

**川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱  
第13条に基づく契約書の作成例**

社会福祉法人 ○○会

**重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業利用契約書**

\_\_\_\_\_（以下「利用者」という。）と社会福祉法人 ○○会 △△（以下「事業者」という。）の提供する重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業（以下、「入院時コミュニケーション支援事業」という。）を受けることについて、次の通り契約（以下「本契約」という。）を締結します。

**第 1 章 総 則**

（契約の目的）

第1条 この契約は、利用者が病院スタッフとの円滑な意思疎通が出来るよう、事業者が利用者に対して、入院時コミュニケーション支援事業を適切に提供することを定めます。

（契約期間）

第2条 この契約の契約期間は、平成 年 月 日から退院日までとします。

**第 2 章 サービス内容**

（サービスの内容）

第3条 事業者は本契約に基づいて、利用者が入院した際、入院先の病院にコミュニケーション支援員を派遣し、医療従事者等と利用者の意思疎通を図ること及びこれに伴う必要な見守りを行います。なお、これら以外のサービス内容は対象としません。

**第 3 章 派遣費用等**

（派遣費用等）

第4条 事業者は、サービスの提供に当たっては、予め利用者に対し当該サービスの内容及び費用について説明し、利用者の同意を得るものとします。

2 事業者は、入院時コミュニケーション支援事業を提供した場合の派遣費用は、川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく基準によるものとします。

3 利用者は、別紙「重要事項説明書」に定める実費負担額を事業者に支払うものとします。

（派遣費用の代理受領）

第5条 事業者は、要綱に基づき、利用者からの代理受領について委任を受け、川崎市か

ら派遣費用の支払を受けるものとします。

(実費負担額の支払等)

第6条 事業者は入院時コミュニケーション支援事業の実費負担合計額の請求書を利用者に送付するものとします。

2 利用者は、前項により請求があった実費負担合計額を事業者に支払うものとします。

3 事業者は、利用者から利用料金合計額の支払を受けたときには、利用者に領収書を発行します。

## 第4章 事業者の義務

(サービス提供の記録)

第7条 事業者は、毎回サービス終了時に、利用者から書面によりサービス提供の確認を受けます。

2 事業者は、入院時コミュニケーション支援事業の提供に関する諸記録を作成し、実施日から5年間保存します。

3 利用者は、事業者の営業時間内にその事業者において、当該利用者に関する前2項の諸記録を閲覧できます。

4 利用者は、当該利用者に関する前2項の諸記録の複写物の交付を受けることが出来ます。

(サービスの中止)

第8条 利用者は、事業者に対して、サービス提供の前日までに通知することにより、利用料金等を負担することなくサービス利用を中止することが出来ます。

(守秘義務)

第10条 事業者は、正当な理由がある場合を除き、利用者又はその家族の秘密を他に漏らさない義務を負うものとします。

2 事業者は、スタッフが退職後、在職中知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないように必要な措置を講じるものとします。

(身分証明書携行義務)

第11条 サービス提供職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者や利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示するものとします。

## 第5章 損害賠償

(損害賠償)

第12条 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴い、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。第10条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。

- 2 事業者は、前項の損害賠償責任の履行については速やかに行うものとします。
- 3 利用者は、故意又は過失により事業者に損害を与え、又は無断で備品の形状を変更したときは、その損害を弁償し、又は原状に復する責務を負うものとします。尚、損害賠償の額は利用者本人の心身の状況を考慮して減免出来るものとします。

## 第 6 章 契約の終了

(契約の終了事由)

第 13 条 利用者又は事業者が次の各号のいずれかに該当した場合、本契約は終了するものとします。

- (1) 利用者が死亡した場合。
- (2) 要綱に基づく入院時コミュニケーション支援事業が必要ないと決定された場合。
- (3) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない理由により事業所を閉鎖した場合。
- (4) 事業者の滅失や重大な毀損により、入院時コミュニケーション支援事業の提供が不可能になった場合。
- (5) 第 14 条もしくは第 15 条に基づき本契約が解約された場合。

(利用者からの契約解除)

第 14 条 利用者は、30 日以上予告期間において文書で事業者に通知することによりこの契約を解約することが出来るものとします。但し、次の事由に該当する場合には、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出来るものとします。

- (1) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合。
- (2) 事業者が第 10 条に定める守秘義務に違反した場合。
- (3) 事業者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけたり、著しい不信行為があったとき、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

(事業者からの契約解除)

第 15 条 事業者は、やむを得ない理由がある場合には、30 日以上予告期間において文書で通知することにより本契約を解約することができるものとします。但し、次の事由に該当する場合、文書で通知することにより、直ちに本契約を解約することが出来るものとします。

- (1) 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (2) 第 6 条に基づき利用者が事業者を支払うべき費用を 3 ヶ月以上滞納し、相当期間を定めて督促したにもかかわらず、その期限までに支払いがない場合。

## 第 7 章 その他

(苦情解決)

第 16 条 事業者は、提供したサービスに関する利用者等からの苦情に対して、

苦情を受け付ける窓口等を設置して適切に対処するものとします。

2 事業者は、利用者又は法定代理人等が苦情を申し立てた場合、これを理由とする不当な扱いは一切しないものとします。

(協議事項)

第17条 本契約に定められていない事項について問題が生じた場合、事業者は障害者自立支援法その他諸法令の定めるところに従い、利用者と誠意をもって協議するものとします。

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者及び事業者が記名押印の上、各 1 通を保有するものとします。

平成 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

事業者 所在地 \_\_\_\_\_

( ) 名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

## 重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業重要事項説明書

この重要事項説明書は、川崎市重度入院時コミュニケーション支援事業実施要綱に基づき文章により説明を行うものです。

### 1 事業者の概要

事業者の名称	
法人種別	
事業者の所在地	
代表者名	
電話番号/FAX 番号	

### 2 事業所の種類

事業所の種類	
事業所の目的	
事業所の名称	
事業所番号	
事業開始年月日	
管理者名	
事業所の所在地	
電話番号/FAX 番号	
電子メール	

### 3 サービス内容

事業者は、利用者が入院した際、入院先の病院にコミュニケーション支援員を派遣し、医療従事者等と利用者の意思疎通を図ること及びこれに伴う必要な見守りを行います。

なお、これら以外のサービス内容は対象としません。

### 4 提供するサービス期間及び時間帯

期 間

時間帯

### 5 派遣費用等

#### (1) 派遣費用

上記サービス利用に対しては、川崎市重度入院時コミュニケーション支援事業実施要綱に基づく派遣費用が支給され、事業者が代理受領します。代理受領した額については、利用者に通知します。

(2) サービス利用に係る実費負担額

サービス提供に要する次の費用は、川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱に基づくサービスの対象ではありませんので、実費を頂きます。

項目	説明
ヘルパー市外交通費	市外の病院に派遣を行う場合は、コミュニケーション支援員が訪問するための交通費をお支払いいただきます。

(3) 実費負担額のお支払い方法

前記の費用は1か月毎に計算し、ご請求しますので、翌月〇〇日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

① 当事業所事務所での現金支払

② 下記指定口座への入金

〇〇銀行 〇〇支店 普通〇〇〇〇 社会福祉法人〇〇会

(4) ご利用の中止、変更について

①ご利用予定日の前にご利用者のご都合により、コミュニケーション支援員の派遣を中止又は変更することができます。この場合、派遣実施日の前日〇〇：〇〇までに事業者に出してください。

②サービスの変更・追加は、コミュニケーション支援員の状況により、ご利用者が希望する時間にサービスが提供できないことがあります。その場合、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、必要な調整を致します。

6 サービスの利用方法

(1) 川崎市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業実施要綱に基づく登録の決定を受けた方で、本事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。本事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

(2) サービス利用を希望される場合は、コミュニケーション支援員の派遣について病院に許可をとってください。病院の許可が得られ、サービス利用が決定した場合は契約を締結し、サービスの提供を行います。ご利用者の体調等の理由により、予定されていたサービスが実施できない場合には、ご利用者の同意を得てサービス内容を変更します。ただし、利用前日の〇〇時までの取り消しは無料で行いますが、それ以降は取り消し料として〇〇円を頂きます。さらに当日現地で中止の場合はヘルパーの交通費を実費負担していただきます。

(3) 適切なサービスを提供するために、同意を頂いた上で、ご利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用情報を活用させていただくことがあります。

## 7 サービス実施の記録について

### (1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供毎に、実施日時及び実施したサービス内容等を記録し、利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があれば、いつでもお申し出ください。なお、サービス提供毎の記録は、サービス提供日より5年間保管します。

### (2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。

## 8 本事業所ご利用相談・苦情窓口

受付担当者	
解決責任者	
第3者委員	
受付時間	
電話番号	
F A X	

## 9 緊急時の連絡

サービス提供中にご利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかに連絡します。

### 【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

### 【ご家族緊急連絡先】

氏名	続柄
住所	
電話番号	

私は、本書面に基づいて「社会福祉法人 ○○会」の職員○○○○から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

利 用 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

年 月 日

当事業者は、 \_\_\_\_\_ 様に対する入院時コミュニケーション支援

事業提供にあたり、上記のとおり重要事項について説明いたしました。

事 業 者 所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_