

ハローケア訪問看護ステーション 緑ヶ丘

居宅介護支援契約書

居宅介護支援契約書

ハローケア訪問看護ステーション緑ヶ丘（以下「事業者」とする）と _____
（利用者又は立会人；以下「利用者」とする）とは、居宅介護支援の事業に関して、次の通り契約を締結し、これを履行するものとする。

第1条 居宅介護支援の目的

事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むために必要な居宅サービスが適切に利用できるよう、居宅サービス計画を作成するとともに、当該計画に基づいて適切な居宅サービスの提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整その他の便宜を提供します。

第2条 契約期間

1 この契約の期間は、令和_____年_____月_____日から要介護認定有効期間満了日までとします。

2 上記の契約期間満了の7日前までに利用者様から更新拒否の意思表示のない場合は、事業所が利用者様に対し契約更新の意思を確認し、契約書同一内容により更新します。

第3条 居宅介護支援の担当者

事業者は、居宅支援の担当者として居宅介護支援専門員を担当者として任命し、その選定、又は交代を行った場合は利用者にもその氏名を文書で通知します。

第4条 居宅サービス計画の変更等

1 事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合、速やかに居宅サービス計画を変更するとともに、これに基づき居宅サービスが円滑に提供されるようサービス事業者等への連絡調整等を行います。

2 事業者は、利用者が居宅サービス計画の範囲内でサービス内容等の変更を希望する場合、速やかにサービス事業者への連絡調整を行います。

第5条 利用者の解約権

利用者は、事業者に対し、いつでも一週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することが出来ます。

第6条 事業者の解約権

事業者は、利用者の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合、その理由を記載した文書により、この契約を解約することができます。

第7条 契約の終了

1 次のいずれかの理由が発生した場合は、この契約を終了するものとします。

- 1) 第2条の規定により事前に更新の合意がなされないまま契約の有効期限が満了したとき。
- 2) 第5条の規定により利用者から解約の意思表示がなされ、かつ予告期間が満了したとき。
- 3) 第6条で定める条件が満たされ、かつ事業者から契約解除の意思表示がなされたとき。
- 4) 次の理由で利用者にサービスを提供出来なくなったとき。
 - ①利用者が介護保険施設等に入所した。
 - ②利用者が要介護認定を受けられなかった。
 - ③利用者が死亡した。

2 事業者は、契約の終了にあたり必要があると認められる場合は、利用者が指定する他の支援事業者等への関係記録（写し）の引継ぎ、介護保険サービスの利用に係る市町村等への連絡等の調整を行うものとします。

第8条 損害賠償

事業者は、居宅介護支援の実施にあたって利用者の生命、身体、財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

第9条 秘密保持

1 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

2 あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件のもとで個人情報を利用できるものとします。

第10条 苦情処理

1 利用者は提供した居宅介護支援に苦情がある場合又は事業者が作成した居宅サービス計画に基づいて提供された居宅サービスに苦情がある場合は、事業者、市町村又は、国

民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることが出来ます。

2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立て又は相談があった場合は、迅速かつ誠実に対応を行います。

3 事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として何ら不利益な取り扱いをすることはありません。

第 11 条 契約外条約

1 この契約及び介護保険法その他の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、事業者と利用者の協議により定めます。

2 本契約の締結を証するため、本書 2 通を作成し、当事者双方記名押印のうえ、各自 1 通を保有するものとします。

令和____年____月____日

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

代理人

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 印

電話 _____

事業者

名称 医療法人社団 ハートランド

所在地 〒631-0039

奈良県奈良市学園北 1 丁目 13 番 10 号

代表者名 理事長 竹 林 和 彦 印