

通所介護サービス契約書

様（以下、「利用者」といいます）と、デイサービスセンター こもれびの家（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う通所介護サービスについて、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通所介護サービスを提供し、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 令和 年 月 日 から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（通所介護計画）

事業者は、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「通所介護計画」を作成します。事業者はこの「通所介護計画」の内容を利用者およびその家族に説明します。

第4条（通所介護の提供場所・内容）

1. 通所介護の提供場所はデイサービスセンター こもれびの家です。所在地及び概要は【重要事項説明書】の通りです。
2. 事業者は、第3条に定めた通所介護計画に沿って通所介護サービスを提供します。
3. 利用者は、サービス内容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。その内容を検討し変更できる場合は変更します。

第5条（サービス提供の記録）

1. 事業者は、サービス提供記録を作成し、この契約の終了後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することができます。
3. 利用者は、第1項のサービス提供記録の複写物の交付を受けることができます。但し、記録の複写物にかかる費用については【重要事項説明書】に定める料金を利用者が支払います。

第6条（料金）

1. 利用者は、サービスの対価として【重要事項説明書】に定める利用単位毎の料金を基に計算された月毎の合計金額を支払います。
2. 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月10日頃に利用者へ送付します。

3. 利用者は、当月料金の合計額を翌月 20 日までに事業者の指定する方法で支払います。

第 7 条 (サービスの中止)

1. 利用者は、事業者に対してサービス実施日の 8 時 30 分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。
2. 利用者が、サービス実施日の 8 時 30 分時までに通知することなくサービスの中止を希望した場合は、事業者は利用者に対して、【重要事項説明書】に定める料金をキャンセル料として請求することができます。この場合の料金は第 6 条に定める他の料金の支払いと合わせて請求します。
3. 事業者は、利用者の体調不良等、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。

第 8 条 (料金の変更)

1. 事業者は利用者に対して、1 ヶ月前までに文書で通知することにより、利用料および食事等の、料金の変更(増額または減額)を申し入れることができます。
2. 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく【重要事項説明書】を作成し、お互いに取り交わします。

第 9 条 (契約の終了)

1. 利用者は事業者に対して、1 週間の予告期間に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、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。
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 ヶ月間の予告期間において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。
3. 次の事由に該当した場合は、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。
 - 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 事業者が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業者が利用者やその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
 - ④ 事業者が破産した場合
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。
 - ① 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
 - ② 利用者またはその家族等が、事業者やサービス従業者または利用者に対して、この契約を継続し難いほどの迷惑行為、背信行為を行った場合
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。
 - ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)又は要支援と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡した場合

第 10 条（秘密保持）

1. 事業者、および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およ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、利用者の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議において、情報を共有するために個人情報をサービス担当者会議で用いることを、本契約をもって同意とみなします。

第 11 条（賠償責任）

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は、利用者に対してその損害を賠償します。

第 12 条（緊急時の対応）

事業者は、現に通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、医療機関に協力要請を取るなど必要な措置を講じます。

第 13 条（連携）

事業者は、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、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、通所介護に関する利用者の要望、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）

1. 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。
2. 本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、双方が誠意を持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、利用者と事業者は、事業者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることに予め合意します。

通所介護、介護予防通所介護重要事項説明書

1 通所介護事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人新生十全会
代表者名	理事長 赤木 博
所在地・連絡先	(住所)京都市伏見区日野西風呂町5番地 (電話)(075)572-0634 (FAX)(075)572-0635

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	デイサービスセンター こもれびの家
所在地・連絡先	(住所)京都市伏見区日野西風呂町5番地 (電話)(075)572-0554 (FAX)(075)572-0367
事業所番号	2670917216
管理者の氏名	飯田 千佳子
利用定員	25名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分				常勤換算後 の人数(人)	職務の 内容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	非専従	専従	非専従		
管理者	1	0	1	0	0	0.2	従業員の管理、利用者の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握等
生活相談員	3	0	3	0	0	1.2	利用者の生活の向上を図るため適切な相談援助等
介護職員	7	1	2	4	0	4.0	通所介護における介護等の総合的な提供
看護職員	3	0	0	2	1	1.1	
機能訓練指導員	5	1	3	0	1	1.7	
事務職員等	0	0	0	0	0	0	

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)
生活相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)
介護職員	8:30~17:30
看護職員	8:30~17:00
機能訓練指導員	8:30~17:00

(4) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	京都市伏見区(日野、春日野、石田、醍醐、北醍醐、醍醐西、池田、池田東、小栗栖、小栗栖宮山)、宇治市(木幡、御蔵山)
------------	---

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日等

営業日	営業時間
月曜日~土曜日	8:30~17:00
サービス提供時間	9:00~15:30
営業しない日	日曜日・12月30日~1月3日

3 サービス内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

A サービス内容

種類	内容
食事	(食事時間) 12:00~13:00 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 食事サービスの利用は任意です。
入浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 〈当事業所の保有するリハビリ器具〉 手押し車1台、車いす 2台、トルニグ マット1台
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	ご自宅から事業所までの送迎を行います。

1 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の 1 割(一定以上の所得のある方は 2 割または 3 割)が利用者様の負担額となります。

・通所介護(当事業所の事業所規模である通常規模の場合)

サービス内容	6時間以上7時間以内			
	サービス利用料金	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
要介護1	6102円/日	610円/日	1220円/日	1830円/日
要介護2	7200円/日	720円/日	1440円/日	2160円/日
要介護3	8318円/日	831円/日	1663円/日	2495円/日
要介護4	9415円/日	941円/日	1883円/日	2824円/日
要介護5	10533円/日	1053円/日	2106円/日	3159円/日

・通所介護加算項目

サービス内容	サービス利用料金	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
入浴介助加算Ⅰ	418円/回	41円/回	83円/回	125円/回
入浴介助加算Ⅱ	574円/回	57円/回	114円/回	172円/回
サービス提供体勢強化加算Ⅰ	229円/回	22円/回	45円/回	68円/回
個別機能訓練加算Ⅰイ	585円/回	58円/回	117円/回	175円/回
個別機能訓練加算Ⅰロ	794円/回	79円/回	158円/回	238円/回
個別機能訓練加算Ⅱ	209円/月	20円/月	41円/月	62円/月
科学的介護推進体制加算	418円/月	41円/月	83円/月	125円/月

※下記の事を行った場合入浴加算Ⅱと個別機能訓練加算Ⅰロが適応となります。

入浴加算Ⅱ⇒自宅の浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価している事。

個別機能訓練加算Ⅰロ⇒機能訓練指導員 2 名以上配置された時間帯に訓練を受けた場合

*介護職員処遇改善加算(1)所定単位数の 9.2%を加算

・介護予防通所介護(入浴有、無により月額料金が違います)

サービス内容	原則3時間以上(入浴有)			
	サービス利用料金	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
要支援1	18789円/月	1878円/月	3757円/月	5636円/月
要支援2	37839円/月	3783円/月	7567円/月	11351円/月

サービス内容	原則3時間以上(入浴無)			
	サービス利用料金	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
要支援1	16699円/月	1669円/月	3339円/月	5009円/月
要支援2	33659円/月	3365円/月	6731円/月	10097円/月

*週に1回の利用に限り、要支援2の方も要支援1の方と同等の利用料金が適用されます。

・介護予防型通所介護加算項目(サービス提供体勢強化加算Ⅰ)

サービス内容	サービス利用料金	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
要支援1	919円/月	91円/月	183円/月	275円/月
要支援2	1839円/月	183円/月	367円/月	551円/月

*介護職員処遇改善加算(1)所定単位数の9.2%を加算

- 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
- サービス提供記録物の複写物にかかる費用は1枚11円(税込)とします。

(2)介護保険給付対象外サービス

○ 食事代(昼食、おやつ、喫茶)の提供に要する費用

790 円が必要となります。(内訳:昼食 690 円 おやつ 100 円)

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

パッド…100 円 パット…50 円

○ 通常の事業の実施地域外の送迎費

通常の事業の実施地域を超えて行う事業に要した費用は、通常の実施地域を超えた地点から片道 1 キロメートルあたり 100 円徴収します。

○ クリーション費用

通所介護サービスの中で提供されるクリーション費用に必要な費用を実費で頂きます。その際は必ず事前に書面にてお知らせ致します。

○ キャンセル料

利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の午前8時30分までに 連絡があった場合	無 料
利用日の午前8時30分までに 連絡がない場合	790円(食事代)

(3)利用料等のお支払方法

毎月、10 日頃に前月分の請求させていただき、20 日に口座より自動振替となります。

20 日が土、日、祝日に場合はその翌日引き落としとなります。

ただし、口座自動振替の手続き完了までは、事業者の指定する口座へ振り込む方法でお支払いください。

みずほ銀行京都中央支店

普通預金口座(口座番号 2115779)

口座名義

医療法人新生十全会 なごみの里病院 理事長 赤木 博

〒604-8501 京都市南区上田町八丁目

707-1

※入金確認後、領収証を発行します。

4 事業所の特色等

(1)事業の目的

医療法人新生十全会が開設する「医療法人新生十全会 デイサービスセンター こもれびの家」が行う指定通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態(介護予防にあつては要支援状態)にある要介護者(要支援者)に対し、適切な通所介護(介護予防通所介護)サービスを提供することを目的とする。

(2)運営方針

- 1 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めるものとする。
- 2 指定通所介護事業所の従業者は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことによって、利用者の社会的孤立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及び精神的負担の軽減を図るものとする。
- 3 指定介護予防通所介護事業所の従業者は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- 4 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及びその他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- 5 前 4 項のほか、「京都市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例(平成 25 年 1 月 9 日京都市条例第 39 号)」及び「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生労働省第 37 号)」及び「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成 18 年厚生労働省令第 35 号)」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

(3)その他

事項	内容
(介護予防)通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、利用者様の直面している課題等及び利用者様の希望を踏まえて、(介護予防)通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面(サービス報告書)に記載して利用者様に説明のうえ交付します。
従業者研修	年2回、通所介護業務の研修を行っています。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者様相談窓口	窓口責任者 飯田 千佳子 ご利用時間 8:30~17:30 ご利用方法 電話(075-572-0554) 苦情箱 事務所窓口に設置
当法人相談窓口	窓口責任者 中川 正之 ご利用時間 9:00~18:00 ご利用方法 電話(075-572-0634)
伏見区役所醍醐支所 保健福祉部健康長寿推進課	受付時間:月曜日~金曜日 8:30~17:00 電話番号:075-571-0003
宇治市介護保険課	電話番号:0774-22-3141
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間:月曜日~金曜日 9:00~17:00 電話番号:075-354-9090

6 緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、市町村、当該利用者の家族及び当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行います。事業所は、事故の状況や事故に際して採った処置について記録するとともに、事故発生の原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に則り対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める消防計画に則り年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	なし	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	なし
	誘導灯	2箇所	火災報知器	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	伏見消防署への届出日:平成27年12月25日 防火管理者:逢坂 拓平			

8 衛生管理等について

- (1) 事業所は、従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行っています。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において、感染症等の発生を防止するための措置等について、必要に応じて医療衛生企画課の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

9 虐待防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しています。
- (4) 上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者 管理者 飯田千佳子
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護するもの)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、速やかにこれを市町村に通報します。

10 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
 - 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
 - 所定の位置以外は禁煙です。
 - 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
 - 所持金品は、自己の責任で管理してください。
 - 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 高齢者福祉サービス事業所などにおける第三者評価の実施は行っておりません。
 - 食べ物の持ち込みやおやつ等を他の御利用者に渡さないでください。

(運営方針追加項目)

- ① 感染症対策強化⇒年 1 回、委員会の開催、指針の設備、研修の実施、訓練の実施
- ② ハラスメント対策強化⇒男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策の実施
- ③ 高齢者虐待防止の推進⇒年に 1 回虐待の発生・再発の防止の為に委員会の開催、指針の設備、研修の実施
- ④ 業務継続の取り組みの強化⇒年に 1 回事業継続計画の策定、研修の実施、訓練の実施
- ⑤ 会議や多職種連携における ICT の活用⇒利用者が参加せず、医療・介護の関係者のみの場合、テレビ電話等での実施、利用者等が参加する場合、利用者等の同意を得て、必要に応じて活用する

デｲｯﾍﾞﾙｽｸﾀｰｺﾓﾚﾋﾞﾉ家ﾉ利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者が署名(押印・契印・割印不要)、事業所が記名押印(契印・割印不要)の上、1通ずつ保有するものとします。

説明年月日:令和 年 月 日

事業者 住所 京都市伏見区日野西風呂町5番地
事業者(法人)名 医療法人新生十全会
事業所名 デｲｯﾍﾞﾙｽｸﾀｰ ｺﾓﾚﾋﾞﾉ家
事業所番号 2670917216
代表者名 理事長 赤木 博 印

説明者 職名
氏名

私は、重要事項説明書に基づいて通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

利用者本人 住所

氏名

(署名・法定)代理人 住所

氏名

個人情報使用同意書

利用者、利用者家族、関係者の個人情報については、以下に記載するとお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 使用する目的

- (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設等に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供

2 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3 使用する期間

契約で定める期間

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当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うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

5 肖像権について

当法人のホームページ・パンフレット・チラシ・掲示板・広告紙などにおいて、ご利用者様の写真・映像を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する

同意しない

医療法人新生十全会 ティサービスセンター こもれびの家

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

<家族>

住所

氏名

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住所

氏名