

南房総市介護予防・日常生活支援総合事業

通所介護型サービス利用契約書

甲（利用者）○ ○ ○

乙（事業者）○ ○ ○

（通所介護型サービスの目的）

第1条 乙は、介護保険法令及び南房総市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に従い、甲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、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、甲の心身機能の維持回復を図り、甲の生活維持又は向上を図ることを目的として、甲に対し、通所介護型サービスを提供します。

（契約期間と更新）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

（サービス計画の作成・変更）

第3条 乙の管理者は、甲の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、通所介護型サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した通所介護型サービス計画を作成します。

2 乙は、甲に係る介護予防サービス計画が作成されている場合には、それに沿って甲の計画を作成するものとします。

3 乙は、通所介護型サービス計画について、甲、担当地域包括支援センター又は同センターの委託を受けた事業者に対して説明し、作成するものとします。

4 乙は、通所介護型サービス計画の変更に際して、介護予防サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに担当地域包括支援センター又は同センターの委託を受けた事業所に連絡するなど必要な支援を行います。

（通所介護型サービスの内容）

第4条 乙は、通所介護型サービスとして、事業者において、甲に対して、日常生活上の支援及び機能訓練を提供します。

2 乙が、甲に対し提供する通所介護型サービスの日数、具体的内容については、別紙「重要事項説明書」のとおりです。

3 乙は、甲に対し、利用料の負担について、甲及び甲の家族に対してわかりやすく説明します。

（通所介護型サービスの基本方針）

第5条 乙は、サービス担当者会議等を通じて、甲の心身の状況、置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況を把握するよう努めます。

2 乙は、甲の介護予防に資するよう、その目標を設定し、第3条に規定する通所介護型サービス計画に基づき計画的に行うこととします。

3 乙は、自らその提供する通所介護型サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力するとともに、介護技術の進歩に対応して適切な介護技術をもって通所介護型

サービスの提供を行います。

- 4 乙は、通所介護型サービスの提供に当たり、甲ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識します。また、乙は、甲がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービス提供に努めます。
- 5 乙は、懇切丁寧に通所介護型サービスの提供方法を甲に対してわかりやすく説明します。

(通所介護型サービスの提供記録)

- 第6条 乙は、甲に対して通所介護型サービスを提供する毎に、当該サービスの提供日、内容等を記録します。
- 2 乙は、甲に対する通所介護型サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から5年間保存します。
 - 3 甲は、乙に対し、いつでも第1項に規定する書面その他乙に対する通所介護型サービスの提供に関する記録の閲覧謄写を求めることができます。但し、謄写に際して、乙は甲に対して、実費相当額を請求できるものとします。

(利用日の変更等)

- 第7条 甲は、通所介護型サービスの利用を中止し、又は利用日を変更することができます。
- 2 前項の場合には、甲はサービス実施日の前日までに乙に申し出るものとします。
 - 3 乙は、第1項に基づく甲からのサービス利用日の変更の申し出に対して、事業所が満員で甲の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を甲に提示して協議するものとします。

(利用料等)

- 第8条 乙が提供する通所介護型サービスの利用料及びその他の費用は、別紙「重要事項説明書」に記載したとおりです。
- 2 甲は、乙から提供を受ける通所介護型サービス利用料の1割を支払います。
 - 3 乙は、甲に対し、毎月翌月〇〇日までに、当月のサービスの提供日、サービスの内容、利用料等の内訳を記載した利用明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
 - 4 甲は、乙に対し、当月の利用料を、毎月翌月〇〇日までに〇〇〇〇の方法で支払います。

(利用料の滞納)

- 第9条 甲が、正当な理由なく乙に支払うべき利用料を〇ヶ月以上滞納した場合において、乙が、甲に対して〇週間以内に滞納額を支払うよう催告したにもかかわらず全額の支払いがないとき、乙は、甲の健康・生命に支障がない場合に限り、全額の支払いがあるまで甲に対する通所介護型サービスの全部又は一部の提供を一時停止することができます。

(契約の終了)

- 第10条 次の各号のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- (1) 甲の要介護認定が要介護と認定された場合
- (2) 甲が南房総市介護予防・日常生活支援総合事業の対象者とならなくなった場合
- (3) 甲が死亡したとき。
- (4) 第11条の規定により、甲から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- (5) 第12条の規程により、乙から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- (6) その他通所介護型サービスの利用が困難と認められる場合

(甲の解約権)

第11条 甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、〇〇日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

(乙の解約権)

第12条 乙は、甲が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、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、第1条に定めるこの通所介護型サービス契約の目的を達することが不可能となったとき、〇〇日以上予告期間をもってこの契約を解除することができます。

(損害賠償、事故報告義務)

第13条 乙は、甲に対する通所介護型サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、甲又は甲の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに甲に対して損害を賠償します。

2 乙は、甲に対し、介護事故を生じさせた場合は、速やかに甲の家族等に報告をし、かつ、館山市に事故の報告をします。

(緊急時の対応)

第14条 乙は、通所介護型サービスの提供中に甲の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関と連絡を取り、救急治療あるいは救急入院など必要な措置を講じます。

(秘密保持)

第15条 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する通所介護型サービスの提供にあたって知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。

2 乙は、乙の従業員が退職後、在職中知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

3 乙は、甲又は甲の家族の個人情報を用いる場合は、甲及び甲の家族から同意をあらかじめ文書で得ない限り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を利用しません。

4 乙又は乙の従業員は、前項の規定にかかわらず、以下の場合は、甲又は甲の家族の同意を得ることなく、甲又は甲の家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

- (1) 甲について生命、身体又は財産の保護のために個人情報の使用が必要となり、

かつ、甲の同意を得ることが困難であるとき
(2) 個人情報保護法第23条第1項各号により、本人の同意なく個人情報の第三者提供が許される場合

(苦情処理)

- 第16条 甲、甲の家族又は身元引受人は、提供された通所介護型サービスに苦情がある場合、いつでも乙に苦情を申し立てることが出来ます。なお、乙の苦情窓口は、別紙「重要事項説明書」記載の苦情窓口となります。
- 2 乙は、苦情が申し立てられた場合には、速やかに事実関係を調査した上でサービスの向上、改善に努めます。
- 3 甲は、乙が提供した通所介護型サービスに関する苦情がある場合には、館山市に苦情を申し立てることが出来ます。

(合意管轄)

第17条 本契約に関してやむを得ず訴訟をする場合は、施設所在地裁判所を第一審管轄裁判所とすることを甲及び乙は予め合意します。

(契約外事項)

第18条 本契約に定めのない事項については、介護保険法令等その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、甲、乙が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

平成 年 月 日

ご利用者(甲)

私は、以上の契約の内容について説明を受け、内容を確認しました。

住 所

氏 名

Ⓜ

(代理人) 住 所

氏 名

Ⓜ

事業者(乙)

この契約に定める通所介護型サービスを誠実に責任を持って行います。

所在地

事業所名

代表者

Ⓜ

重要事項説明書
(通所介護型サービス事業)

通所介護型サービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	〇〇〇
主たる事務所の所在地	〇〇〇
法人種別	〇〇〇
代表者名	〇〇〇
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

2 利用事業所

ご利用事業所の名称	〇〇事業所
指定番号	千葉県・・・号
所在地	〇〇市・・・
営業日及び営業時間	営業日 営業時間
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	〇〇〇
運営の方針	〇〇〇

4 ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業者の職種	資格	員数	勤務の体制
管理者		1人	常勤〇名、非常勤〇名
生活相談員	社会福祉主事等	〇人	常勤〇名、非常勤〇名
看護職員	看護師等	〇人	常勤〇名、非常勤〇名
介護職員	介護福祉士等	〇人	常勤〇名、非常勤〇名
機能訓練指導員	理学療法士、作業療法士、看護職員等	〇人	常勤〇名、非常勤〇名

1割負担の利用者のケースで作成してあります。

5 利用料金

通所介護型サービス	対象者	利用料金	自己負担額 (1割)
-----------	-----	------	---------------

通所介護型サービス 1	事業対象者・要支援 1 (週 1 回程度)	16,470 円 (1 月)	1,647 円
通所介護型サービス 2	事業対象者・要支援 2 (週 2 回程度)	33,770 円 (1 月)	3,377 円
運動器機能向上加算		2,250 円 (1 月)	225 円
事業所評価加算		1,200 円 (1 月)	120 円
サービス提供体制強化加算 【Ⅰ】イ	事業対象者・要支援 1	720 円 (1 月)	72 円
サービス提供体制強化加算 【Ⅰ】イ サービス提供体制強化加算 【Ⅰ】ロ	事業対象者・要支援 2	1,440 円 (1 月)	144 円
	事業対象者・要支援 1	480 円 (1 月)	48 円
サービス提供体制強化加算 【Ⅰ】ロ サービス提供体制強化加算 【Ⅱ】	事業対象者・要支援 2	960 円 (1 月)	96 円
	事業対象者・要支援 1	240 円 (1 月)	24 円
サービス提供体制強化加算 【Ⅱ】 介護職員処遇改善加算(○)	事業対象者・要支援 2	480 円 (1 月)	48 円
	所定単位数の○%		

その他 昼食代 ○○円
○○ ○○円

その他施設行事等に自己負担額が発生する場合があります。

6 苦情申立窓口

事業所名○○ 電話○○-○○○○-○○○○ 苦情担当者○○
南房総市保健福祉部健康支援課 電話 0470-36-1152

平成 年 月 日

甲に対する通所介護型サービスの提供開始に当たり、上記重要事項を説明しました。

(乙) 介護予防通所介護事業者

事業所

説明者 職種 ○○○ 氏名 ○○○ 印

私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。

(甲) 利用者 住所 ○○○
氏名 ○○○ 印

(甲) 代理人 住所 ○○○
氏名 ○○○ 印