

医療法人社団平成会桜井病院 指定通所・介護予防リハビリテーション利用契約

(契約の目的)

第1条

医療法人社団平成会桜井病院指定通所リハビリテーションは（以下「当病院」という。）は要支援、要介護状態と認定された利用者（以下「利用者」という。）に対し介護保険法令の趣旨に従って、利用者に可能な限り自宅でその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように通所リハビリテーションを提供し一方、利用者及び扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当病院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 本契約は、利用者が通所リハビリテーション利用同意書を当病院に提出したときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。
- 2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、別紙1及び別紙2の改定が行われないう限り初回利用時の同意書をもって、繰り返し当病院の通所リハビリテーション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

利用者及び扶養者は、当病院に対して利用中止の意思表示をする事により利用者の居宅介護サービス計画に関わらず、本契約に基づく通所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。尚、この場合は利用者及び扶養者は速やかに当病院及び居宅介護支援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ご利用いただいた費用を当病院にお支払いいただきます。

(当病院からの解除)

第4条

当病院は、利用者及び扶養者に対し次に掲げる場合には、本契約に基づく通所リハビリテーション利用を解除・終了する事ができます。

- 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 利用者が居宅介護サービス計画に定められた利用時間数を超えた場合。
- ③ 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し当病院での適切な通所リハビリテーションの提供を越えると判断された場合。
- ④ 利用者及び扶養者が本契約に定める利用料金を2ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合。

- ⑤ 利用者又は扶養者が当病院の職員、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行為を行った場合。
- ⑥ 天災、災害により当病院設備に故障等のやむを得ない理由により当病院の利用が困難となった場合。

(利用料金)

第5条

- 1 利用者及び扶養者は、連帯して当病院に対し本契約に基づく通所リハビリテーションサービスの対価として、別紙2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を支払う義務があります。但し、当病院は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- 2 利用者及び扶養者は、連帯して当病院に対し当該合計額を翌月の10日から月末までの間に支払うものとします。
- 3 当病院は、必要がある時は利用者又は扶養者が指定する連絡先に対し、当該合計額の請求内容を連絡します。
- 4 当病院は、利用者又は扶養者から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交付します。

(記録)

第6条

- 1 当病院は、利用者の通所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その記録を利用終了後5年間は保管します。
- 2 当病院は、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、扶養その他の者（利用者の代理人を含めます）に対しては利用者の承諾その他を必要と認められる場合に限りこれに応じます。

(身体拘束等)

第7条

当病院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場合等緊急やむを得ない場合は、病院管理者又は病院長が判断し口頭にて扶養者に対し同意を得て危険防止策の一環として、身体拘束や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、当病院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い理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持)

第8条

当病院とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養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、次の格号についての情報提供については利用者及び扶養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。尚、この場合利用者を特定できないように仮名等を使用することを厳守いたします。
- 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとする。

(緊急時の対応)

第9条

- 1 当病院は、利用者に対し病院医師の医学的判断により対診が必要と認める場合は、協力医療機関又は協力歯科医師機関での診療を依頼することがあります。
- 2 当病院は、利用者に対し当病院における通所リハビリテーションでの対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、他の専門的医療機関を紹介します。
- 3 前2項の他、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合は、当病院は利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第10条

利用者及び扶養者は等病院の提供する通所リハビリテーションに対しての要望又は苦情等について、担当職員に申し出ることができ又は、備付けの用紙にて管理者宛に文書にて所定の場所に設置してある「ご意見箱」に投函して申し出ることができる。

(損害賠償)

第11条

- 1 通所リハビリテーションのサービス提供に伴って当病院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病院は利用者に対して損害賠償をするものとする。
- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当病院が損害を被った場合は利用者及び扶養者は連帯して、当病院に対してその損害を賠償するものとする。
- 3 通所リハビリテーションのサービス提供後自宅等で起こりうる、事故・事件・火災に関して当病院は一切の責務を負わない。

(利用者契約にさだめない事項)

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例に定めるところにより利用者又は扶養者と当病院が誠意をもって協議してさだめることとします。

指定通所・介護予防リハビリテーション利用契約

年 月 日

利用者 (甲)	私は、以上の契約の内容について説明を受け、内容を確認いたしました。 私は、この契約書で確認する通所リハビリテーションの利用を申し込みます。			
	住所	〒		
	氏名			印
	電話番号	() -	携帯電話	- -

扶養者 (利用者の家族等代理者)	私は、本人に代わり上記署名を行います。 私は、本人の契約意思を確認しました。			
	本人との関係		署名代理の理由	
	住所	〒		
	氏名			印
	電話番号	() -	携帯電話	- -

事業者 (乙)	当病院は、通所リハビリテーションとして甲の申し込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを誠実に責任もって行います。			
	所在地	〒938-0801 富山県黒部市荻生6675番地の5		
	名称	医療法人社団平成会桜井病院		
	代表者名	理事長 清田 萌美		印
	電話番号	(0765) 54-1800	FAX	(0765) 54-4001