

打田友愛 デイサービスセンター

通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業(第1号通所事業)

契約書

氏名 様

様(以下、「利用者」といいます)と社会福祉法人皆樂園 打田友愛デイサービスセンター (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、介護予防・日常生活支援総合事業 (第1号通所事業) (以下、「通所介護等」といいます)の利用等について、以下のとおり契約を締結します。

○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、また利用者の生活機能の維持又は向上をめざして支援することを目的として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令和__年__月__日から利用者の要介護認定、要支援認定、事業対象者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、文書により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(個別サービス計画の作成及び変更)

- 1 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、利用者の居宅サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。個別サービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得、交付します。
- 2 事業者は、計画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。

○第4条(通所介護等の内容及びその変更)

- 1 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用する設備、サービスの内容、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、当該変更が居宅サービス計画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、利用者が居宅サービス計画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。

○第5条(サービスの提供の記録)

- 1 事業者はサービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後5年間保管します。
- 2 利用者は、事業の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧及び複写物の交付を受けることができます。

○第6条(料金)

- 1 利用者は、事業者からサービスの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方法は、【重要事項説明書】のとおりです。

○第7条(料金の変更)

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。

○第8条(サービスの中止)

事業者は、利用者の体調不良等の理由により、サービスの実施が困難と判断した場合、中止することができます。この場合の取り扱いについては【重要事項説明書】に記載したとおりです

○第9条(契約の満了)

1 利用者は事業者に対して、一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、利用者の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が一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、一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 利用者の契約料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず10日以内に支払われない場合。
- ② 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
- ③ 利用者またはその家族が事業者やサービス従業者、または他の利用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。

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等に入所した場合
- ② 利用者の要介護状態区分等が非該当(自立)と認定された場合
- ③ 利用者が死亡した場合

○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、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。

3 事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いませぬ。

○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(相談・苦情対応)

事業者は、利用者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、通所介護等に関する利用者の要望、苦情等に迅速に対応します。

○第13条(連携)

事業者は、通所介護等の提供にあたり、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(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 この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15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を予め合意します。

○第16条(重要事項説明書)

本契約の他、別紙の【重要事項説明書】に示されていることについても本契約に含まれていることとし、利用者は【重要事項説明書】の内容を理解します。

以上のとおり、通所介護等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、事業者が署名・押印の上、各自1部ずつ保有します。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

事業所名	打田友愛デイサービスセンター
住所	和歌山県紀の川市畑野上 272 番地
代表者職・氏名	社会福祉法人皆樂園 理事長 榎本 茂樹
	印

利用者

住所	
氏名	印

(代理人)

住所	
氏名	(続柄) 印

打田友愛 デイサービスセンター

通所介護、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

氏名 _____ 様

様に対するサービス開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は以下の通りです。

1. 当法人の概要

事業者の名称	社会福祉法人皆楽園
法人本部所在地	和歌山県岩出市西国分668番地
代表者役職・氏名	理事長 榎本 茂樹
電話番号	0736-63-0250

2. 打田友愛デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所の名称	打田友愛デイサービスセンター
サービスの種類	通所介護 介護予防・日中生活支援総合事業（第1号通所事業）
所在地	和歌山県紀の川市畑野上272番地
電話番号	0736-77-1881
介護保険指定番号	3071200475
実施単位・利用定員	1単位・30人
サービスを提供する対象地域	紀の川市（旧打田町）

(2) 事業所の設備

食堂兼機能訓練室	1室	静養室	1室
浴室（一般浴・特浴）	各1室	事務室	1室
休憩室	1室	相談室	1室

3. 事業の目的・運営の方針

(1) 事業の目的

利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営む事ができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごす事が出来るよう、サービスを提供する事を目的とします。

(2) 運営の方針

事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の状態の軽減や悪化の防止、もしくは状態の悪化予防の為に適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービス内容

事業者が設置する事業所(デイサービスセンター)に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話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を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月～土
営業時間	午前8：30～午後5：30
サービス提供時間	午前9：00～午後5：00（送迎時間を除く）
定休日	日（他、休業日 年始1日～年始3日）

6. 利用料

(1) 第1号通所事業(現行の通所介護相当サービス)利用料

要支援1・事業対象者	1,798
要支援2	3,621

基本単価に入浴・送迎含む

送迎を行わない場合	-47(片道)	
口腔機能向上加算(I)	150	
若年性認知症利用者受入加算	240	
サービス提供体制強化加算(II)	要支援1・事業対象者	72
	要支援2	144

基本単価、各加算は1月の単価となります

(2) 通所介護利用料

通常規模型 通所介護	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	272	370	388	570	584	658	669
要介護2	311	423	444	673	689	777	791
要介護3	351	479	502	777	796	900	915
要介護4	392	533	560	880	901	1,023	1,041
要介護5	432	588	617	984	1008	1,148	1,168

基本単価に送迎含む

入浴介助加算(I)	40
個別機能訓練加算(Iイ)	56
サービス提供体制強化加算(II)	18
若年性認知症利用者受入加算	60
送迎を行わない場合	-47(片道)

基本単価、各加算は1回の単価となります

介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数合計の5.9%加算
介護職員等特定処遇改善加算(I)	所定単位数合計の1.2%加算
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数合計の1.1%加算
中山間地域に居住する者へのサービス提供加算 (実施地域旧打田地区以外対象)	所定単位数の5%加算

※ 地域区分ごと報酬単位 1単位あたり10円

※ 負担割合証に記載のある割合に応じた額を支払うものとする。

(3) その他費用

食材料費及び調理に係る費用	1食 550円
---------------	---------

(4) キャンセル料

利用日の前日 17:00までに ご連絡いただいた場合	無料
利用日の前日 17:00までに ご連絡がなかった場合 ※ 休日の翌営業日は当日の9時までとなります。	食費相当 550円ご負担

(5) 支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払い方法は、原則として口座振替のみです。

7. 事業所の職員体制

(1) サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供担当職員は下記のとおりです。ご不明な点、ご要望等、何でもお申し出ください。

管理者・生活相談員の氏名	下絵図 順弘
生活相談員の氏名	松野 真希

(2) 職員体制

令和6年4月1日現在

従業者の職種	常勤	非常勤	兼務有無	業務内容
管理者	1名		有	事業所の従業員の管理及び業務の管理
生活相談員	3名		有	利用に関する調整、利用者の生活相談、レクリエーション等を通じての機能訓練等を行う
看護職員	2名	名	有	利用者の健康チェックや健康相談等
介護職員	6名	2名	有	日常介護業務等
機能訓練指導員	2名	1名	有	心身の機能の減退を防止するための訓練を行う

8. 健康上の理由による中止

- ・風邪、病気の際はサービスの提供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、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

・緊急連絡先

氏名.....

住所.....

電話番号.....

続柄.....

・主治医

病院名または診療所名.....

医師名.....

サービスを中止した場合、ご希望の日に振り替えることができます。

ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承下さい。

9. 事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、万全の体制でサービス提供にあたりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご契約者及びその家族等にご連絡するとともに、事故に遭われた方への救済、事故拡大の防止などの必要な措置を講じます。また、ご契約者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに対応致します。
- (2) サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

10. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当センターご利用者相談・苦情担当

打田友愛デイサービスセンター

(電話番号) 0736-77-1881 (FAX) 0736-77-1882

(担当者) 相談担当 下絵図 順弘

(2) その他

当センター以外に、市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

紀の川市 高齢介護課 電話 0736-77-0980

和歌山県国民健康保険団体連合会 電話 073-427-4662

11. サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行います。

①実施 (している・して~~いない~~)

②実施した直近の年月日

③第三者評価機関名

④評価結果の開示状況

12. 非常災害対策

管理者は打田友愛デイサービスセンター消防計画に準拠し、災害、水害その他の非常災害による被害を防止するため、必要な設備の維持管理及び対策を講じる。

13. サービス利用にあたっての留意事項

(送迎時間)

道路事情、前後利用者の都合等により、送迎時間にずれが生じる事があります。

(金銭・貴重品の管理)

原則としてご利用者の責任において管理して頂きますが、必要以上の金銭・貴重品の持ち込みについてはご遠慮下さい。

(喫煙)

事業所敷地内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(設備、器具の利用)

本来の用途に従ってご利用下さい。これに反しての破損等につきましては、弁償していただく場合がございます。

— — — — — 契約をする場合は以下の確認をすること — — — — —

令和 年 月 日

通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）のサービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

事業所名 打田友愛デイサービスセンター

住所 和歌山県紀の川市畑野上 272 番地

代表者職・氏名 社会福祉法人皆楽園

理事長 榎本 茂樹 印

説明者職・氏名 管理者 下絵図 順弘 印

私は、本書面により、事業者から上記の重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 (続柄) 印