

地域密着型介護老人福祉施設「清滝の郷」入所利用契約書

介護老人福祉施設サービスを利用するにあたり、重要事項の説明及び重要事項説明書の交付を受けて、下記のとおり契約を締結します。

(契約の目的)

第1条 地域密着型介護老人福祉施設清滝の郷(以下「当施設」という。)は、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、利用者が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するとともに、利用者の施設における生活への介護を目指した介護福祉施設サービスを提供し、一方、利用者及び利用者を扶養する者(以下「ご家族」という。)は、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、利用者又は、家族が地域密着型介護老人福祉施設入所利用同意書を当施設に提出した時から効力を有します。但し、家族に変更があった場合は、新たに契約を交わすこととします。

- 2 利用者は、前項に定める事項のほか、本契約書、重要事項説明書の改定が行われないう限り、初回利用時の同意書提出をもって、当施設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 利用者及び家族は、当施設に対し、7日前までに退所の意思表示をすることにより、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。但し、利用者の病変や急な入院等やむを得ない事情がある場合は、7日内でもこの契約を解除することができることとします。

(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、本契約に基づく入所利用を解除・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又は要支援1・要支援2・要介護1・要介護2と認定された場合

※特例入所(要介護1・要介護2)に該当する場合はこの限りではありません。

- ②当施設において定期的に実施される入所継続判定会議において、退所して居宅で十分に生活が送れる、又は当施設より更に適していると思われる施設が存在すると判断された場合

- ③利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な施設サービスの提供範囲を超えると判断された場合
- ④利用者及び家族が、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 20 日間以内に支払われなかった場合
- ⑤利用者、利用者家族が、当施設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パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどを行い、介護サービスの提供が困難となった場合
- ⑥災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない事由により、当施設を利用させることができない場合
- ⑦事業者は重要事項説明書の規定に該当した場合、利用者、利用者家族に対して 10 日以上予告期間をおいて理由を通知することにより、この契約を解除することができる。
- ⑧事業者は前項によりこの契約を解除する場合には、主治の医師、居宅介護支援事業所及び保険者である市役所介護保険課に連絡を行い、適当な他の事業者等を紹介する等の措置を講じる。

(利用料金)

- 第 5 条 利用者及び家族は連帯して、当施設に対し、本契約に基づく施設サービスの対価として、重要事項説明書の利用単位ごとの料金（介護保険制度の改正により変動があります）をもとに計算された月毎の利用料、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、利用者の要介護等に変更があった場合、上記利用料金を変更することがあります。
- 2 当施設は、前月料金の合計額を毎月 10 日までに算出します。利用者及び扶養者は連帯して当施設に対し、当該合計額を当月末日までに支払うものとします。
- 3 当施設は、利用者又は家族から、1 項に定める利用料金の支払いを受けた時は、利用者及び家族に対して、領収書を発行します。但し、原則として領収書の再発行は致しません。

(預り金について)

- 第 6 条 入所中に於ける利用料とは別途に「病院受診」「お薬代」「理美容代」「利用者様購入品」等につきましては、個人負担となっております。
- ① その度にご家族様にて精算頂く②その事を見越して施設に預り金として管理してもらう③預り金の個人通帳を準備して頂き、ご家族様から通帳補充して頂く②及び③については毎月の利用料請求書発行時に「預り金出納帳」を発行してお知らせし、相互に確認を取ることとします。
- 各種出金の領収書につきましては施設にて保管し、必要があればいつでも開示することが出来ますのでお申し付け下さい。

尚、③の通帳管理の場合は福岡銀行のみとなりますのでご理解下さい。
いずれの場合もご利用様の都合によりますので、解らない点やご希望など
ございましたら、何なりとご相談下さい。

(記録)

第7条 当施設は、利用者の地域密着型介護老人福祉施設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年間保管します。(診療録については、5年間保管します。)

- 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、家族その他の者(利用者の代理人を含みます。)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、利用者等の生命又は、身体が危機にさらされる可能性が著しく高い場合は、施設管理者又は施設長が判断し身体拘束その他、利用者の行動を制限することがあります。この場合には、原則として扶養者の同意を得ると共に、当施設の医師がその様態及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(ケアプラン作成)

第9条 当施設は、地域密着型介護老人福祉施設サービス計画(以下「ケアプラン」という。)の作成にあたって、適切な方法により、その有する能力、置かれている環境等を評価し、原案を作成します。利用者又は扶養者に説明を行い、同意を文書で得るものとします。

(個人情報の保護と秘密の保持)

第10条 当施設は、個人情報の利用目的の内容について、担当者が説明を行った上で、利用者及び家族の個人情報を使用することに同意を得るものとします。利用目的以外での使用については、必要の範囲内で当施設の判断に任せて頂きます。

- 2 当施設とその職員は、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、次の各号の情報提供については、当施設は、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介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者等その他の介護保険サービス事業者への情報提供、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介護福祉施設サービスの質の向上の為の学会、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。

3 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時及び事故対応)

第11条 当施設は、利用者に対し、非常勤医師の医学的判断により診察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 当施設は、利用者に対し、当施設における地域密着型介護老人福祉施設サービス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、他の専門的機関を紹介します。

3 前2項のほか、入所利用中に心身の状態が急変した場合、当施設は利用者及び扶養者が指定する者に対し緊急に連絡します。

(事故発生の防止及び対応)

第12条 当施設は、リスクマネジメント委員会を設置し、施設全体で情報を共有し事故発生の防止及び再発防止の対策を検討します。

2 施設は、利用者に対する地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、保健所、市町村等関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

3 通常の施設サービスの提供において、当施設に過失がなかったと認められた場合、入院治療に要する諸費用については、当施設では責任を負いかねます。

(要望又は苦情等の申出)

第13条 利用者及び家族は、当施設の提供する地域密着型介護老人福祉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、又は、管理者宛ての文書で、所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第14条 当施設は、地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供に伴って、当施設の責に帰すべき事由により、利用者が損害を被った場合に備え損害賠償保険に加入し、必要に応じ速やかに損害賠償を行うものとする。

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、利用者及び扶養者は、連帯して当施設に対し、その損害を賠償するものとします。

3 施設は事故が生じた際には、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じるものとします。

(当契約に定めのない事項)

第15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、利用者又は家族と当施設が協議して定めることとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業所名	地域密着型介護老人福祉施設 清滝の郷
住所	福岡県古賀市薦野 1413 番 6
指定事業者番号	4093600106
代表者職名	施設長
代表者名	印

契約者名	印
住所	
電話番号	

代理人名	印
住所	
電話番号	
続柄	

※成年後見人制度をご利用されている方は、いずれかに○を付けて下さい。

(後見人 保佐人 補助人)