

**地域密着型通所介護及び
介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業
における契約書及び重要事項説明書**

2024年6月1日 改正

医療法人社団喜峰会

デイサービス喜峰

地域密着型通所介護及び 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業契約書

様(以下「利用者」といいます)とデイサービス喜峰(以下「事業者」といいます)は、事業者が利用者に対して行う地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業(以下「サービス」といいます)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、利用者に対し介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、このサービスを提供します。

第2条(契約期間)

- 1 この契約の契約期間は 20 年 月 日から利用者の要介護認定又は要支援認定及び事業対象者(以下「要介護認定等」)の有効期間満了日までとします。
- 2 契約満了の2日前までに、利用者から事業者に対して、文書による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(サービス計画)

- 1 事業者は利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて居宅サービス計画(ケアプラン)に沿った地域密着型通所介護計画または介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業計画(以下「通所介護計画等」という)を作成します。
- 2 事業者は、利用者が通所介護計画等の変更を希望する場合は、事業者に申し入れることができます。その場合、第1条に規定するサービス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、事業者は可能な限り利用者の希望に沿うようにします。

第4条(介護保険の適用を受けないサービスの説明)

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、そのサービス内容及び利用料を説明し、利用者の同意を得ます。

第5条(サービスの提供の記録)

- 1 事業者は、サービスの提供に関する記録をつけることとし、これをこの契約終了後5年間保管します。
- 2 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する第1項サービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。その場合実費相当額は利用者負担とします。

第6条(料金)

事業者が提供する料金等の規定は、重要事項説明書のとおりです。

第7条(利用料の滞納)

- 1 利用者が、正当な理由なく事業者を支払うべき利用料の自己負担分を3ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額の支払いがないときには、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、担当の介護専門員、又は利用者が住所を有する市町村等と連絡をとり、解除後も利用者の健康・生命に支障のないように、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項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもってこの契約を解除することができます。

第8条(サービスの利用の中止及び中止に伴う料金の取り扱い)

- 1 利用者は事業者に対して、サービス利用日当日8:30までに通知することにより、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。
- 2 利用者が前項に規定する期日を過ぎて申し出て、または申し出をせずにサービスの利用を中止したときは、事業者は別紙重要事項説明書で定める食事代を請求することができます。この場合の料金は、第6条の料金の支払いと合わせて請求します。

第9条(食材費等の単価の変更)

- 1 事業者は利用者に対して1ヶ月までに文書で通知することにより、食材費等の単価の変更を申し入れることができます。
- 2 利用者が単価の変更を承諾する場合は、新たな単価に基づく重要事項説明書を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は単価の変更を承諾しない場合は、事業者に対し文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

第10条(契約の終了)

- 1 利用者は、事業者に対して文書で通知をすることにより、いつでもこの契約を解除することができます。
- 2 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して1ヶ月間の予告期間を置いて理由を示した文書で通知をすることにより、この契約を解除することができます。この場合、事業者は利用者が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な処置を講じます。
- 3 事業者は、利用者又はその家族等が事業者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。
- 4 次の事由に該当した場合は、この契約は終了するものとします。
 - ① 利用者が介護保険施設へ入所または医療機関等へ入院をした場合
 - ② 利用者の要介護認定等区分が、非該当(自立)と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡した場合または被保険者資格を喪失した場合
 - ④ 利用者の病状、心身状態が著しく悪化し、適切なサービスの提供が困難とされた場合

第11条(秘密保持)

- 1 事業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその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、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者のおよびその家族の個人情報を用いませ
- 3 事業者は、利用者の医療・介護サービス上必要がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。また、サービス担当者会議においても同様とします。

第12条(賠償責任)

- 1 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。
- 2 利用者が故意または過失により、事業者の設備、備品等に通常の保守管理の限度を超える損害を与えた場合は、利用者は事業者に対してその損害を賠償します。

第13条(相談・苦情対応)

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、自ら提供したサービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速かつ適切に対応します。

第14条(関係機関等との連携)

- 1 事業者はサービスの提供にあたり、介護支援専門員及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。
- 2 事業者は契約締結後にその旨を介護支援専門員・保健師等に速やかに連絡します。
- 3 事業者はこの契約の内容が変更された場合又はこの契約が終了した場合は、その内容を速やかに介護支援専門員・保健師等に連絡します。

第15条(本契約に定めのない事項)

利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行し、この契約に定めのない事項については、介護保険に関する法令その他関係法令の趣旨を尊重し、双方が誠意をもって協議の上定めるものとします。

第16条(裁判管轄)

この契約に関し訴訟が生じた場合の裁判管轄について、利用者及び事業者は、利用者の所在地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることにあらかじめ合意します。

地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 重要事項説明書

地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業の提供にあたり、当事業所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	医療法人社団喜峰会
所在地	愛知県春日井市廻間町字大洞 681 番地 47
代表者名	理事長 岡山 政由
電話番号	0568-88-0568

2 事業所概要

事業所の名称	デイサービス喜峰
指定番号	2372502589
所在地	愛知県春日井市廻間町字地蔵前 632 番地 1
管理者	百瀬 祐司
電話番号	0568-88-6151
サービス提供地区	春日井市内
第三者評価の実施状況	実施の有無:無

3 事業の目的と運営方針

●目的

デイサービス喜峰は、要介護認定者及び要支援状態にある高齢者または事業対象者（以下「利用者」という）の心身の特徴を踏まえて、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、さらに利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介助、その他必要な援助を行うことを目的とします。

●運営方針

事業所の従事者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者・家族の立場に立ったサービスの提供に努めます。サービスの実施に当たっては、関係市町村、地域包括センター、居宅介護事業所、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスに努めるものとします。

4 職員体制

- ・管理者 1名
 - ・生活相談員 1名以上(常勤換算)
 - ・看護職員 1名以上(常勤換算)
 - ・介護職員 2名以上(常勤換算)
 - ・機能訓練指導員 1名以上
 - ・管理栄養士 1名以上
- 生活相談員又は介護職員のうち、1名以上は常勤とする

5 営業時間及びサービス提供日

営業時間 8:15～17:00

サービス提供日・時間 月～土(ただし、年末年始を除く) 9:00～16:10

6 利用定員

サービスの利用定員 18名

7 サービス内容

サービス内容は、居宅サービス計画に基づいてサービスを行うものとします。ただし緊急を要する場合には、居宅サービス計画作成前であってもサービスを利用できるものとして次に掲げるサービスから利用者が選定したサービスを提供します。

- ・身体介護に関すること
日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。
- ・入浴に関すること
家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。
- ・食事に関すること
配食、給食を希望する利用者に対して、必要な給食サービスを提供します。
- ・機能訓練に関すること
体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本動作を獲得するための訓練を行います。
- ・口腔ケアに関すること
口腔衛生、摂食、嚥下機能に関しての課題に対して必要なサービスを行います。
- ・栄養改善サービスに関すること
栄養状態に関する課題に対して必要なサービスを提供します。
- ・アクティビティ・レクサービスに関すること
利用者が生きがいのある快適で豊かな日常生活を送れることができるようサービスを提供します。
- ・送迎に関すること
送迎を必要とする利用者に対して送迎サービスを提供します。
- ・相談・助言に関すること
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ・健康状態の確認に関すること
来所時に脈拍、血圧、体温等の観察を行い、活動中も留意し安全なサービスを提供します。
※なお入浴を開始するにあたっては、医師の意見書等により安全を確認します。
※利用日はご自宅でも健康チェックを行ってください。風邪、病気の際はサービスをお断りすることがあります。当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合にはサービスの内容を変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上対応します。
※利用期間中に与薬が必要な場合は、職員が管理します。薬の説明書(写し)も一緒に預けてください。

8 指定居宅介護支援事業者との連携

- (1) サービスの提供にあたっては、利用者にかかる指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議を通じて情報の把握に努めます。
- (2) サービスの利用方法、内容の変更希望があった場合は担当の指定居宅介護支援事業者に連絡するとともに、綿密な連携に努めます。

9 個別援助計画の作成

- (1) サービスの提供を開始する際には、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている状況並びに家族等介護者の状況を十分把握し援助計画を作成します。また、すでに居宅サービス計画や介護計画が作成されている場合は、その内容と整合を図りつつ援助計画を作成します。
- (2) 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業計画(以下、「通所事業計画」という)の作成・変更の際には、利用者または家族に対して、該当計画の内容を説明し同意を得て通所事業計画を交付します。
- (3) 利用者に対し、通所介護計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理評価を行います。

10 利用料

介護保険の適用を受ける場合、介護報酬告示上の額又は春日井市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定された額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

【地域密着型通所介護】(1 単位につき 10.27 円)

5 時間以上 6 時間未満	
要介護1	657 単位/日
要介護2	776 単位/日
要介護3	896 単位/日
要介護4	1,013 単位/日
要介護5	1,134 単位/日
7 時間以上 8 時間未満	
要介護1	753 単位/日
要介護2	890 単位/日
要介護3	1,032 単位/日
要介護4	1,172 単位/日
要介護5	1,312 単位/日
各種加算	
入浴介助加算(Ⅰ)	40 単位/日
入浴介助加算(Ⅱ)	55 単位/日
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56 単位/日
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76 単位/日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20 単位/月
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	100 単位/月
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 単位/回(月 2 回まで)
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 単位/回(月 2 回まで)
栄養改善加算	200 単位/回(月 2 回まで)
栄養アセスメント加算	50 単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)※1	20 単位/回(6ヶ月に1回)
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)※2	18 単位/日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)※2	所定単位数に 9.2%を乗じた単位数で算定

【介護予防通所介護相当サービス】(1 単位につき 10.27 円)

5 時間以上 6 時間未満		
通所型サービス ア(ア)	1 週当たりの回数を定める場合	1,798 単位/月
通所型サービス イ(ア)	1 月当たりの回数を定める場合	436 単位/回
通所型サービス ア(イ)	1 週当たりの回数を定める場合	3,621 単位/月
通所型サービス イ(イ)	1 月当たりの回数を定める場合	447 単位/回
各種加算		
送迎減算	通所型サービス イの場合	▲47 単位/片道
	通所型サービス ア(ア)の場合	▲376 単位/月
	通所型サービス ア(イ)の場合	▲752 単位/月
生活機能向上グループ活動加算		100 単位/月
生活機能向上連携加算(Ⅱ)		200 単位/月
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150 単位/月

口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 単位/月	
栄養改善加算	200 単位/月	
栄養アセスメント加算	50 単位/月	
一体的サービス提供加算	480 単位/月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)※1	20 単位/回(6ヶ月に1回)	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)※1	5 単位/回(6ヶ月に1回)	
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	
事業所評価加算※3	120 単位/月	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)※2	要支援1相当の事業対象者	72 単位/月
	要支援2相当の事業対象者	144 単位/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)※2	所定単位数に 9.2%を乗じた単位数で算定	

【介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(緩和型サービス)】(1 単位につき 10 円)

2 時間		
緩和した基準によるサービス費	週1回利用	356 単位/回(上限 1,616 単位)
	週2回利用	356 単位/回(上限 2,971 単位)
各種加算		
送迎減算	▲27 単位/片道	
自立支援評価加算	50 単位/月	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)※2	所定単位数に 8.0%を乗じた単位数で算定	

【利用者負担金】

法定代理受理の場合は上記金額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合(利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担率による)

※1 ご利用者様の状態やニーズに基づき算定するため、算定時には別途ご連絡致します。

※2 区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※3 事業所評価加算の算定基準に適合している場合に算定されます。

介護保険給付対象外サービスの利用料(消費税込み)

食事代	450 円/食
おやつ代	100 円/回
雑費	100 円/日
おむつ代	100 円/枚
尿とりパット代	50 円/枚
リハビリパンツ代	150 円/枚
通常の事業の実施地域を越える場合の交通費	300 円/km
通常時間を超える時間帯利用料	500 円/30 分
その他の費用	実費

実費となる費用については、利用者、または家族に対して、サービスの内容及び費用について文章で説明を行います。

11 利用料支払方法

- ① 月ごとの清算とし、翌月 27 日(金融機関休業日の場合は翌営業日)に口座振替にてお支払いいただきます。
- ② 口座振替について、通帳への記載は「デイサービスキホウ」となります。諸事情により振替ができなかった場合は、翌月に2ヶ月分まとめて引き落としになる場合があります。

- ③ お支払い確認後に領収書を発行いたします。

12 キャンセル

利用者が利用をお休みするときは当日 8:30 までにご連絡ください。(連絡先 0568-88-6151)
悪天候等によりサービスが安全に提供できない場合は休みとなることがあります。その場合は事業所より連絡をいたします。

13 金銭・貴重品の管理

通常の活動に金銭は必要ありません。金銭・貴重品はお持ちにならないようにお願いします。

14 虐待の防止のための措置に関する事項

- ① 事業者は、虐待等に対する相談窓口を設置し、利用者の人権の擁護・虐待等の防止に努めます。
- ② 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等利用者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに利用者が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な処置を講じます。
- ③ 虐待防止の為に指針の整備をします。
- ④ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。
- ⑤ 虐待防止の為に研修会を定期的に実施します。

15 身体拘束に関する事項

- ① 利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わないものとします。
- ② 身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

16 サービス利用にあたっての禁止事項について

利用者様、ご家族様、関係者等において、次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

- ① 従業者に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- ② パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為。
- ③ サービス利用中に従業者の写真や動画撮影、録音などを無断で SNS などに掲載すること。

17 苦情申立・虐待相談窓口

窓口: デイサービス喜峰 担当: 百瀬 祐司

電話 0568-88-6151 受付時間 平日 8:15~17:00

愛知県国民健康保険連合会 介護保険室 電話 052-971-4165

春日井市役所 介護・高齢福祉課 電話 0568-85-6921

小牧市役所 長寿保険課 電話 0568-76-1153

18 非常災害時の対応

防災管理についての責任者を定め、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から火災・風水害・地震等の自然災害並びに感染症に対処するため、事業継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練(シミュレーション)を年に2回以上、実施します。

19 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、直ちに利用者の家族、居宅介護支援事業所または地域包括支援センター等に連絡するとともに、応急手当等必要な措置を施し、関係市町村へも連絡します。

20 緊急時の対応方法

利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合において、利用者の主治医又は事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

家族または緊急連絡先に繋がらない場合、事業所の判断で医療機関への受診をして頂く場合があります。その際の費用は利用者または利用者の家族にお支払いいただきます。

【協力医療機関】

名 称	東海記念病院
所 在 地	愛知県春日井市廻間町字大洞 681 番地 47
電 話 番 号	0568-88-0568
入 院 設 備	有
緊 急 指 定	有
契約の概要	当事業所と同一法人

【利用者の主治医】

氏 名

名 称

電話番号

【緊急連絡先】

氏 名

住 所

電話番号

勤 務 先

勤務先電話番号

デイサービス喜峰の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者及び事業所の双方が署名の上、それぞれが 1 通ずつを保管するものとします。また、その提供にあたり、利用者に対し本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

契約締結日 20 年 月 日

事業者

名 称 医療法人社団喜峰会 デイサービス喜峰(指定番号 2372502589)

住 所 愛知県春日井市廻間町字地蔵前 632 番地 1

代表者 岡 山 政 由

重要事項説明者

説明者職名 氏名

私は、当事業所の利用契約内容、および重要事項の説明を受け、デイサービス喜峰の提供開始に同意します。

<利用者>

住 所

氏 名

<家族代表>

住 所

氏 名

(利用者との続柄:)

私は、本人の契約意志を確認し、署名を代行します。

(代理人)

住 所

氏 名

(利用者との関係:)

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 個人情報を利用する目的

- (1)介護サービスの提供 を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2)上記(1)のほか、主治医、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3)現に介護サービスの提供を受けている場合で、本人が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- (4)市町村や保健所の実施する保健福祉サービスとの連携を強化し総合的な在宅療養を実施する場合。
- (5)医療関係実習生受け入れ時にカルテの開示、情報提供、訪問の同行をする場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1)居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2)病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)
- (3)担当地域の市役所又は保健所
- (4)実習を委託している教育機関

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1)個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払います。
- (2)個人情報を使用した会議等、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

5 広報活動等での個人情報利用について

上記以外に、デイサービス喜峰広報活動のためホームページ・広報誌・パンフレット・SNSなどに活動の様子の写真や動画を掲載することがあります。

【 広報媒体への写真や動画の掲載に 同意する / 同意しない 】

以上

20 年 月 日
デイサービス喜峰

<利用者>

住 所
氏 名

<家族代表>

住 所
氏 名
(利用者との続柄)

(代理人)

住 所
氏 名

(利用者との関係:)