介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業契約書

＿＿＿＿＿＿様　（以下「利用者」という。）と天塩町指定通所介護事業所　天塩町在宅老人デイサービスセンター（以下「事業者」という。）は、事業者が提供する介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業（介護予防通所介護相当）の利用者等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第１条　事業者は、介護保険法（平成９年法律第 123 号）その他関係法令及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り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支援することを目的としてサービスを提供します。

（契約期間）

第２条　この契約の期間は、以下のとおりとします。

令和＿＿年＿＿月＿＿日～令和＿＿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。

（第一号通所サービス（介護予防通所介護相当）計画書の作成及び変更）

第３条　事業者は、必要に応じて利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の介護予防サービス計画書または介護予防マネジメント（以下「介護予防ケアプラン」という。）の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的はサービス内容等を記載した第一号通所サービス（介護予防通所介護相当）計画書（以下「サービス計画書」という。）を作成します。サービス計画書の作成にあたっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得たうえで交付します。

２　事業者は、サービス計画の実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者に説明の上、交付します。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第４条　事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数及び利用料は、重要事項説明書のとおりです。

２　利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が介護予防ケアプランの範囲内で可能であり、第１条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

３　事業者は、利用者が介護予防ケアプランの変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センターに連絡するなど必要な援助を行います。

４　事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料の支払い）

第５条　利用者は、事業者からサービス提供を受けたときは、重要事項説明書の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

２　利用料の請求や支払い方法は、重要事項説明書のとおりです。

（利用料の変更）

第６条　事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者

負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

（利用料の滞納）

第７条　利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を２カ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、１か月以上の猶予期間を設けた上で支払期限を定め、当該期間までに滞納額の金額の支払いがない時はこの契約を解除する旨の催告をすることができます。

２　事業者は、前項の催告をした場合には、担当の地域包括支援センターと連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

３　事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第１項の期限内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書を持ってこの契約を解除することができます。

（利用者の解約権）

第８条　利用者は、７日以上の予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

２　利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。

（１）　事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービス提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとしない場合

（２）　事業者が、第１２条に定める守秘義務に違反した場合

（３）　事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

（事業者の解約権）

第９条　事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により２週間以上の予告期間を持って、この契約を解約することができます。

（１）　利用者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、事業者が再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合

（２）　利用者が事業者の通常の事業の実施地域外に転居し、事業者においてサービス提供の継続が困難であると見込まれる場合

２　事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の地域包括支援センターに連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(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）　利用者が死亡した場合

（２）　利用者の要介護状態区分が要介護となった場合

（３）　事業者でない利用者の要介護状態区分が自立となった場合

（４）　利用者が介護保険施設へ入所した場合

（５）　利用者が介護予防特定施設入居者生活保護、介護予防小規模多機能型居宅介護、または介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合

（６）　第２条第２項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申出があり、契約期間が満了した場合

（７）　第８条第１項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合

（８）　第６条もしくは第８条第２項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
（９）　第７条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
(10)　第９条に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合

（損害賠償）

第１１条　事業者は、サービス提供にあたり、利用者または利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者または利用者の家族に対して損害を賠償します。
ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

２　前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償責任保険に加入します。

３　利用者または利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

（守秘義務）

第１２条　事業者及び事業者の従業者は、サービス提供にあたって知りえた利用者または利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

２　事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知りえた利用者または利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

３　事業者は、利用者または利用者の家族の個人情報について、介護保険法第２３条に基づくもののほか、利用者の介護予防ケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最低限の範囲内で使用します。

４　第１項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護等に対する支援等に関する法律（平成１７年法律１２４号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任は負わないものとします。

（苦情処理）

第１３条　利用者または利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、重要事項説明書に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

２　事業者は、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申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

３　事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、

（サービス内容等の記録の作成および保存）

第１４条　事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から５年間保存します。

２　利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む。）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利　用者に対して、実費相当額の請求をできるものとします。

３　事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する居宅介護支援事業所等へ、第１項の記録の写しを交付することができるものとします。

（契約外条項）

第１５条　本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業第一号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。

令和　３年　　月　　日

事業者　住　　所　　北海道天塩郡天塩町字サラキシ 5710 番地
事業者名　　天塩町指定通所介護事業所
天塩町在宅老人デイサービスセンター
代表者氏名　　施設長　　上　田　健　司　　印

契約者　住　　所

氏　　名　　印

代理人　住　　所

氏　　名　　印