

通所介護契約書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(指定事業番号 第 1671600961 号)

デイサービスセンター
スマイルレーベル

【 様】（以下「利用者と言います。」）と医療法人財団恵仁会藤木病院の営む デイサービスセンター スマイルレーベル（以下「事業者」と言います。）は、事業者が利用者に対して行う通所介護について次のとおり契約を結びます。

第1条（契約の目的）

事業者は、介護保険法関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し、利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう通所介護サービスを提供します。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います。

第2条（契約期間）

- 1 本契約は、令和 年 月 日から、第6条・第7条に基づく契約の終了まで、本契約に定めるところに従って、当事業所が提供する通所介護のサービスが利用出来ます。

第3条 通所介護の内容

- 1 事業者は利用者の日常生活動作の状況及び希望を踏まえて、居宅サービス計画書に沿って、通所介護計画書を作成します。
事業者はこの通所介護計画書の内容を利用者及びその家族に説明します。
- 2 利用者が提供を受ける通所介護の内容は重要事項説明書に定めたとおりです。
事業者は重要事項説明書に定めた内容について利用者、家族に説明します。
- 3 サービスの内容・利用回数等は利用者との合意により変更できます。
事業者は、利用者から通所介護の変更の申し出があった場合は、第1条の規定に反するなどの変更を拒む正当な理由がない限り変更します。

第4条（利用料金）

- 1 利用者は、サービスの対価として『重要事項説明書』に定める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を支払います。
- 2 事業者は、当月の料金の合計額に明細を付して翌月 15 日以降に利用者に発送します。
- 3 利用者は、当月の利用料金の合計金額を、翌月 27 日（銀行休日の場合は、その翌営業日）に各指定口座からの引き落としにて支払います。

※ 防犯の関係上、利用時料金の現金持ち込みはお断りしておりますので、各指定口座の引落しにご協力をお願いいたします。

- 4 事業者は、利用者から料金の支払いを受けた時は利用者に対し領収書を発行します。
- 5 事業者は、介護報酬改定や税率改定における利用料金の変更が生じる場合、別紙通知文書等を作成し、利用者本人又は家族へ情報を提供します。
尚、これにより、利用者本人又は家族の同意を得たものとします。

第5条（サービスの休止）

利用者は、事業者に対して、サービス提供日の朝 8 時 00 分までに通知することにより、料金を負担することなくサービスを中止する事が出来ます。

第6条（利用者からの解除）

- 1 利用者および保証人は、事業者に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本契約に基づく通所介護の利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び保証人は、速やかに事業者及び利用者の居宅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、通所介護実施時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事業者にお支払いいただきます。
- 2 次の事項に該当した場合は、利用者は申し出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、正当な理由がなく、本契約に定める居宅サービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しない場合
 - ② 事業者が、守秘義務に違反したり、常識を逸脱する行為を行なった場合
 - ③ その他解約せざるを得ない状況が生じた場合

第7条（事業者からの解除）

- 1 事業者は、利用者および保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく通所介護サービスの利用を解除・終了することができます。
 - ①利用者の居宅サービス計画で定められた利用時間数を超える場合
 - ②利用者及び保証人が、正当な理由がなく利用料金を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、事業所での適切な通所介護の提供を越えると判断された場合
 - ④利用者及び家族・保証人が、事業者に対し、故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者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事が困難となった場合。
 - ⑤利用者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、または利用者の入院もしくは病気などにより、3ヶ月以上にわたってサービス利用が出来ない状態が明らかになった場合
 - ⑥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利用が困難な場合
- 2 次の各項目いずれかに該当する場合は、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へ入所した場合
 - ② 利用者の要介護状態区分が、要支援または自立とされた場合
 - ③ 利用者が死亡した場合
- 3 事業者は、前項を実施した場合には、利用者担当の介護支援専門員、利用者の居住区である市町村等に連絡するなど必要な支援を行ないます。

第8条 (記録)

- 1 事業者は、利用者の通所介護の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 事業者は、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、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。

第9条 (緊急時の対応)

事業者は、通所介護の提供を行っている時に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、当事業者の医師の診察を受けて頂きます。また、家族または緊急連絡先に連絡するとともに、必要に応じて協力病院・主治医に連絡を取るなどの措置を講じます。

第10条 (秘密の保持)

- 1 事業者とその職員は、業務上知り得た利用者又は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。但し、次の各号についての情報提供については、利用者及び保証人から、予め同意を得ておきます。
 - 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等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に、学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合でも、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。
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとなります。
- 3 事業者及びその従業員は、退職後も在籍中に知り得た利用者又は家族の秘密を守る事を義務とします。

第11条 (連携)

- 1 事業者は通所介護の提供にあたり、主治医及び介護支援専門員、その他保健・医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- 2 当事業者が提供するサービスを、他のサービスへ移行する場合、担当責任者は、他サービス事業者との円滑な連携を行うために、ご利用者様の心身の状況などを記載した情報提供を提出します。

第12条 (事故発生時の対応)

事業者は、通所介護のサービスを提供するにあたり事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族・利用者に係る地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を迅速に講じます。

第13条（賠償責任）

- 1 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者または利用者の家族に生命・身体・財産に損害が生じた場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者に故意・過失がない場合はこの限りではありません。
- 2 第1項の場合において、利用者の過失によって当該事故が発生した場合は、事業者が負う損害賠償額は減額されます。

第14条（苦情対応）

- 1 利用者または利用者の家族は、提供されるサービスに不満・相談がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の苦情相談機関に、苦情・相談をすることができます。
- 2 事業者は、利用者に提供したサービスについて、利用者または利用者の家族からの苦情・相談の申し出があった場合は、迅速・適切に対処し、サービスの向上・改善に努めます。
- 3 事業者は、利用者が苦情・相談を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

第15条（契約外条項）

- 1 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 本契約に定めない事項については、介護保険法その他諸法令の定める所を尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

第16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、利用者及び事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることとし、あらかじめ合意します。

以上のとおり、通所介護に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書 2 通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ 1 部ずつ保有します。

契約締結日：令和 年 月 日

【 サービス利用者 】

私は、この契約書に基づく通所介護サービスの利用を申し込みます。

住所：

氏名：

Ⓔ

電話：

【 署名代行者 】

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。

住所：

氏名：

Ⓔ

電話：

本人との関係：

【 連帯保証人 】

私は、本件契約から生じる一切の債務について、金 5 万円を限度として、利用者と連携して支払いの責任を負います。

住所：

氏名：

Ⓔ

電話：

【 事業者 】

富山県中新川郡立山町大石原 2 2 5 番地

医療法人財団恵仁会 藤木病院

理事長 藤木 龍輔 Ⓔ

【 事業所 】

富山県中新川郡立山町大石原 2 2 5 番地

医療法人財団恵仁会 藤木病院

デイサービスセンター スマイルレーベル

(指定事業所番号 第 1671600961 号)