用者において、介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションサービス提供の必要性がなくなったとき。
- 四 利用者について病院または診療所に入院又は介護保険施設へ入所されたとき。
- 五 利用者が死亡したとき。

(契約終了後の精算)

第11条 契約期間中に契約が終了した場合、サービスの未給付分について当施設がすでに受領している利用料があるときは、当施設は利用者に対し相当額を返還します。

(秘密の保持)

第12条 施設とその職員は、業務上知り得た利用者、利用者の家族または身元引受人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は、利用者、利用者の家族または身元引受人から、予め同意を得た上で行うこととします。

- 1 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- 2 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

(事故発生時の対応及び損害賠償)

第13条 当施設は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに市町村、利用者の家族又は身元引受人、当該利用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。

- 2 前項の場合において、事故が発生した場合は、当施設はすみやかに利用者の損害を賠償します。ただし、当施設に故意過失がない場合にはこの限りではありません。
- 3 前項の場合において、当該事故発生につき利用者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。

(サービスに関する苦情処理)

第14条 利用者、利用者の家族または身元引受人は、当施設が提供する介護サービス等に疑問や苦情がある場合、いつでも別紙「重要事項説明書」記載の苦情受付窓口にお問い合わせ及び申し立てることができます。

その場合、当施設はすみやかに状況の聞き取り等を実施して事実関係を調査し、苦情処理委員会で対策を検討します。また、必要に応じて苦情処理第三者委員会を開催し、検討の上、その結果並びに改善の必要性の有無及び解決の方法について利用者に報告します。

- 2 当施設は利用者、利用者の家族または身元引受人から前項の疑問問合せ及び苦情申立がなされたことをもって、利用者に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。

(身元引受人)

第15条 当施設は利用者に対し、利用者に身寄りがない場合、身元引受人を求めることがあります。ただし身元引受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この限りではありません。

- 2 身元引受人は、次の各号の責任を負います。
 - 一 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続が円滑に進行するように協力すること。
 - 二 契約解除又は契約終了の場合、当施設と連携して利用者の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること。
 - 三 利用者が当施設に対し、支払うべき利用料とその他支払うべき費用などの債務を利用者と連帯して支払うこと。

(契約に定めのない事項)

第16条 この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、利用者の家族又は身元引受人と当施設とが誠意を持って協議の上、定めるものとします。

以上の契約を証するため、本契約書を2通作成し、利用者とは当施設が署名押印の上、1通ずつ保有します。

年 月 日

(利用者)

私は、以上の契約につき説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

住 所

氏 名 印

電話番号

(署名代行者)

私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名 印

電話番号

署名を代行した理由。

(利用者のご家族又は身元引受人)

私は、以上の契約につき説明を受け、理解しました。

住 所

氏 名 印

電話番号

利用者との続柄

(事業者)

当施設は、利用者の申し込みを受諾し、本契約に定めるサービスを誠実に履行します。

所 在 地 東大阪市長田東 1 - 3 - 5

名 称 介護老人保健施設 長田の里

代 表 者 管理者 伊藤 勝啓

電話番号 06-6788-8192

F A X 06-6788-8193