

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）重要事項説明書  
 <令和03年 7月 1日現在>

1 通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 千 宏 会
代 表 者 名	理事長 大 場 利 秋
所在地・連絡先	(住所) 〒999-6211 山形県最上郡最上町大字大堀字蟹ノ又1360番地19 (電話) 0233-44-2355 (FAX) 0233-44-2608

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	介護老人保健施設 庭の里
所在地・連絡先	(住所) 〒989-6102 宮城県大崎市古川江合本町二丁目2番5号 (電話) 0229-21-8460 (FAX) 0229-21-8371
事業所番号	0451580047
管理者の氏名	塚 原 保 夫
利用定員	15人×2 (30人)

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
		常勤 (人)	非常 勤 (人)		
管理者(医師)	1	1		0.2	施設・訪問リハ兼務
介護職員	7	7		7	
理学療法士	3	3		1.1	施設・訪問リハ兼務
作業療法士	2	2		0.8	施設・訪問リハ兼務
言語聴覚士	1	1		0.5	施設・訪問リハ兼務
看護師・准看護師	1	0	1	0.5	
管理栄養士	1	0		0.2	施設兼務

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者 (医師)	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	当法人雇用契約書 による
介護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:00) 常勤で勤務	当法人就業規則 による
看護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:00) 常勤で勤務	同上
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	正規の勤務時間帯(8:30~17:00) 常勤で勤務	同上
管理栄養士	正規の勤務時間帯(8:30~17:00) 常勤で勤務	同上
支援相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:00) 常勤で勤務	同上

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	大崎市(旧古川市内)
---------	------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間
月曜日～土曜日 (ただし12月31日～ 1月2日を除く。)	午前8:30～午後5:00

3 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
機能訓練	理学療法、作業療法、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 1台 車いす 11台 シルバーカー 7台

入浴	安全に入浴して頂くために入浴介助行ないます。 入浴サービスの利用は任意です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、 排泄の自立についても適切な援助を行います。
食事	(食事時間) 12:00～13:00 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に 配慮した食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です。
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。 送迎サービスを利用しない場合は片道につきー47円 減算となります。

## イ 費用

原則として料金表の額が利用者の負担額（利用料金全額の1割負担分）となります。但し、一定の収入がある方は2割負担、又は65歳以上の方（第1号被保険者）であって現役並みの所得のある方には3割負担いただくことになります。

介護保険適用外となる場合等、負担額に変更が生じる事があります。お客様それぞれにつきましての利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

### 【料金表】

#### 通所リハビリテーション費

○所要時間1時間以上2時間未満の場合

要介護1	366円	要介護2	395円	要介護3	426円
要介護4	455円	要介護5	487円		

○所要時間2時間以上3時間未満の場合

要介護1	380円	要介護2	436円	要介護3	494円
要介護4	551円	要介護5	608円		

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護 1	4 8 3 円	要介護 2	5 6 1 円	要介護 3	6 3 8 円
要介護 4	7 3 8 円	要介護 5	8 3 6 円		

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護 1	5 4 9 円	要介護 2	6 3 7 円	要介護 3	7 2 5 円
要介護 4	8 3 8 円	要介護 5	9 5 0 円		

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護 1	<u>6 1 8 円</u>	要介護 2	<u>7 3 3 円</u>	要介護 3	<u>8 4 6 円</u>
要介護 4	<u>9 8 0 円</u>	要介護 5	<u>1, 1 1 2 円</u>		

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護 1	7 1 0 円	要介護 2	8 4 4 円	要介護 3	9 7 4 円
要介護 4	1, 1 2 9 円	要介護 5	1, 2 8 1 円		

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

要介護 1	7 5 7 円	要介護 2	8 9 7 円	要介護 3	1, 0 3 9 円
要介護 4	1, 2 0 6 円	要介護 5	1, 3 6 9 円		

○加算（1 日につき）

種 類	利 用 料	
入浴介助加算	<u>6 0 円</u>	
リハビリテーション提供体制加算	所要時間 3 時間以上 4 時間未満	1 2 円
	所要時間 4 時間以上 5 時間未満	1 6 円
	所要時間 5 時間以上 6 時間未満	2 0 円
	所要時間 6 時間以上 7 時間未満	2 4 円
	所要時間 7 時間以上の場合	2 8 円

短期集中リハビリテーション実施加算	110円 退院（所）日又は初回認定日から3ヶ月以内
移行支援加算	12円
若年性認知症利用者受入加算	60円
口腔機能向上加算	160円（月2回まで算定）
重度療養管理加算	100円
理学療法士等体制強化加算	30円（1時間以上2時間未満）
送迎減算	-47円（送迎を行わない場合片道につき）
サービス提供体制強化加算（I）	<u>22円</u>

○加算（1月につき）

種 類	利 用 料
リハビリテーション マネジメント加算（A）ロ	<u>593円</u> 同意を得た日の月から6ヶ月以内
	<u>273円</u> 同意を得た日の月から6ヶ月を超えた
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算	1,920円 退院（所）日又は通所開始日の月から3ヶ月
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	1,250円 利用開始日の属する月から6ヶ月以内
口腔・栄養スクリーニング加算（I）	20円（6ヶ月に1回）
科学的介護推進体制加算	40円
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数に4.7%加算
介護職員等特定処遇改善加算 I	所定単位数に2.0%加算
※新型コロナウイルス感染症に 対する特例処置	基本報酬に0.1%加算 （令和3年9月末まで）

介護予防通所リハビリテーション費（1ヶ月につき）

要支援1	2,053円	要支援2	3,999円
------	--------	------	--------

※月途中で要支援への区分変更などがあつた場合などは、日割り計算となります。

○加算（1ヶ月につき）

種 類	利 用 料
予防通所リハ12月超え減算 (利用開始した日の属する月から起算)	要支援1 -20円/月 要支援2 -40円/月
運動器機能向上加算	225円
生活行為向上 リハビリテーション実施加算	562円 (利用開始日の属する月から6ヶ月以内)
口腔・栄養スクリーニング加算	20円（6ヶ月に一回限度）
口腔機能向上加算	160円
若年性認知症利用者受入加算	240円
サービス提供体制強化加算（I）	要支援1 88円 要支援2 176円
科学的介護推進体制加算	40円
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数に4.7%加算
介護職員等特定処遇改善加算 I	所定単位数に2.0%加算
※新型コロナウイルス感染症に 対する特例処置	基本報酬に0.1%加算 (令和3年9月まで)

- ・ 料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容	利 用 料
食 費	食事の提供に要した費用 (食材料費+調理費)	要した費用の実費を ご負担いただきます。 昼 430円 おやつ 70円
特別調理費	特別な治療食提供をした場合	昼 85円
事務手数料	領収書再発行・各種証明書等の書 類作成	1枚 100円

○ 通常要する時間を超えるサービス

お客様の希望により、通常提供する通所リハビリテーションサービスの所要時間を超えて、サービスを提供する場合は、通所時間外料金として30分500円を負担していただきます。

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

種 類	金額 (1ヶ)
紙おむつ	130円
リハビリパンツ	140円
尿取りパット	20円
フラット	50円

○ 事業の実施地域外の送迎費

大崎市（旧古川市）以外にお住まいの方は大崎市（旧古川市）から1kmを越えるごとに40円の送迎費の実費が必要となります。

○ その他の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

○ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、お客様の病状の急変など、緊急でやむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料自己負担部分の 70%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の 100%

4 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに「3 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、月末までに直接当施設1階事務室にてお支払い頂くか、下記口座にお振込みください。

七十七銀行 古川十日町支店

普通預金口座（口座番号 9059377）

口座名義 社会福祉法人 千宏会

理事長 大 場 利 秋

※ 入金確認後、領収証を発行します。振込の方は次回請求書と共に送付いたします。

## 5 事業所の特色等

### (1) 事業の目的

社会福祉法人千宏会が開設し介護老人保健施設 庭の里 において実施する指定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）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態又は要支援状態と認定された利用者に対して、適正な通所リハビリテーションサービス（介護予防通所リハビリテーションサービス）を提供することを目的としています。

### (2) 運営の方針

施設は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。

### (3) その他

事 項	内 容
通所リハビリテーション計画の作成及び事後評価	医師等の従業者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を診療記録に記載してお客様に説明のうえ交付します。
職 員 研 修	定期的な内部研修の他に外部研修も行っています。

## 6 サービス内容に関する苦情等相談窓口及び第三者による評価の実施状況

当施設お客様相談窓口	窓口責任者 門 田 弘 子 ご利用時間 8：30～17：00 ご利用方法 電話（21－8460） 面接（当施設1階相談室） 苦情箱（事務所に設置）
施設外お客様相談窓口	大崎市役所 高齢介護課（23－6085） 宮城県国民健康保険団体連合会 介護保険課（022－222－7700）

第三者による評価の実施状況	①あり	実施日	平成30年1月29日
		評価機関名称	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ
		評価結果開示	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/04/index.p">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/04/index.p</a>
2なし			

## 7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡 先(家族等)	氏名（続柄）		
	住所		
	電話番号	自宅 ( )	内
		職場 ( )	
		携帯 ( )	

## 8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設庭の里 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「介護老人保健施設庭の里 消防計画」にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	1個所
	避難階段	2個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導等	71個所		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	古川消防署への届出日：平成 17年 8月 29日 防火管理者： 相澤 篤			

## 9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 当施設は禁煙となっておりますので、ご協力をお願いします。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動、また営利活動等はご遠慮ください。

## 10 事故発生時の対応

利用者に対する指定通所リハビリの提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

利用者に対する指定通所リハビリの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行いません。

## 11 個人情報の取扱いに関して

入所利用者の個人情報について、利用目的を以下の通り定めます。

### 【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ①当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
  - (1) 入退所等の管理 (2) 会計・経理 (3) 事故等の報告 (4) 当該利用者の介護・医療サービスの向上 (5) 利用者の呼び出し・居室のネームプレート等

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ①当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - (1) 利用者居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答 (2) 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合 (3) 検体検査業務の委託その他の業務委託 (4) 家族等への心身の状況説明

- ②介護保険事務のうち
  - (1) 保険事務の委託
  - (2) 審査支払機関へのレセプトの提出
  - (3) 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ③損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【前記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ①当施設の管理運営業務のうち
  - (1) 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - (2) 当施設において行われる学生の実習への協力
  - (3) 当施設において行われる事例研究

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ②当施設の管理運営業務のうち
  - (1) 外部監査機関への情報提供
  - (2) 関係法令等に基づく行政機関等への報告等

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、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）のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	〒989-6102 宮城県大崎市古川江合本町二丁目2番5号
	事業者(法人)名	社会福祉法人 千 宏 会
	施設名	介護老人保健施設 庭の里
	(事業所番号)	0451580047
	代表者名	理事長 大 場 利 秋 印
説明者	職 名	通所リハビリテーション課
	氏 名	_____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、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）のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 〒 ー

-----

-----

氏 名 ----- 印

代理人(選任した場合)  
署名代行者

住 所 〒 ー

-----

-----

氏 名 ----- 印

# 契 約 書

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)

社会福祉法人千宏会  
介護老人保健施設 庭の里

社会福祉法人千宏会 介護老人保健施設 庭の里  
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） 契約書

利用者 \_\_\_\_\_様（以下「甲」という。）と 社会福祉法人 千宏会（以下「乙」という。）とは、乙が運営する 介護老人保健施設 庭の里（以下「本施設」という。）の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「通所リハビリテーション」という。）サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう通所リハビリテーションサービスを提供し、甲の心身の機能の維持回復を図ります。

2 乙は、通所リハビリテーションサービスの提供にあたっては、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います。

（契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、令和03年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から要介護認定等の有効期間満了日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（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（支援）認定有効期間の満了日までとします。

2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の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（支援）認定有効期間の満了日までとします。

（運営規程の概要）

第3条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、通所リハビリテーションサービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

（通所リハビリテーション計画の作成・変更）

第4条 乙は、診療又は運動機能検査等の結果を基に、甲の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、通所リハビリテーション計画を作成します。

2 通所リハビリテーション計画には、リハビリテーションの目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。

3 通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。

4 乙は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する通所リハビリテーションサービスの目的に従い、通所リハビリテーション計画の変更を行います。

(1) 甲の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該通所リハビリテーション計画を変更する必要がある場合

(2) 甲が通所リハビリテーションサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合

5 前項の変更に際して、居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに甲の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。

6 乙は、通所リハビリテーション計画を作成し又は変更した際には、これを甲及びその後見人又は家族に対し説明し、その同意を得るものとします。

7 通所リハビリテーションサービスの内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用する通所リハビリテーションサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(通所リハビリテーションサービス内容及びその提供)

第5条 乙は、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づいて、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の通所リハビリテーションサービスを提供します。

2 乙は、甲に対して通所リハビリテーションサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。

3 乙は、甲の通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存するものとします。

4 甲及びその後見人（後見人がいない場合は、甲の家族）は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

(居宅介護支援事業者等との連携)

第6条 乙は、甲に対して通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(協力義務)

第7条 甲は、乙が甲のため通所リハビリテーションサービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力するものとします。

(苦情対応)

第8条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した通所リハビリテーションサービスについて甲、甲の家族又は甲の後見人から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲、甲の家族又は甲の後見人が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対

し不利益な取扱いをすることはできません。

(緊急時の対応)

第9条 乙は、現に通所リハビリテーションサービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じません。

(費用)

第10条 乙が提供する通所リハビリテーションサービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する通所リハビリテーションサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、甲が正当な理由もなく通所リハビリテーションサービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、契約書別紙サービス内容説明書に記載したキャンセル料の支払いを求めることができます。

5 乙は、通所リハビリテーションサービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

6 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(利用者負担額の滞納)

第11条 甲が正当な理由なく利用者負担金を2月以上滞納した場合は、乙は、30日以上の期間を定めて、利用者負担金を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。

3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として通所リハビリテーションサービスの提供を拒むことはできません。

(秘密保持)

第12条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘

密を漏らしません。

- 2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第13条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第14条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

- 2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって主治医、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 甲が、要介護（支援）認定を受けられなかったとき
- 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- 三 第13条に基づき、甲が契約を解除したとき
- 四 第11条3項又は第14条に基づき、乙が契約を解除したとき
- 五 甲が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- 六 甲が、死亡したとき

(損害賠償)

第16条 乙は、通所リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 2 前項において、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。
- 3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(利用者代理人)

第17条 甲は、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 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙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。

(合意管轄)

第18条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、仙台地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各記名押印して1通ずつを保有します。

令和 年 月 日

利用者(甲) 住所 〒 —  
-----

氏名 ----- 印

代理人(選任した場合) 住所 〒 —  
-----

氏名 ----- 印

署名代行者  住所 〒 —  
(身元引受人)   
-----  
-----

氏名 ----- 印

続柄 -----

事業者(乙) 所在地 〒989-6102  
宮城県大崎市江合本町二丁目2番5号  
事業者(法人)名 社会福祉法人 千宏会  
施設名 介護老人保健施設 庭の里  
(事業所番号) 0451580047  
代表者名 理事長 大場利秋 印