

## 独立行政法人 地域医療機能推進機構 滋賀病院附属介護老人保健施設 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション利用契約書

利用者 様（以下単に「利用者」という。）と独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院附属介護老人保健施設（以下「当施設」という。）の施設サービス利用に関して次のとおり契約を締結する。

### （契約の目的）

第1条 当施設は、要支援又は要介護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が営むことができるように、通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（以下「通所リハ等」という。）を提供し、一方、利用者及び利用者を代理する者（以下「代理人」という。）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 本契約は、利用者が「独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院附属介護老人保健施設通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション利用契約書」を当施設に提出したときから効力を有します。但し、代理人に変更があった場合は、新たに契約を得ることとしますので、速やかにお知らせ下さい。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約の改定が行われぬ限り、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当施設の通所リハ等を利用することができるものとします。

### （利用者からの解除）

第3条 利用者及び代理人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画（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リハ等の利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び代理人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス（介護予防サービス計画）作成者に連絡するものとします。

### （当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者及び代理人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく通所リハ等の利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画（介護予防サービス計画）で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び代理人が、本契約に定める利用料金を滞納した場合
- ④ 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リハ等の提供を超えると判断された場合

- ⑤ 利用者または代理人が、当施設、当施設の職員または他の入所者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為または反社会的行為を行った場合
- 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

#### (利用料金)

第5条 利用者及び代理人は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく通所リハ等の対価として、別紙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。

- 2 前項の療養費及び利用料は、毎月10日過ぎに請求しますので、その月の20日に原則口座振替にてお支払いください。

#### (記録)

第6条 当施設は、利用者の通所リハ等サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保存します。

- 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、代理人その他の者に対しては、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7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、組織として要件の確認等の手続きを極めて慎重に行い、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、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等を診療録に記載します。

#### (秘密の保持及び個人情報の保護)

第8条 当施設では、当施設の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又はそのご家族等に関する個人情報の利用目的を別紙重要事項説明書記載のとおり定め、適切に取り扱います。但し、例外として次の事項については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
  - ② 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとの連携
  - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
  - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
  - ⑤ 生命・身体の保護のために必要な場合  
(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

#### **(緊急時の対応)**

第9条 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を必要と認める場合、協力医療機関また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 利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び代理人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

#### **(事故発生時の対応)**

第10条 当施設は、利用者に対する介護保健施設サービスの提供中に事故が発生した場合は、速やかに関係市町村、代理人等に連絡するとともに、事故内容についての記録を行い、事故発生に至った原因を検証し、再発防止策を講じます。

#### **(要望又は苦情の申し出)**

第11条 利用者及び代理人は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、また1階に設置する「ご意見箱」に投函することができます。

#### **(利用契約に定めのない事項)**

第12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、利用者又は代理人と当施設が誠意を持って協議して定めることとします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者（利用者）、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者

所在地 滋賀県大津市富士見台16-1  
名称 独立行政法人 地域医療機能推進機構  
滋賀病院附属介護老人保健施設

管理者 施設長 中川 義久

利用者

住 所

名 前 印

代理人（利用者と異なる場合）

住 所

名 前 印

続 柄

【利用料金の請求書・明細書および領収書の送付先】

・名 前	(続柄 )
・住 所	〒
・電話番号 (携帯)	

【緊急時及び事故発生時の連絡先】

・名 前	(続柄 )
・住 所	〒
・電話番号 (携帯)	

# 個人情報利用同意書

独立行政法人地域医療機能推進機構  
滋賀病院附属介護老人保健施設 管理者殿

私は、個人情報の取扱いについて説明を受け、私の個人情報を重要事項説明書「個人情報の利用目的」に基づく個人情報の利用に関して同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 印

利用者の家族等（利用者と異なる場合）

住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 印

家族代表

住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 印

（続柄： \_\_\_\_\_）