

# 介護老人保健施設 春風

## 契約書・重要事項説明書

\_\_\_\_\_様（以下、「利用者」といいます）と介護老人保健施設 春風（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う介護老人保健施設サービスまたは介護予防介護老人保健施設サービス（以下、「サービス」といいます）について次のとおり契約します。

### 第1条（契約の目的）

事業者は利用者に対し、介護保険法の主旨に従って、利用者が可能な限り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サービスを提供し、利用者は事業者に対し、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。

### 第2条（契約期間）

この契約の契約期間は\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

契約満了の7日前までに、利用者から事業者に対して、契約終了の申し出が無い場合、かつ、利用者が要介護認定の更新で要介護と認定された場合、原則として契約は更新されるものとします。

事業者は利用者又は利用者代理人に対し、下記の場合、本契約を終了又は解除することができます。

- (1) 利用者が要介護認定において要支援及び自立と認定された場合。
- (2) 利用者が、本契約に定める利用料金を3ヶ月滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず14日以内に支払われない場合。
- (3) 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所でのサービスの提供を超えると判断した場合。
- (4) 利用者が事業者、当事業所の職員又は他利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背任行為又は反社会的行為を行った場合。
- (5) 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、当事業所を利用されることができない場合。
- (6) 利用者が他施設に入所、入院、死亡した場合。
- (7) 利用者が契約解除を申し出た場合。

### 第3条（計画書）

利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を盛り込んだ施設サービス計画または介護予防施設サービス計画を作成します。

- 2 施設サービス計画若しくは変更に関しては、その内容を利用者へ交付、説明のうえ同意を得ます。

- 3 心身などの問題によって、利用者に直接同意が得られない場合は、利用者代理人が代わって同意するものとします。

#### 第4条（サービス提供の記録）

事業者はサービスの提供に関する記録をつけることとし、これをこの契約の終了後5年間保存します。

- 2 利用者は、事業所の営業時間内に当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。

#### 第5条（料金）

利用者は、要介護度に応じ受けたサービスの対価として、介護保険法等に定められた給付割合に基づく自己負担額を事業所に支払うものとします。但し、利用者の介護保険料等などの滞納等により、事業者が介護保険等からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、利用者は重要事項説明書に定めるサービス利用料金の全額を事業者に対し、いったん支払うものとします。（その際、事業者から発行されたサービス提供証明書を後日、各市町村の窓口へ提出しますと差額の払い戻しを受けることができます。）

- 2 利用者は、別紙3に掲げるサービス利用料金を支払うものとします。
- 3 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、利用者に直接お渡しするか、送付します。
- 4 利用者は、当月の料金の合計額を、施設窓口または振込みにて支払います。
- 5 事業所は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

#### 第6条（利用料金の変更）

前条第1項に定めるサービス利用料金について、介護保険法等の改正があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更することができるものとします。

- 2 前条第2項に定めるサービス利用料金については、経済状況の変化等やむを得ない事由がある場合は、事業者は利用者に対して相当の猶予期間を置き、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。
- 3 利用者は、前項の変更に同意することができない場合には、本契約を解除することができます。また、利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金表に基づく同意書を作成しお互いに取り交わします。

#### 第7条（契約の終了）

利用者は、事業者に対して7日前までに文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

- 2 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
  - (1) 利用者が、介護保険施設に入所された場合。
  - (2) 利用者が、死亡された場合。
  - (3) 利用者が、要介護認定により自立と判定された場合。
  - (4) 事業者が、解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で閉鎖した場合。

- (5)天変地異その他の事由により施設が、滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。
- (6)事業者が、介護保険の指定を取り消された場合または辞退した場合。
- 3 利用者は、次の事由に該当した場合は即時に契約を解除することができます。
- (1)介護保険給付対象外の利用料の変更に同意できない場合。
- (2)事業者もしくは職員が、正当な理由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
- (3)事業者もしくは職員が、守秘義務に違反した場合。
- (4)事業者もしくは職員が、故意または過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- (5)他の利用者が利用者本人の身体・財産・信用等を傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。
- 4 次の事由に該当した場合、事業者は催告なくこの契約を解除できます。
- (1)利用者及び利用者代理人のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく3ヶ月遅延し、支払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払われない場合。
- (2)利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。
- (3)事業者がやむを得ない事由により閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。
- 5 前4項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者及び利用者代理人の負担とします。

## 第8条（利用者代理人）

利用者は、契約に際し、利用者代理人を供するものとします。

- 2 利用者代理人は、利用者の代理人として利用者に代わって本契約書に定める同意その他意思表示、事業者の意思表示の受領を行うとともに、この契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務につき、利用者と連帯して履行の責任を負います。

## 第9条（秘密保持）

事業所の職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、職員の退職後及び本契約終了後も同様です。

- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いませぬ。

## 第10条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供に伴って、明らかに事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

- 2 利用者は、利用者が、事業所の施設・設備について、滅失、破損、汚損、もしくは変更した場合は、認知症状等に関わらず、自己の費用により現状に復するかまたは相当の代価を支払うものとします。

## 第11条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、予め届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

## 第12条（管轄裁判所に関する合意）

利用者、利用者代理人及び事業者は、本契約について、裁判上の紛争が生じた場合には京都地方裁判所を専属的合意管轄裁判所にすることを合意します。

## 第13条（相談・苦情対応）

事業者は利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

## 第14条（本契約に定めのない事項）

利用者、利用者代理人および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

- 2 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を尊重し、当事者が誠意を持って協議の上定めます。

# 介護老人保健施設 春風 重要事項説明書

【2025年10月1日現在】

## 1、法人

名称・法人種別	医療法人社団 千春会
代表者職種・氏名	理事長 菊地 孝三
法人所在地	京都府長岡京市開田2丁目14番26号
電話番号	(075) 954 - 2175

## 2、法人が運営している事業所

別紙2のとおりです

## 3、事業所概要

名称	介護老人保健施設 春風
介護保険指定番号	2653080032
所在地	京都府長岡京市久貝1丁目6-23
電話 / FAX番号	電話 (075) 953-6301 / FAX (075) 953-6302
開設年月日	平成23年5月30日
管理者名	中村 宏
居室面積	南棟 8.05㎡～8.85㎡、北棟 9.85㎡～11.03㎡
リビング	南棟 34.60㎡、36.24㎡、43.56㎡ 北棟 60.76㎡、46.15㎡
家族宿泊室	9.79㎡
診療室	20.80㎡
定員	100名

## 4、介護老人保健施設 春風の利用目的と運営方針

- (1)当施設は、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、その有する能力に応じ可能な限り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、入所者の居宅における生活への復帰を目指した介護保険施設サービスを提供することを目的とします。
- (2)施設の提供にあたる職員は、地域リハビリの中核施設、在宅復帰支援施設として、要介護者等の心身の特性を踏まえ医療、看護、介護、リハビリテーションの各職種が協力し、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練、医療の提供を行うことにより、生活の質を重視した日常生活が継続できるように支援し、良質な医療、看護、介護を提供します。
- (3)当施設では、利用者の意思および人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (4)当施設は、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的なサービス提供を受けることができるように努めます。

- (5) サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはそのご家族に対して必要な事項について、理解しやすいように指導または、説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- (6) 利用者の個人情報、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、事業者が得た利用者の個人情報については、介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者または利用者代理人の了解を得たうえでを行います。

## 5、提供できるサービス

健康管理	医師や看護職員が健康管理を行います。
機能訓練	心身の維持または向上が図れるように、作業活動、各種レクリエーション、体操などを実施します。
食事	管理栄養士が栄養管理し普通食、キザミ食、トロミ食など利用者の状態に応じた食事の提供ができます。糖尿病食や透析食などの治療食も対応します。
入浴	介護職員により、介助または見守りを実施して入浴を提供します。必要に応じて機械浴なども使用します。
生活相談	支援相談員に日常生活に関することの相談ができます。
理容サービス	施設内で外部業者による理美容サービスが受けられます。

## 6、第三者評価の実施状況

実施年月日	2015年8月6日
評価機関	京都社会福祉会
評価結果の開示状況	<a href="https://kyoto-hyoka.jp">https://kyoto-hyoka.jp</a> (京都府) <a href="https://www.wam.go.jp">https://www.wam.go.jp</a> (大阪府)

## 7、職員数

職種	職員数
管理者	1名
医師	1名
薬剤師	2名
看護職員	16名
介護職員	38名
支援相談員	3名
理学療法士	12名
作業療法士	3名
言語聴覚療法士	1名
管理栄養士	3名
歯科衛生士	2名
介護支援専門員	3名

## 8、非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画および「非常災害、防犯マニュアル」に基づき対応を行います。			
避難訓練	別途定める消防計画および「非常災害、防犯マニュアル」にのっとり年2回避難訓練を行います。			
防災設備	設備名称	有無	設備名称	有無
	スプリンクラー	有り	防火扉・シャッター	有り
	避難階段	有り	屋内消火栓・消火器	有り
	自動火災報知機	有り	ガス漏れ探知機	有り
	誘導灯	有り		
	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	乙訓消防署への届出日：令和6年12月1日 防火管理者：入谷 卓也			
風水害対策	別途定める「非常災害、防犯マニュアル」に基づき対応を行います。			

## 9、事故について

事業者は、利用者に対するサービスの提供により重大な事故が発生した場合は、ご家族等に連絡をするとともに、市町村の担当窓口及び京都府の担当窓口に報告します。そして事故発生原因を追求し再発防止の必要な処置を講ずるものとします。また、事業者の責により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

当事業所では、自宅と同じように利用者が自発的かつ自由に行動されることを大切にしており、このことが心身機能の維持につながると考えております。この考え方に基づき転倒事故等が発生しないように、法定人員以上の人員を配置しておりますが、不可抗力等により転倒事故などが発生する場合がありますのでご理解下さい。

## 10、受診の対応

- (1) 急変・事故時に施設医師が必要と判断した場合は、協力医療機関と連携し受診を行います。
- (2) 専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、他の専門的機関の受診を行う場合があります。
- (3) 急変・事故時に利用者代理人が指定する予め届けられた緊急連絡先に連絡します。原則、受診の付添を依頼します。
- (4) 医療機関の受診費用は、利用者負担となります。

### 【協力医療機関】

病院名	千春会病院
所在地	京都府長岡京市開田2丁目14-26
電話番号	(075) 954-2175

### 【緊急連絡先】

別紙1のとおりです

## 11、利用に当たっての留意事項及び禁止事項

当事業所の利用に当たっての利用者の留意事項は、下記の通りです。

- (1)面会時間は、午前 10 時～午後 8 時までとします。
- (2)消灯時間は、午後 9 時とします。
- (3)外出・外泊される場合は、外出・外泊届を提出して下さい。
- (4)火気の取扱いは、十分に注意して下さい。
- (5)設備・備品の利用および持ち込みは、職員に相談して下さい。
- (6)金銭・貴重品・持参物の紛失および破損において、事業所は弁済致しません。

当事業所の禁止事項は、下記の通りです。

- (1)危険物、刃物を持ち込むこと。
- (2)ケンカ、口論、泥酔等他の利用者に迷惑をかけること。
- (3)指定した場所以外で火気を用い、または自炊すること。
- (4)事業所内にタバコ、ライターの持ち込み及び喫煙すること。
- (5)宗教や習慣の相違等で他人を排斥し、他人の自由を侵すこと。
- (6)事業所内の秩序、風紀を乱し、または安全衛生に害すること。
- (7)利用者の営利行為等、宗教の勧誘等、特定の政治活動等。
- (8)ペットの持ち込み。
- (9)上記の他、事業所および利用者への迷惑行為。

## 12、利用料金

- (1) サービスを提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、市区町村から利用者に対して交付される介護保険負担割合証記載の負担割合（1割または2割・3割）の額を利用者に負担いただきます。加えて、当事業所が定める別紙に掲げるサービスの提供を行った場合には、それに要した額をお支払いいただきます。
- (2) 当事業所は、法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないように配慮します。
- (3) 事業者は、利用者から別紙 3 に掲げる利用料及び費用の額をお支払い頂きます。
- (4) 領収書は、原則として再発行致しません。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行します。なお発行に際しては文書料として一通につき金 1,000 円（税別）を申し受けます。
- (5) 毎月 12 日に窓口にて請求書をお渡しします。支払方法は、当月の料金の合計額を、施設窓口または銀行振込にて支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。

## 13、入所手続き

お電話、来所等でご相談の上、申込み書類を提出し、お申込み下さい。

## 14、退所手続き

### (1)利用者からの申し出（契約解除）

利用者はいつでも契約の解除を申し出て退所することができます。

### (2)下記の場合は自動的に契約解除となります。

- ・利用者が、他の介護保険施設へ入所された場合。
- ・利用者が、死亡された場合。
- ・利用者が、要介護認定により自立と判定された場合。
- ・施設が、解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で事業所を閉鎖した場合。
- ・天変地異その他の事由により事業所が、滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。

### (3)下記の場合は、即時に契約を解除することができます。

- ・介護保険給付対象外の利用料の変更に同意できない場合。
- ・事業者が、正当な事由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
- ・事業者が、守秘義務に違反した場合。
- ・事業者が、故意または過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ・他の利用者が、利用者本人の身体・財産・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。

### (4)次の事由に該当した場合、事業者はこの契約を解除致します。

- ・利用者のサービス利用料金の支払いが正当な事由なく3ヶ月遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合。
- ・利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。
- ・事業者が、やむを得ない事由により事業者の閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。

(5)前4項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者負担とします。

## 15、苦情・相談窓口

### (1)苦情処理の体制及び手順について

- ・苦情、要望、相談を受けた担当職員は、当該の内容を十分に聞き、内容を明確にした上で所属長に報告する。所属長は、その後管轄マネージャーに報告、重大な案件については管轄マネージャーより介護部長への報告を行う。
- ・調査の結果、改善が必要と認められる場合は、必要な対応を図るとともに、今後、同様の問題が起きないように改善策を講じ、サービスの質の向上に取り組む。
- ・調査および対応の結果については、必要に応じて担当の介護支援専門員やサービス提供事業者、その他の関係者に連絡を図り、それらの経過を記録に残していく。

## (2) 苦情等相談窓口

窓口	電話	FAX
事業所担当者	岩田 裕二 075-953 - 6301	075-953-6302
長岡京市 健康福祉部 高齢介護課	075-955-2059	075-951-5410
向日市 市民サービス部 高齢介護課	075-931-1111	075-932-0800
大山崎町 健康課 高齢介護係	075-956-2101	075-957-4161
島本町 健康福祉部 高齢介護課	075-962-2864	075-962-5652
伏見区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-611-1101	075-611-2278
伏見区役所深草支所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-642-3101	075-642-3603
伏見区役所醍醐支所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-571-0003	075-571-6471
西京区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-381-7121	075-381-7638
西京区役所洛西支所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-332-8111	075-332-9274
上京区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-441-0111	075-441-5106
中京区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-812-0061	075-812-2566
下京区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-371-7101	075-371-7228
南区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	075-681-3111	075-681-3296
吹田市 福祉部 高齢福祉室	06-6384-1231 (代表)	—
摂津市 保健福祉部 高齢介護課	06-6383-1379	06-6383-9031
京都府国民健康保険団体連合会	075-354-9090	075-354-9055
大阪府国民健康保険団体連合会	06-6949-5418	06-6949-5417

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明し、交付しました。

契約締結日 年 月 日

名称	介護老人保健施設 春風
介護保険指定番号	2653080032
所在地	京都府長岡京市久貝1丁目6-23
代表者名	医療法人社団 千春会 理事長 菊地 孝三 印

説明者	印
-----	---

- (1) 私は、本契約書及び重要事項説明書により事業者からサービスについての重要事項の説明を受け、事業者が関係機関に対して、私の計画の作成等に必要個人情報や介護者の個人情報を提供することに同意します。
- (2) 私は、本契約書及び重要事項説明書により事業者から、介護保険一部負担金や利用料等の説明を受け、これに基づいて支払うことに同意します。
- (3) 事業者が、介護サービスや業務の維持・改善のために使う資料や、施設において行われる学生等の教育の場への協力を、利用者及び介護者の個人情報を提供することに同意します。
- (4) 本契約書及び重要事項説明書は、原本2通を作成し事業所および利用者それぞれ署名または記名、捺印の上、各自その1通を保有する事とします。

利用者名	住所
	名前 印
利用者代理人	住所
	名前 印

- (5) 私の個人情報については、上記に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

家族	住所
	名前 印

介護老人保健施設 春風  
緊急連絡先（重要事項説明書・別紙 1）

【緊急連絡先】

緊急連絡 先①	氏名	続柄( )
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	
緊急連絡 先②	氏名	続柄( )
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	

【主治医】

医療機関名	
医師名	
連絡先	

【緊急時医療機関】

医療機関名	
連絡先	

別紙 1 について説明を受け、同意いたします。

年 月 日

ご利用者様 \_\_\_\_\_ 印

ご家族様 代理人様 \_\_\_\_\_ 印