

お名前 _____ 様

通所（介護予防）リハビリテーション利用契約書

事業所：介護老人保健施設 リバーイースト

（契約の目的）

第1条

介護老人保健施設リバーイースト（以下「当施設」という。）は、要支援状態又は要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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、通所（介護予防）リハビリテーションを提供し、一方、利用者は、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、本契約の目的とします。

（適用期間）

第2条

- 1 本契約の有効期間は、____年 ____月 ____日から要介護認定有効期間の満了日までとします。但し、上記契約期間の満了日前に、利用者が要介護（要支援）区分の変更の認定を受け、要介護（要支援）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（要支援）認定有効期間の満了日までとします。
- 2 利用者は、前項に定める事項の他、利用者の代理人又は身元引受人の変更、本契約、重要事項説明書の改定が行われないう限り、また、上記の契約期間満了日の7日前までに利用者からの更新拒絶の意思表示がない場合には、この契約は同一内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。

（利用者からの解除）

第3条

利用者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅介護（予防）サービス計画にかかわらず、本契約に基づく通所（介護予防）リハビリテーション利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者は、速やかに当施設及び利用者の居宅介護（予防）サービス計画作成者に連絡するものとします。

但し、利用者が正当な理由なく、通所（介護予防）リハビリテーション実施期間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他のご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

(当施設からの解除)

第4条

当施設は、利用者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく通所（介護予防）リハビリテーションの利用を解除・終了することができます。

- ① 更新認定等により非該当となった場合
- ② 利用者の居宅サービス計画が定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所（介護予防）リハビリテーションの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者が、本契約に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的な行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用することができない場合

(運営規程の概要)

第5条

当施設の運営規程の概要（事業の目的、職員体制、施設サービスの提供方法等）は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

(利用料金)

第6条

- 1 利用者は、当施設に対し、本契約に基づく通所（介護予防）リハビリテーションの対価として、別紙重要事項説明書の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等の変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- 2 当施設は、利用者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日までに発送し、利用者は当施設に対し当額合計をその月の末日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。
- 3 利用者が保険料を滞納し、保険給付の制限を受けている場合は、別紙重要事項説明書に記載した額を利用料として、利用者に請求します。
- 4 当施設は、利用者から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(記録)

第7条

- 1 当施設は、利用者の通所（介護予防）リハビリテーションの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。

- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、利用者その他の者(利用者の代理人を含む)に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

第8条

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、別にさだめる「身体拘束ガイドライン」に拠り、当施設の医師が判断し、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診察録に記載することとします。

(秘密の保持)

第9条

- 1 当施設とその職員は、業務上知り得た利用者若しくはその家族等に関する秘密を、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。
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

(緊急時の対応)

第10条

- 1 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- 2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(苦情対応)

第11条

- 1 利用者は、当施設の提供する通所（介護予防）リハビリテーションに対しての苦情等について、当施設、市町村又は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ことができます。
- 2 当施設は、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、苦情申し立て又は相談のあった場合には、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。
- 3 当施設は、利用者が苦情を申し立て等を行ったことを理由として何ら不利益な取

扱をすることはありません。

(賠償責任)

第12条

- 1 通所（介護予防）リハビリテーションの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。
- 2 利用者の責に帰すべき事由によって当施設が損害を被った場合、利用者は当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(施設が賠償責任を負わない場合)

第13条

- 1 この契約の有効期間中に介護保健施設サービスの提供に伴って利用者に生じた損害であっても、次の各号に該当する場合は、施設は賠償責任を負いません。
- 2 利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴などの重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったものにもつぱら起因して損害が生じた場合。
- 3 利用者が、サービスの実施に当たって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったものにもつぱら起因して損害が生じた場合。
- 4 利用者の急激な体調の変化など、施設が実施したサービスを原因としない事由により起因して損害が生じた場合。
- 5 利用者が、施設もしくは職員の指示に反して行った行為にもつぱら起因して損害が生じた場合。

(利用者代理人)

第14条

- 1 当施設は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。
- 2 利用者の代理人選任に際して必要がある場合には、当施設は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(身元引受人(連帯保証人))

第15条

- 1 当施設は利用者に対し、身元引受人を求めます。ただし、利用者に身元引受人をた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、この契約の基づく契約者の事業者に対する債務について、契約者と連携し履行の責を負うとともに、次に定める事項について必要な行為をします。
 - 一 利用者が医療機関に入院する場合、入院の手続きが円滑に進行するように協力すること。
 - 二 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 利用者が死亡した場合、遺体及び遺留金品の引受けその他必要な処置をとること。

(利用契約に定めのない事項)

第16条

この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

上記のとおり、通所（介護予防）リハビリテーションの契約を締結します。

年 月 日

利用者（契約者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

上記代理人及び身元引受人（連帯保証人）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

（事業者）所在地 小田原市永塚344-1

事業者 公益財団法人積善会 介護老人保健施設 リバーイースト

代表者名 理事長 長谷川 剛 印