

利 用 契 約 書

令和 年 月 日

(利用者) _____ 様

医療法人 近藤医院デイケアセンター

西彼杵郡時津町日並郷1325番地8

TEL 095-814-2518

FAX 095-814-2519

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション利用契約書

第1条 (契約の締結)

利用者(以下、「お客様」といいます)と医療法人近藤医院(以下、「事業者」といいます)は、事業者がお客様に対して行う通所リハビリサービス及び介護予防通所リハビリサービス(以下、「サービス」といいます)について、以下の条項により通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション利用契約(以下、「契約」といいます)を締結しました。

第2条 (契約の目的)

事業者は、お客様に対し、介護保険法の趣旨にしたがって、お客様が可能な限りその居宅において、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、お客様は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払いします。

第3条 (契約期間)

- 1 この契約の契約期間は契約日からお客様の要介護等認定の有効期間終了日までとします。
- 2 契約満了の2日前までに、お客様から事業者に対して、文書による契約終了の申出がない場合、契約は更新されるものとします。

第4条 (通所リハビリ計画及び介護予防通所リハビリ計画)

事業者は、お客様の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「介護サービス計画」に沿った「通所リハビリ計画及び介護予防通所リハビリ計画」を作成します。事業者はこの「通所リハビリ計画及び介護予防通所リハビリ計画」の内容をお客様及びその家族に説明します。

第5条 (通所リハビリ及び介護予防通所リハビリの提供場所及び内容)

- 1 通所リハビリ及び介護予防通所リハビリの提供場所は当事業所の1階及び併設病院の1階の一部です。所在地及び設備の概要は別紙重要事項説明書のとおりです。
- 2 事業者は、第4条に定めた通所リハビリ計画及び介護予防通所リハビリ計画に沿って通所リハビリ及び介護予防通所リハビリを提供します。
事業者は、通所リハビリ及び介護予防通所リハビリの提供にあたり、その内容についてお客様に説明します。
- 3 お客様は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限りお客様の希望に沿うようにします。

第6条 (サービスの提供の記録)

- 1 事業者は、サービスの提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。
- 2 お客様は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該お客様に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 お客様は、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

第7条 （料金）

- 1 お客様は、サービスの対価として別紙重要事項説明書に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月毎の合計額を支払います。
- 2 事業者は毎月15日までに請求書を発行し、26日に引き落としをおこないます。
土日・祝日の場合は翌日となります。
利用者様のご都合により引き落としができなかった場合に限り、振り込みによるお支払いをお願いしております。
- 3 引き落としができなかった時の口座振り込み先

（口座振込先）

十八親和銀行 時津支 普通口座 172883 医療法人近藤医院 理事長 近藤 俊介
--

第8条 （契約の終了）

- 1 お客様は事業者に対して、1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。但し、お客様の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- 2 事業者はやむを得ない事情がある場合、お客様に対して、1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- 3 次の事由に該当した場合、お客様は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業者がお客様やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ④ 事業者がやむを得ない事情により施設を閉鎖又は縮小する場合
- 4 次の事由に該当した場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① お客様のサービス利用料金の支払が3ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合
 - ② お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、又はお客様の入院もしくは病院により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
 - ③ お客様又はその家族が事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- 5 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 お客様が介護保険施設に入所した場合
お客様が認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所生活介護を受けることとなったとき
 - ② お客様の要介護者認定を受けることができなかったとき
 - ③ お客様が死亡した場合

第9条 （秘密保持及び個人情報保護）

- 1 事業者及び事業所に従事する者は、サービス提供をする上で知り得たお客様及びその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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、お客様もしくはご家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等においてお客様の個人情報を用いません。
- 3 利用者の個人情報保護については、当施設の個人情報保護方針、個人情報に関する規程等のほか関係法令及びその他のガイドラインを遵守すること。
又、個人情報の利用目的を明確にし、収集した個人情報については適切な安全管理措置をとること。

第10条（賠償責任）

- 1 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由によりお客様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合、お客様に対してその損害を賠償します。
- 2 利用者及び身元引受人やそのご家族が、故意又は過失によって、施設設備、備品等に損害を与え、又は無断で備品の形状を変えたときには、その損害について弁償していただきます。

第11条（緊急時の対応）

- 1 事業者は、現に通所リハビリ及び介護予防通所リハビリの提供を行っているときにお客様の症状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族又は、緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。
- 2 当施設は利用者に対し、併設医院医師の医学的判断により診察が必要と認められる場合、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。

第12条（相談・苦情等）

- 1 事業者は、お客様からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、通所リハビリ及び介護予防通所リハビリに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。
- 2 利用者及び身元引受人又はそのご家族は、当施設の提供する通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ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出ることができ、又は、備付の用紙、管理者宛の文書で所定の場所に設置する「アンケート箱」に投函して申し出ることができます。

第13条（身体拘束等）

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、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は施設長が判断し身元引受人若しくはご家族の同意を得た上で身体拘束・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、当併設医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、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載します。

第14条（本契約に定めのない事項）

- 1 お客様及び事業者は、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、双方が誠意を持って協議の上定めます。

第15条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、事業者は、事業者の所在地を管轄する裁判所で行うものとするを予め合意します。

第16条（禁止又は制限される行為）

お客様は、目的施設の利用にあたり、目的施設又はその施設内において、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。

- 1 ハラスメント対策(身体的暴力・精神的暴力・セクシャルハラスメント)に関わる行為。
※別紙1、別紙2を参照

上記契約を証するため、本2通を作成し、お客様、事業者が署名押印の上、1通ずつ保管するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名 _____

事業者

<事業者名> 医療法人近藤医院デイケアセンター

<指定番号> 4271101943

<住 所> 西彼杵郡時津町日並郷1325番地8

<代表者名> 医療法人近藤医院
理事長 近藤 俊介 印

<説明者> _____ 印

お客様

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

ご家族

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

代理人

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

通所リハビリ・介護予防通所リハビリ重要事項説明書

お客様に対する通所リハビリ及び介護予防通所リハビリの提供開始に当り、事業者がお客様に説明すべき重要事項は、次の通りです。

1 事業所の概要 (通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ)

事業所の名称	近藤医院デイケアセンター	開始年月日	通所リハ	H15年4月1日
			介護予防通所リハ	H18年4月1日
所在地	西彼杵郡時津町日並郷1325番地8	事業所番号	4271101943	
電話番号	095－814－2518	管理者	近藤 俊介	
定員	30名(6h7h)	単位数	1単位	
定員	10名(1h2h)	単位数	1単位	
6h7h	月・火・水・木・金・土		1h2h	月・火・水・金
営業日	但し、日曜・祝祭日、お盆休み(8/13～8/15) 年末年始休み(12/30～1/3)を除く※1		営業日	休業日は※1参照
営業時間(6h7h)	月・火・水・金(午前8時30分～午後17時30分) 木・土(午前9時～午後13時)			
営業時間(1h2h)	13:00～15:00			
事業の実施地域	時津町	町内全域		
	長与町	町内全域		
	長崎市	若草町 三重町 岩屋町 横尾町 滑石町 琴海村松町方面		

2 従業員の勤務体制

職 種	員 数			
	常勤	非常勤		計
管理者(医師)兼務	1名			1名
理学療法士		5名		5名
看護職員		2名		2名
介護職員	4名			4名
	4名	7名		12名

3 同事業所の設備の概要

定員	30名(6h7h) 10名(1h2h)
食堂・居間	152.6㎡(機能訓練室含む)
浴室	一般浴室(3人~4人用)
特別浴(機械浴)	有り
障害者用の トイレ有り	3箇所
送迎車	軽2台、普通車1台 普通ワゴン1台

4 事業の目的

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、当センターの医師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、看護職員及び介護職員が、主治医に通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリの必要性を認められた要介護等状態にある高齢者に対し、要介護等状態に陥ることを防ぐため、適正な指定通所リハビリ及び介護予防通所リハビリテーションを提供することを目的とする。

5 事業の方針

当センターの職員は、要介護者等が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活が出来る様、理学療法士、作業療法士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るものとする。

6 サービスの提供日時

月・火・水・金	午前9時30分～午後15時40分(6h7h)
木・土	午前9時30分～午後12時40分(6h7h)
月・火・水・金	午後13時～午後15時(1h3h)
休日	日曜・祝祭日、8/13～8/15 12/30～1/4

7 業務取扱の方針

(1)お客様の心身の状況やご家族の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画書」と、事業所の作成する「通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ計画書」に従い、心身機能の維持を図る事ができるよう、通所リハビリ及び介護予防通所リハビリサービスを提供します。

(2)通所リハビリ及び介護予防通所リハビリサービスの提供の開始にさいしては、看護職員による健康チェックを行い、体調等の変化を必ず確認します。

(3)事業所は、通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ計画書を必ず作成します。

通所リハビリ(要介護者1～要介護5)対象

(1)利用者負担金

お客様がサービスを利用した場合にお支払頂く利用者負担金は、原則として次の利用料の負担割合に応じた額です。但し、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、利用料の全額をご負担いただきます。

①基本部分

区分	利用者負担額					
	6h～7h	5h～6h	4h～5h	3h～4h	2h～3h	1h～2h
要介護1	715円/回	622円/回	553円/回	486円/回	383円/回	369円/回
要介護2	850円/回	738円/回	642円/回	565円/回	439円/回	398円/回
要介護3	981円/回	852円/回	730円/回	643円/回	498円/回	429円/回
要介護4	1137円/回	987円/回	844円/回	743円/回	555円/回	458円/回
要介護5	1290円/回	1120円/回	957円/回	842円/回	612円/回	491円/回

②各種加算

加算項目	利用者負担額
入浴介助加算(Ⅰ)	40円/日
重度療養管理加算	100円/日
リハビリマネジメント(ロ)	6月以内:863円/月
	6月超:543円/月
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150円/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円/月

加算項目	利用者負担額
通所リハ送迎減算	△47円/片道
同一建物減算	△94円/片道

体制加算	
加算項目	利用者負担額
中重度者ケア体制加算	20円/日
科学的介護推進体制加算	40円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円/日
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位×8.3%
退院時共同指導加算	600単位/回

介護予防通所リハビリテーション

(1)利用者負担金 (利用料:負担割合に応じた額)

①基本部分

区分	利用者負担額
要支援1	2,268円/月
要支援2	4,228円/月

体制加算	
加算項目	利用者負担額
科学的介護推進体制加算	40円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1: 72
	要支援2: 144
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位×8.3%

②各種加算

加算項目	利用者負担額
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150円/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円/月

※被爆者手帳をお持ちの方は介護保険での負担は、ございません。

※利用時間により、通所リハは料金が変わります。

上記の利用料は、厚生労働大臣が告知で定める料金であり、これが改定された場合、上記の料金も自動的に改定されます。尚、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

(2)その他の費用

食費	食事を提供した場合は、1回につき490円をご負担いただきます。
おむつ代	実費といたします。
延長料	お客様の希望により利用時間を越えてサービスを提供した場合は、1時間につき別途ご負担頂きます。

※8時間以上の場合に係る加算	所要時間6時間以上8時間未満のサービスの提供前又は、提供後に日常生活上の世話をを行った場合で、それぞれの所要時間を通算した時間が8時間以上となる場合
----------------	--

9 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

先ずは、お電話でお申込み下さい。当事業所相談員がお伺いします。
通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ計画作成と同時に契約を結び、
サービスの提供を開始します。
☆居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援
専門員とご相談下さい。

(2) サービスの中止

①お客様の都合によりサービスの利用を中止(キャンセル)する場合は、
速やかに次の連絡先まで連絡下さい。

連絡先(電話番号) :	095-814-2518
-------------	--------------

②利用予定日の直前にキャンセルする場合は、キャンセル料は頂きません。
又、お客様の体調の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料
は、不要です。

(3) サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申込み下さい。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく
場合がございます。その場合は、終了30日前までにご通知致します。

③自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・要介護等認定で区分が非該当(自立)と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりなった場合

④その他

・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務
に反した場合、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った
場合、又は、当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知
する事によって即座にサービスを終了する事ができます。

・お客様が、サービスの利用料金の支払を3ヶ月以上延滞し、料金を
支払うよう勧告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、
又はお客様やご家族など当事業所やサービス従業者に対して
本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知
する事により、即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

10 緊急時等の対応

サービスの提供中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。又、天災その他の災害が発生した場合には、必要によりサービス利用者の避難等の措置を講じます。
(主治医・家族等の連絡先は利用申込書にお書き下さい。)

主治医	主治医氏名		
	連絡先		
ご家族	氏名	①	②
	連絡先	①	②

11 事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には速やかにお客様の家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるとともに、事故の状況、対応について記録をします。又賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

12 苦情相談窓口

(！)お客様からの苦情を処理するための措置の概要

①お客様からの相談又は苦情に対応する常設の窓口(連絡先)担当者を設置します。

②担当者不在であっても、基本的な事項について従業員全員が対応できるように指導するとともに、担当者に内容を引継ぎ、相談・苦情への対応が早期に行えるように配慮します。

③当事業所が設置する苦情相談窓口は、次の通りです。当事業所が提供したサービスに関する苦情だけでなく、当事業所が作成した通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ計画に位置付けたサービスに関する苦情も遠慮なくお申出下さい。

窓口設置場所	近藤医院デイケアセンター
解決責任者	近藤 俊介
担当者	
連絡先(電話番号)	095-814-2518

④お客様が利用するサービスに関する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先(電話番号)
長崎県国民健康保険団体連合会	095-826-1599
介護保険課苦情処理係	
長崎市役所介護保険課	095-829-1163
時津町役場高齢者支援課	095-882-2211
時津町地域包括支援センター	095-813-2530
長与町役場介護保険課	095-883-1111
長与町役場内	
長与町地域包括支援センター	095-883-1111

(2)円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ①苦情があった場合は、直ちにお客様等との連絡を取り、事情を聞き、苦情の内容を把握します。
- ②担当者は、その場で対応可能なものであっても、管理者と相談した上でお客様に対応します。
- ③管理者は担当者及び他の従業員と、苦情処理に向けた検討会議を行います。
- ④検討会議の結果をもとに、処理結果をまとめ、管理者は原則として翌日までに具体的な対応を指示します。
- ⑤苦情処理台帳を作成し、苦情処理の結果を記載するとともに、再発防止に役立てます。

(3)苦情があったサービス事業者に対応方針など

- ①管理者は当該サービス事業者と速やかに連絡を取り事実の確認を行います。
- ②管理者は、サービス事業者の管理者とよく話し合い、今後の再発防止に向け、必要な措置を講じます。
- ③管理者は当該サービス事業者につき必要がある場合は、行政窓口へ連絡します。
- ④管理者は、お客様からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、又国民健康保険団体連合会からの指導・助言に従って必要な改善を行います。

(4)事業所の責任について(利用者の物品・金品の紛失について)

事業所内で、物品・金品の紛失については、当事業所における責任は、負いかねますので、御了承下さいませ。

13 非常災害対策(火災予防防止対策も含む)

別途作成した「医療法人近藤医院消防計画」に準じて避難訓練を行います。
震災時は、火災時の対応に準じます。
職員は、常に災害事故防止とお客様の安全確保に努めるものとする。
防火管理者は、定期的に消防用設備、救出用設備等を点検するものとする。
防火管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てるものとし、当センターは、この計画に基づき、毎年2回以上避難及び救出その他必要な訓練を行う。

14 秘密保持

事業所の従業員は、業務上知り得たお客様又はその家族の秘密保持を厳守する。
従業員であった者が、業務上知り得たお客様又は家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講ずる。

15 損害賠償

お客様に対する介護サービス提供にあたって、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行う。
前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入する。

16 虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する担当者を選任しています。
- ②成年後見制度の利用を支援します。
- ③苦情解決策を整備しています。
- ④従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤虐待防止のための対策を検討する委員会を設立しています。
- ⑥虐待防止のための指針を作成しています。

17 衛生管理

通所リハビリ及び介護予防通所リハビリを提供するのに必要な設備、備品等の清潔保持をし、常に衛生管理に留意する。
従業者は、感染症等に関する知識の習得に努める。

18 個人情報保護

事業者及び従業者は、個人情報の適正な取扱いに関し、個人情報を取扱う事業者の厳守すべき義務等を定めることにより、個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護する。

19 事業計画・財務内容サービス提供記録等の閲覧

当事業所では、事業計画や財務内容等の閲覧に関して、ご利用者名及びご利用希望者とその家族のうちこれを希望される方には閲覧を許可しています。御希望者は、閲覧申請書に必要事項を記入し、職員までお申込み下さい。閲覧申請書は事務所に備えていますので職員までお申し付け下さい。

令和 年 月 日

上記の通り、通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ提供開始にあたり、お客様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な説明をしました。

事業者	<所在地>	西彼杵郡時津町日並郷1325番地8	
	<名 称>	医療法人近藤医院デイケアセンター	
	<代表者>	医療法人近藤医院 理事長 近藤 俊介	印
説明者	<氏 名>	_____	印

私は、契約書及び本書面により事業者から通所リハビリ及び介護予防通所リハビリについての重要事項交付及び説明を受け、これに同意を致します。

お客様	<住 所>		
	<氏 名>	_____	印
ご家族	<住 所>		
	<氏 名>	_____	印
代理人	<住 所>		
	<氏 名>	_____	印

送迎時の注意事項及び説明についての同意書

安全で、円滑な送迎を提供させていただくにあたり、今一度ご利用者様・ご家族の皆様に当施設の運営規定を理解していただき、ご協力いただきますよう、宜しくお願いいたします。

- 1) 当送迎予定等についての同意書に沿った送迎の対応を原則とする。
 - ・ 原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りと致します。
 - ・ 身体環境などの諸事情によっては、本人・家族と十分に話し合い、どのような対応を行うか支援経過に記載を致します。
 - ・ 季節により、暑かったり、寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。自宅の中でお待ちいただきます。
 - ・ お迎えの時間を、書面または電話にて連絡します。
交通事情等で、10分以上到着が遅れる場合は、施設及びコース運転手より電話連絡いたします。
なお、10分以内の遅れはご容赦くださいませ。
 - ・ 送迎職員到着後、体調不良等を除き長時間待つ事はできません。長時間待つ場合、送迎対応ができなくなる(中止する)場合があります。お迎え時には準備が出来ているよう、ご本人様・ご家族様のご協力をお願い致します。
- 2) 乗車中は必ずシートベルトを着用してもらいます。
- 3) 乗車中、気分不良等の有無に十分配慮を行う。また、何らかの状態に異変がある場合には安全な場所に駐車し、施設に連絡し、指示を仰ぎます。
- 4) 雨天等の天候や、身体的・環境的に1人介助ではリスクがある場合は、2人対応での送迎を行います。
- 5) 時間にゆとりを持って、落ち着いた気持ちで安全な送迎ができるよう、自己管理を十分に行います。
- 6) 何らかの問題点が発生した場合は、日誌記録に残します。
大事に至らなかったなどと、安易な自己判断はしない。
小さな気づきが、次の事故を予防するという事を、十分自覚して介助に努めます。
- 8) 走行中は、ドアのロックをする。認知症、高次能障害等で不意にあげる行為がある場合はチャイルドロックをする等の配慮をおこなう。

上記の注意事項及び説明を受け、確認の上、同意いたします。

令和 年 月 日

<利用者又は家族>

住所

氏名

<事業者>

<所在地> 西彼杵郡時津町日並郷1325番地8

<名 称> 医療法人近藤医院デイケアセンター

<代表者> 医療法人近藤医院
理事長 近藤 俊介

