



櫻灯会  
o u t o u k a i

様

地域密着型通所介護契約書  
第1号通所事業契約書

社会福祉法人 櫻灯会

デイサービスセンター ほのか武蔵村山



## 地域密着型通所介護（第1号通所事業）契約書

様（以下、「利用者」といいます）とデイサービスセンターほのか武蔵村山（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（第1号通所事業）について、次のとおり契約します。

### 第1条（契約の目的）

1. 事業者は、利用者に対し、介護保険法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出来るよう地域密着型通所介護（第1号通所事業）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または要支援認定の有効満了日までとします。
- 2 契約満了の7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（地域密着型通所介護計画・第1号通所事業計画）

- 1 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、「居宅サービス計画（介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメント）」に沿って「地域密着型通所介護計画（第1号通所事業計画）」を作成します。事業者はこの「地域密着型通所介護計画（第1号通所事業計画）」の内容を利用者および家族に説明します。
- 2 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合は、事業者に申し出ることができます。その場合、事業者は、速やかに担当の介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

### 第4条（サービスの提供の記録）

- 1 事業者は一定期間ごとに、サービス提供の状況、目標等の達成状況等を評価し、その結果を書面に記録することし、これを契約終了後2年間保管するものとします。
- 2 事業者は前項の記録を利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付するものとします。

### 第5条（利用者負担金及び支払方法）

- 1 事業者が提供するサービスに対する利用者負担金及びその支払方法は、別紙「重要事項説明書」に記載するとおりとします。

### 第6条（サービスの中止）

- 1 利用者は、事業者に対してサービス提供日の前日午後5時まで（前日が日曜日の場合は金曜日の午後5時まで）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 利用者が前日の午後5時までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業者は利用者に対して重要事項説明書に定める計算方法により、料金の全部又は一部を請求することができます。
- 3 事業者は、利用者の体調不良などの理由により、地域密着型通所介護の実施が困難と判断した場合はサービスを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7条（契約の終了）

- 1 利用者は、事業者に対して1週間前までに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。但し、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契約終了希望日の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 次の事由に該当した場合、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がなく、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。
- 3 次の事項に該当した場合は、事業者はその理由を記載した文章を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るものとします。
  - 1 利用者負担金の支払が、2ヶ月以上遅延し、支払の催告をしたにもかかわらず2週間以内に支払われない場合。
  - 2 利用者の著しい不信行為により、契約の継続が困難となった場合。
  - 3 利用者の行動が他の利用者の生命、または健康（身体及び精神）に重大な影響を及ぼす恐れがあり、事業所において十分な介護を尽くしても、これを防止できない場合。
- 4 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了するものとします。
  - 1 利用者が介護保険施設等に入所した場合。
  - 2 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
  - 3 利用者が死亡した場合。

#### **第8条（料金の変更）**

- 1 事業者は、利用者に対して、事前に文書で通知することにより利用単位毎の料金および食材費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。

#### **第9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、利用者およびそ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、利用者及びその家族の個人情報を用いません。

#### **第10条（損害賠償）**

- 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は、利用者に対して損害を賠償します。

### 第11条（緊急時の対応）

1. 事業者は、現に地域密着型通所介護（第1号通所事業）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、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

### 第12条（連携）

1. 事業者は、地域密着型通所介護（第1号通所事業）の提供にあたり、介護支援専門員等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。
2. 2 事業者は、利用者と契約を結んだ場合はこの契約書の写しを必要であれば介護支援専門員等に送付します。
3. 3 事業者は、この契約の内容が変更された場合または契約が終了した場合は、その内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員等に送付します。なお第9条2項または4項に基づいて、解約通知をする際は、自前に介護支援専門員等に連絡します。
4. 事業者は、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
5. 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね6ヶ月に1回以上運営推進会議を開催します。
6. 運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

### 第13条（相談・苦情対応）

1. 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、地域密着型通所介護（第1号通所事業）に関する利用者の要望、苦情などに対し、迅速かつ適切に対応します。

### 第14条（信頼誠実の原則）

1. 利用者および事業者は、信頼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遵守し、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）

1. この契約に関してやむをえず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、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合意します。
2. 上記の契約を証するため本通二通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、一通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者<住所> 東京都武蔵村山市残堀2-32-5  
<事業者名> 社会福祉法人 櫻灯会  
デイサービスセンター ほのか武蔵村山  
  
<管理者> 小嶺 健

契約者  
《住所》 \_\_\_\_\_  
《氏名》 \_\_\_\_\_  
ご家族  
《住所》 \_\_\_\_\_  
《氏名》 \_\_\_\_\_  
ご関係 ( \_\_\_\_\_ )

(第9条の規定における情報提供に関する同意について)

第9条の規定を理解し、介護保険制度上必要な機関に対し、その情報を提供することに対して同意します。

《氏名》 \_\_\_\_\_  
《ご家族氏名》 \_\_\_\_\_

①使用目的

- ・利用者のサービス計画を立案し、円滑にサービス提供を行うために開催するサービス担当者会議における情報提供。
- ・介護支援専門員等、サービス事業所との連絡調整において必要な場合。
- ・サービス提供に関して主治医又は保険者の意見を求める必要がある場合。

②使用にあたっての条件

- ・情報の提供は必要最小とし、関係する者以外の者に漏れることのないよう十分注意する。
- ・情報を使用した会議の内容や相手方などについて記録する。

## 【重要事項説明書】

### 1. サービス事業所の概要

#### (1) 事業所の名称、所在地

事業所名	デイサービスセンター ほのか武蔵村山
所在地	東京都武蔵村山市残堀 2-32-5
介護保険事業所番号	1374900858
通常の事業の実施地域	武蔵村山市

※上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。

#### (2) 同事業所の職員体制

区 分	職 員 数
管理者	1名（兼務）
相談員	6名（非常勤含）
介護職員	7名（非常勤含）
機能訓練指導員	1名（非常勤）
看護師	1名（非常勤）

#### (3) 営業時間

営業日	月～土（12/30～1/3 休み）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

### 2. サービス内容

- ①送迎 サービス利用時に自宅からセンターまでの送迎を行います。
- ②食事 利用者に対し昼食を提供し、介護の必用な利用者には食事介助サービスの提供を行います。
- ③入浴 家庭において心身の虚弱等のため、入浴の困難な利用者に対して一般介助浴のサービスを行います。
- ④機能訓練 訓練を通して自らの身体機能の向上を図り、日常生活が楽しく送れるよう機能回復サービスを行います。
- ⑤健康チェック 利用者の身体的状況を断続的にチェックし、また、利用中の生活動作・表情等の観察を行い、健康管理を図って家族の負担を軽減します。
- ⑥生活相談 利用者及びその家族からのサービスに関する事、生活上の問題等相談に応じます。

### 3. 料金

#### (1) 利用料

##### ■第1号通所事業費 [自己負担額(1割負担の場合)]

基本料金		各種加算	
		サービス提供体制強化加算 I	
事業対象者・要支援 1	1,718 円/1 月	事業対象者・要支援 1	91 円/1 月
要支援 2	3,521 円/1 月	要支援 2	181 円/1 月
		科学的介護推進体制加算	41 円/1 月
		口腔・栄養スクリーニング加算(I)	21 円/1 回
		介護職員等処遇改善加算(I)	下記参照

\*「介護職員等処遇改善加算(I)」・・・別途、利用総単位数に 9.2%を乗じた額が加算

##### ■地域密着型通所介護費 (7時間以上8時間未満) [自己負担額(1割負担の場合)]

基本料金		各種加算 1日あたり	
要介護 1	771 円/1 日	入浴介助加算(I)	41 円/1 日
要介護 2	911 円/1 日	入浴介助加算(II)	57 円/1 日
要介護 3	1056 円/1 日	サービス提供体制強化加算 I	23 円/1 日
要介護 4	1200 円/1 日	認知症加算	62 円/1 日
要介護 5	1344 円/1 日	各種加算 1月/1回あたり	
		ADL維持等加算(I)	31 円/1 月
		科学的介護推進体制加算	41 円/1 月
		口腔・栄養スクリーニング加算(I)	21 円/1 回
		介護職員等処遇改善加算(I)	下記参照

①「介護職員等処遇改善加算(I)」・・・別途、利用総単位数に 9.2%を乗じた額が加算

#### (2) その他

食 材 料 費	1 回 715 円 (含 おやつ代)
ポリ袋代 (洗濯物入れ)	2 円/1 枚
アクティビティ (行事費用)	実費を徴収いたします。

※但し、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受ける事ができます。

#### (3) キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

1、ご利用日の前日 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
2、ご利用日の前日 17 時以降にご連絡の場合	715 円(食材料費)

※但し、ご利用日の前日が日曜日の場合は土曜日までとします。

(4) 支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたします。お支払は毎月 28 日までに銀行振り込み、  
又はお持参となります。（ご事情のある方は、ご相談下さい）

#### 4. サービス利用方法

(1) お電話等でお申し込み下さい。

事前に重要事項の説明を行い契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 在宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

1 お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する1週間前までに文書でお申し込み下さい。

2 当センターの都合でサービスを終了する場合

職員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、1ヶ月前までに文書で通知いたします。

3 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設等に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていただいたお客様の要介護認定区分が、自立と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

4 その他

- ・ 当センターが正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、お客様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、お客様は文書で解約を通知することによりサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、支払の勧告をしたにもかかわらず支払わない場合、お客様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、お客様が入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってのサービスが利用不可能な場合、お客様やご家族等が当センター及びサービス従事者に対して本契約を断続し難いほどの背徳行為を行った場合は、文書で通知することにより契約を終了させていただく場合があります。

#### 5. 当センターの特色

(1) 在宅の虚弱高齢者及び寝たきり高齢者が日中、在宅サービスセンターに通所することにより、生活リズムを作り、社会性や身体機能の維持及び精神安定を図るため1日でも永く在宅での生活が可能になるよう質の高いサービスを提供します。

①利用者が日々生き生きと健康で楽しく通える憩いの場となるように努めます。

②各種サービスを提供するにあたり個人に合った援助を行います。

③日常生活の観察を深め、問題点を早期発見し検討、情報交換に努めます。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・ 送迎時間の連絡           ご利用日の前日午後5時迄にご連絡下さい。
- ・ 体調の確認               ご利用当日受付時に健康チェックします。
- ・ 体調不良等によるサービスの中止・変更  
                                  できるだけ早急にサービス相談係にご相談ください。
- ・ 食事のキャンセル       ご利用日1日前までにお知らせ下さい。
- ・ サービス日の変更       ご利用日の1週間前までにお知らせ下さい。
- ・ 設備・器具の利用

サービス提供に付帯するもの以外は実費を頂きます。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、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。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

7. 虐待防止の為の措置

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の設置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (4) 虐待の防止を啓発・普及するための従事者に対する研修を実施します。

8. 非常災害対策

- 災害時の対応                   有
- ・ 防災設備                   消防法による基準に従って、防災設備を備えております。
  - ・ 防災訓練                   毎年2回、通報、非難、誘導、消火訓練等を実施いたします。

9. サービスの第三者評価の実施状況について

直近の第三者評価実施       なし

## 10. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 地域密着型通所介護サービスに関する相談、要望、苦情等は担当相談員か下記窓口までお申し出下さい。

○電話番号 042-520-1190( 受付時間 (月～土) 午前8時30分～午後5時30分)

○担当 小嶺 健

(2) 当事業所以外に、武蔵村山市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

○武蔵村山市高齢福祉課 電話番号 042-590-1233 (代表)

○東京都国民健康保険団体連合会相談窓口 電話番号 03-6238-0177

## 11. 当法人の概要

法人種別・名称	社会福祉法人 櫻灯会
代表者役職・氏名	理事長 櫻井 眞里
本社所在地	東京都西多摩郡日出町大久野 231-1
電話番号	042-597-1941
定款の目的に定めた事業	
1 特別養護老人ホーム	2 短期入所生活介護事業
3 通所介護事業	4 居宅介護支援事業
5 認知症対応型共同生活援助事業	6 認知症対応通所介護事業

地域密着型通所介護(第1号通所事業)の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 <住所> 東京都武蔵村山市残堀2-32-5  
<事業者名> 社会福祉法人 櫻灯会  
デイサービスセンター ほのか武蔵村山  
説明年月日 令和 年 月 日

<説明者> 氏名

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型通所介護について重要事項の説明を受け同意しました。

同意年月日 年 月 日

利用者 <住所>

<氏名> \_\_\_\_\_

ご家族 <住 所>

<氏 名> \_\_\_\_\_



社会福祉法人 櫻灯会