

本契約を証するため、甲乙は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通保有します。

令和 年 月 日

介護老人保険施設 醍醐の里 短期入所療養介護サービス契約書

(契約者・利用者 甲)

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、甲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 (本人が署名できないため・その他:)

(身元引受人)

私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受の責任について理解しました。

住 所

氏 名 印

甲との続柄 ()

電話番号 () -

(事業者 乙)

当施設は、甲の申込を受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

所在地 京都市伏見区醍醐内ヶ井戸町19番地1

名称 社会福祉法人 伏見福社会

介護老人保健施設 醍醐の里

代表者 理事長 箕口 新一

電話番号 075-571-5222 ファックス 075-573-7666

(立会人)

私は、()として、この契約に立ち会いました。

住 所

氏 名 印

甲 (利用者)

乙 (事業者) 社会福祉法人 伏見福社会

(契約の目的)

第1条 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、甲に対し、甲が可能な限り居宅において、その能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、各種サービスを提供します。一方、甲及び甲の身元引受人は、乙に対し、そのサービスに対する料金を連帯して支払うものとします。

(契約期間)

第2条 本契約は甲が本契約を乙に提出したときから効力を有します。但し甲もしくは代理人に変更があった場合は、新たに契約をすることとします。

2 甲は前項に定める事項の他、本契約第14条、第15条、及び第16条に該当しない限り、初回の契約をもって繰り返し当事業所を利用することができるものとします。

(事業者が提供できる介護サービスの内容)

第3条 乙は甲に対して、契約者が一時的に入所して看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を受ける必要がある場合に、乙が契約者に交付した「重要事項説明書」(以下「重要事項説明書」という。)記載の乙の運営する施設において、短期入所療養介護サービスを提供します。

(短期入所療養介護サービスの基本方針)

第4条 乙は、サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分、及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、甲に対しサービスを提供します。

2 乙は、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議を通じて、甲の心身、置かれている環境、他の保険医療サービスまたは福祉サービスの利用状況を把握するように努めます。

3 乙は、甲の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防に資するよう、短期入所療養介護サービスの目標を設定し、第6条に規定する短期入所療養介護計画が作成されたときはこれにもとづき、そうでない場合は居宅サービス計画にそって、計画的にサービスを行います。

4 乙は、甲または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、甲の身体を拘束し、あるいはその他契約者の行動を制限することはしません。

5 乙が甲に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により契約者の行動を制限する場合は、甲に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、かつ、事前または事後速やかに、契約者の後見人または甲'(この契約上甲'がないときは甲の家族。以下、同様とします。)に対し、甲に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。

※ただし、甲の行動を制限した場合には、第5条の介護サービス記録に次の事項を記載します。

- 甲に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
- 前項に基づく乙の甲に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

(介護サービス記録)

第5条 乙は、甲に対する介護サービスの提供に関する記録を整備し、その完成の日から5年間保存します。

2 甲または甲'は、乙に対し、前項の介護サービス記録の閲覧及び謄写を請求できます。ただし、謄写の際、乙は、甲または甲'に対して、実費相当額を請求できるものとします。

(短期入所療養介護計画の作成・変更)

第6条 乙は、甲が相当期間以上継続して入所する場合には、甲の心身の状況や希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の短期入所療養介護従業者との協議の上で速やかに、短期入所療養介護計画を作成します。

2 短期入所療養介護計画には、短期入所療養介護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 乙は、短期入所療養介護計画を作成または変更したときには、契約者および甲に対しその内容を説明し甲の同意を得ます。

(居宅サービス計画変更の援助)

第7条 乙は、居宅サービス計画(ケアプラン)が作成されている場合で、甲が居宅サービス計画(ケアプラン)の変更を希望するときは、速やかに居宅介護支援事業者に連絡するなど、必要な援助を行います。

(契約者の短期入所療養介護サービス利用)

第8条 乙が提供する短期入所療養介護サービスのうち、甲が利用するサービスの具体的な内容は、短期入所療養介護サービス利用申込の都度、契約者と乙との文書による合意により決めるものとします。

2 甲が乙の提供する短期入所療養介護サービスを受けようとする場合には、甲は、利用を希望する期間の初日の2日前から、乙に対して利用する期間を明示して申し込むものとします。これに対して乙は、居室が確保できないなど施設運営に著しい支障をきたさない限り、甲の利用を断ることはできません。

3 乙が甲に提供する居室の定員は、4人です。ただし、短期入所療養介護サービス利用申込の都度、甲と乙との合意により変更できるものとします。

4 入所後、甲から居室の変更の申出があった場合で、乙がその申出を相当と認めたとき、または乙が施設運営上特に必要と認めたときには、居室の変更を行います。

（利用料等）

第9条 甲及び甲の身元引受人は乙に対して、乙から提供を受ける各種介護保険給付サービスならびに各種介護保険給付外サービスについて、別紙サービス内容説明書のと通りの利用料等を連帯して支払います。

2 乙は、甲が支払うべき短期入所療養介護サービスに要した費用について、甲が介護サービス費として市町村より支給を受ける額の限度において、甲にかわって市町村より支払いを受けます（以下「法定代理受領サービス」といいます。）。

3 甲が短期入所療養介護サービスの利用を入所日の前々日の午後3時以降キャンセルするときは、乙は甲に対し、キャンセル料を請求できるものとします。

4 乙は甲に対し、毎月月末に締めて計算し、翌月15日頃に請求書を発行します。請求書には、甲が利用した各種サービスにつき、種類ごとに利用回数、利用単位の内訳、介護保険適用の有無、法定代理受領の有無等を明示します。

5 甲は、乙に対し、当月の利用料等を、翌月の月末までに、乙の指定する方法で支払います。（指定する銀行に振込。又は、事務局にて支払いします。）

6 乙は、法定代理受領サービスに該当しない短期入所療養介護サービスを提供した場合において、甲から利用料の支払いを受けたときは、甲に対して、サービス提供証明書を交付します。

7 サービス提供証明書には、提供した短期入所療養介護サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

（利用料の滞納）

第10条 甲が乙に支払うべき利用料等を正当な理由なく滞納した場合において、乙が甲に対して2週間以内に滞納額を支払うように催告したにもかかわらず、全額の支払いがないとき、乙は、全額の支払いがあるまで次の利用をお断りすることがあります。

（秘密保持）

第11条 乙および乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する介護サービスの提供にあたって知り得た甲または甲の家族の秘密を漏らしません。

2 乙は、乙の従業員が退職後、在職中に知り得た甲または甲の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

3 乙は、甲の個人情報を用いる場合は甲の、甲の家族の個人情報を用いる場合は甲の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、甲または甲の家族の個人情報を用いません。

（契約者の施設利用上の義務）

第12条 甲は、療養室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用するものとします。

2 甲は、サービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要がある場合には、施設従事者が利用者の療養室に立ち入り、必要な措置を取ることを認めるものとします。但し、その場合は、乙は、甲のプライバシー等の保護について、十分な配慮をするものとします。

3 甲が、施設、設備等について、著しい滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、甲又は家族が事故の費用で原状に復するか、又は相当の代価を甲及び扶養者又は代理人が連帯して支払うものとします。

（契約者の禁止行為）

第13条 甲は、事業所内で次の各号に該当する行為をすることは許されません。

- 決められた場所以外での喫煙
- サービス従事者又は他の契約者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うこと。
- 自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- 甲相互間で金品の貸し借りを行うこと。
- 暴力行為その他施設内の秩序、風紀を乱すこと。
- 施設の物品に損害を与え、又これらを事業所外に持ち出すこと。
- 施設療養中の飲酒。
- ペットの持ち込み、その他決められた以外の物の持ち込み。

（損害賠償）

第14条 乙は、甲に対する介護サービスの提供にあたり事故が発生した場合は、これにより甲の受けた損害を速やかに賠償します。ただし、乙が故意、過失がないことを証明した場合は、この限りではありません。

2 前項の場合において、当該事故の発生につき甲に重大な過失がある場合には、損害賠償の額を減じることができます。

3 乙は万一の事故に備えて、損害賠償責任保険に加入しています。

（その他）

（契約の終了）

第15条 次の各号の一に該当するときは、この契約は終了します。

- 要介護認定更新において、甲が自立と認定された場合。
- 甲が死亡した場合。
- 第14条にもとづき甲が契約解除を申し出た場合。
- 第15条第1項にもとづき乙が契約の解除を通告し、予告期間が満了した場合。
- 第15条第2項にもとづき乙が契約の解除を通告した場合。
- 甲が他の短期入所療養介護施設と別契約を締結した場合。
- 甲が介護老人保健施設入所に変更になった場合。

（契約者の契約解除）

第16条 甲は、現に短期入所療養介護サービスを利用中でない限り、いつでもこの契約を解除することができます。

2 甲は、現に短期入所療養介護サービスを利用中であっても、乙に債務不履行、不法行為の事由がある場合は、即時にこの契約を解除することができます。

（事業者の契約解除）

第17条 乙は、次の各号に該当する場合には、この契約を解除できます。ただし、乙は2週間の予告期間を置くものとします。

- 第10条の利用停止にもかかわらず、滞納額全額の支払いがない場合。
- 甲が故意に法令や施設管理規程等に違反し、あるいは重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込がない場合。

2 乙は、次の各号に該当する場合において、事態の回復が見込めないときには、即時にこの契約を解除できます。

- 伝染性疾患により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、かつ治療が必要である場合。
- 甲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、かつ甲に対する通常の介護方法ではこれを予防できない場合。

3 乙が前2項によりこの契約を解除するときは、甲の心身の状況やその置かれている状況を踏まえて、介護支援専門員や市町村への連絡、その後のサービスの確認等の援助を行います。

（精算）

第18条 乙が、短期入所療養介護に関して、甲から事前に受領している利用料等があり、契約の中途解約等により精算の必要が生じた場合は、乙はサービスの未給付分等必要な金額を速やかに甲に返還します。

（苦情処理）

第19条 甲、甲の後見人、甲の家族または身元引受人は、乙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問合せ及び申し立てることができます。その場合、乙はすみやかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無並びに改善の方法について甲に文書で報告します。

2 乙は甲、甲の後見人、甲の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、甲に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。

（緊急時の対応）

第20条 乙は、介護サービスの提供中に甲の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかにかかりつけ医師・病院または協力医療機関と連絡をとり、救急医療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします。

（身元引受人）

第21条 乙は甲に対し、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てること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。

- 弁済をする資力を有すること。また、身元引受人は、甲が本契約上、乙に対して負担する一切の債務を極度額20万円の範囲内で、甲と連帯して支払う責任を負います。
- 甲が疾病等により他の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。
- 契約終了の場合、乙と連携して甲の状態に見合った適切な受入先（在宅・医療機関等）の確保に努めること。
- 甲が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引受その他必要な措置をすること。

（契約外事項）

第22条 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところによります。

（協議事項）

第23条 本契約に関して争いが生じた場合は、第1条記載の目的のため、当事者が互いに信義に従い、誠実に協議した上で解決するものとします。

・・

*******緊急搬送先病院*******

緊急時（介護サービスの提供中に契約者の病状の急変が生じた場合やその他必要な場合）には、速やかに協力医療機関・かかりつけ医師・病院等と連絡をとり、救急医療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるように致します。

希望される緊急搬送先をご記入ください。

| | |
|-----|------|
| 病院名 | 電話番号 |
| | — — |