

認知症対応型通所介護サービス契約書

_____様（以下、「ご利用者」といいます）と社会福祉法人奉優会（以下「事業者」といいます。）は、事業者がご利用者に対して行う認知症対応型通所介護について、次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業者は、ご利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、ご利用者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認知症対応型通所介護を提供し、ご利用者は、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. この契約の契約期間は 契約締結日から、ご利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
2. 契約満了の一週間前までに、ご利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条（認知症対応型通所介護計画）

事業者は、ご利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「認知症対応型通所介護計画」を作成します。事業者はこの「認知症対応型通所介護計画」の内容をご利用者およびそのご家族に説明し同意を得て交付します。

第4条（認知症対応型通所介護の提供場所・内容）

1. 認知症対応型通所介護の提供場所・所在地及び設備の概要は、【重要事項説明書】のとおりです。
2. 事業者は、第3条に定めた認知症対応型通所介護計画に沿って認知症対応型通所介護を提供します。事業者は認知症対応型通所介護の提供にあたり、その内容についてご利用者に説明します。
3. ご利用者は、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、可能な限りご利用者の希望に添うようにします。

第5条（サービスの提供の記録）

1. 事業者はサービスの提供ごとに、サービスの内容等を認知症対応型通所介護記録書に記入し、サービスの終了時にご利用者の確認を受けることとします。ご利用者の確認を受けた後、その控えをご利用者に交付します。
2. ご利用者が、その判断能力から前項の確認をすることができない場合は、ご利用者の成年後見人・任意後見人・代理人またはご家族等から確認を得るものとします。サービス提供時に、ご家族等確認できる方がいないときは、後日まとめて確認していただきます。
3. 事業者は、認知症対応型通所介護記録書を、この契約の終了後5年間保管します。
4. ご利用者は、事業所にて営業時間内に、ご本人に関する認知症対応型通所介護記録書をご覧頂けます。
5. ご利用者は、重要事項説明書記載の複写料金を負担すれば、ご本人に関する認知症対

応型通所介護記録書の複写の交付を受けることができます。

第 6 条(料金)

- ご利用者は、サービスの対価として別表に定める利用単位毎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。
- 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月 25 日頃までにご利用者に送付します。
- ご利用者は、当月の料金の合計額を翌月末日までに(自動引き落としの方法で)支払います。なお、ご利用者の口座からの自動引落しに関する手続日の関係、またはご利用者のご都合で口座からの自動引落し等ができなかった場合には、現金で回収させて頂くことがあります。
- 事業者は、ご利用者から料金の支払いを受けたときは、ご利用者に対し領収証を発行します。
- ご利用者負担金は関係法令及び告示・通達等に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令及び告示・通達等が改訂された場合には、改訂後の金額を適用するものとします。

第 7 条(サービスのキャンセル)

- ご利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日午後5時まで(前日が日曜日の場合は土曜日の午後5時まで)に通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
- ご利用者がサービス提供日の前日午後5時までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業者は、ご利用者に対して昼食代を請求することができます。この料金は第6条の他の料金の支払いと合わせて請求します。
- 事業者は、ご利用者の体調不良等の理由により、認知症対応型通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。この場合の取扱いについては【重要事項説明書】に記載したとおりです。

第 8 条(契約の終了)

- ご利用者は事業者に対して、1週間の予告期間をおいて文書で通知をすることにより、この契約を解約することができます。ただし、ご利用者の病変、急な入院など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。
- 事業者はやむを得ない事情がある場合、ご利用者に対して、契約終了日一ヶ月前までに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。その際は、他の事業所を紹介いたします。
- 次の事由に該当した場合は、ご利用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。
 - 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - 事業者が守秘義務に反した場合
 - 事業者がご利用者やその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
 - 事業者がやむを得ない事情により閉鎖・縮小した場合

4. 次の事由に該当した場合は、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。
 - (ア)ご利用者のサービス利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10 日以内に支払われない場合
 - (イ)ご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、またはご利用者の入院もしくは病気等により、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
 - (ウ)ご利用者または、ご利用者の成年後見人・任意後見人・代理人・ご家族・ご利用者の関係者等(以下、「ご家族等」といいます)が、事業者職員・認知症対応型通所介護職員等に対して、暴力・セクハラ行為・暴言を行った場合、その他事業者または事業者職員・認知症対応型通所介護職員等に関して誹謗中傷する等して、サービス提供の続行が困難な場合。
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。
 - (ア)ご利用者が介護保険施設等に入所した場合
 - (イ)ご利用者の要介護認定区分が、非該当または要支援と認定された場合
 - (ウ)ご利用者が死亡した場合
 - (エ)ご利用者の転居により、事業者によるサービス提供が不可能となった場合
6. この契約の有効期間内であっても、事業者とご利用者の双方の合意により、この契約を解約できます。

第 9 条(秘密保持)

1. 事業者または事業者職員・認知症対応型通所介護職員・退職後職員等はサービスを提供する上で知り得たご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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
2. 事業者はご利用者およびそのご家族に関する個人情報について、【重要事項説明書】に記載している目的においてあらかじめ文書で同意を得て、必要最小限の範囲内で使用します。ただし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

第 10 条(賠償責任)

1. 事業者は、利用者に対する介護サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、利用者の生命・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、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者の責めに帰すべき事由によらない場合、もしくは利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免れ、又は賠償額を減額されます。
2. 事業者は、万が一の事故発生に備えて損害賠償責任保険に加入しています。

第 11 条(緊急時の対応)

1. 事業者は、現に認知症対応型通所介護の提供を行っているときにご利用者の病状が急変した場合やその他必要な場合は、ご家族また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. サービス提供時に事故が発生した場合には、ご家族、市区町村、関係医療機関への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や処置について記録します。

第 12 条(身体拘束)

利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむおえない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者およびその家族に十分な説明を行い同意を得て実施します。

第 13 条(連携)

- 事業者は、認知症対応型通所介護の提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第 14 条(相談・苦情対応)

事業者は、ご利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、認知症対応型通所介護に関するご利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第 15 条(本契約に定めのない事項)

- ご利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 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、双方が誠意をもって協議のうえ定めます。

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、ご利用者および事業者は、事物管轄の定めに従い、東京地方裁判所または東京簡易裁判所を管轄裁判所とすることにあらかじめ合意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、ご利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

ご本人 <住 所> _____

<氏 名> _____ 印

(連帯保証人・ご家族・その他)※該当するご関係に○印をつけて下記に具体的にご記入下さい。

<ご本人との関係・続柄> _____

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

事業者 <住 所> 東京都世田谷区駒沢 1-4-15 真井ビル

<名 称> 社会福祉法人 奉優会

<代表者> 理事長 香取 寛