

第一号通所事業（指定介護予防通所介護相当）利用契約書

信濃町デイサービスセンター

◆◆目次◆◆

第1条	契約の目的
第2条	契約期間
第3条	個別援助計画の決定・変更
第4条	サービスの提供場所・内容
第5条	サービス提供の記録
第6条	料金
第7条	サービスの中止・変更・追加
第8条	料金の変更
第9条	契約の終了
第10条	守秘義務等
第11条	施設利用上の注意義務等
第12条	損害賠償責任
第13条	緊急時の対応
第14条	連携
第15条	相談・苦情対応
第16条	本契約に定めのない事項
第17条	裁判管轄

_____（以下、「利用者」という）と社会福祉法人おらが会（以下、「事業者」という）は、事業者が利用者に対して行う第1号通所サービス（指定介護予防通所介護相当サービス（以下、「サービス」という。））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自立した日常生活を営むことが出来るよう、契約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、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1年間又は2年間までとします。
- 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、かつ、利用者が要介護認定の更新で要介護者（要介護1～要介護5）と認定されなかった場合、契約は自動更新されるものとします。

○第3条（個別援助計画の決定・変更）

- 1 事業者は、利用者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されている場合には、それに沿って、利用者の「第一号通所サービス(指定介護予防通所介護相当)計画書」（以下、「個別援助計画書」という）を作成します。
- 2 サービス提供時間や回数や程度、実施内容等については、前項の個別援助計画書に定めます。ただし、利用者の状態の変化、居宅サービス計画に位置づけられた達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- 3 事業者は契約者に関わる居宅サービス計画が作成されていない場合でも、個別援助計画書の作成を行います。その場合に事業者は、契約者に対して、地域包括支援センター又は指定介護予防支援事業者を紹介する等、居宅サービス計画作成の為に必要な支援を行うものとします。
- 4 事業者はこの「個別援助計画書」の作成及び変更の際し、その内容を利用者及び家族等に対して説明し、同意を得た上で決定するものとします。
- 5 事業者は契約者に係る個別援助計画が変更された場合、又は契約者若しくはその家族の要請に応じて、個別援助計画書についての変更の必要があるかどうかを調査し、その結果、個別援助計画書の変更の必要があると認められた場合には、契約者及びその家族と協議して、個別援助計画書を変更するものとします。
- 6 事業者は個別援助計画を変更した場合には、契約者に対して書面を交付し、その内容を確認するものとします。

○第4条（サービスの提供場所・内容）

- 1 サービスの提供場所は信濃町デイサービスセンターです。所在地及び概要は【重要事項説明書】に記載したとおりです。

- 2 事業者は第 3 条に定めたサービス計画書に沿ってサービスを提供します。事業者は介護サービスの提供にあたり、その内容について利用者に説明します。
- 3 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることが出来ます。その場合、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 5 条（サービスの提供の記録）

- 1 事業者は、サービス提供に関する記録を作成することとし、この契約の終了後 5 年間保存します。
- 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 項のサービス実施記録の謄写物の交付を受けることが出来ます。

○第 6 条（料金）

- 1 事業者は契約者が支払うべき介護保険給付サービスに要した費用について、契約者が第 1 号通所サービス費として市町村から給付を受ける額（以下介護保険給付額という）の限度において、契約者に代わって市町村から支払を受けます。
- 2 契約者は、要支援又は事業対象者（以下、「要支援等」という。）の区分に応じて第 4 条に定めるサービスを受け、重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：通常はサービス利用料金の 1 割～3 割）を事業者に支払うものとします。
但し、契約者がまだ要支援等の認定を受けていない場合及び居宅サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金をいったん支払うものとします。（要支援等の認定後又は居宅サービス計画後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い））
- 3 本サービスの利用は月額制とします。月の途中からサービスを開始したり、月の途中で終了した場合であっても、以下の各号に該当する場合を除いては原則として、日割り計算は行いません。
 - 一 月の途中に要介護から要支援等の区分に変更となった場合
 - 二 月の途中に要支援等から要介護の区分に変更となった場合
 - 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合。
- 4 月途中で要支援度等が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を変更します
- 5 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月の 15 日までに利用者へ送付します。
- 6 利用者は、当月の利用料等を翌月 22 日までに、指定された方法（口座振替、金融機関振込、直接支払い）で支払います。
- 7 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

○第 7 条（サービスの中止・変更・追加）

- 1 利用者は事業者に対して、サービス提供日の 8 時 15 分までに利用の中止を申し出ます。

なお、サービスの利用中止にともなうキャンセル料金はかかりません。

- 2 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、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。
- 3 事業者は契約者の体調不良や状態の改善等によりサービス計画書に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又はサービス計画書に定めた期日よりも多かった場合であっても、回数相当の利用料金になります。
- 4 事業者は事前に利用者からサービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所が満員により利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間または利用可能日時を利用者に掲示して協議するものとします。

○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及び食費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。
- 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【同意書】を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、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。

○第9条（契約の終了）

- 1 利用者は事業者に対して、2週間の予告期間をおいて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。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2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ヶ月の予告期間を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いが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14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。（又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利用者又はその家族等が、他の利用者や事業所の職員に対して、この契約を継続し難いほどの暴力・暴言又はハラスメント行為等の背信行為を行った後、事業所の再三の申し入れにもかかわらず14日以内に事態の改善が確認されなかった場合

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介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることになった場合。

③利用者が要介護の認定を受けたとき。

④利用者が死亡した場合

○第10条（守秘義務等）

1 事業者及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、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

3 前2項にかかわらず、利用者に関わる地域包括支援センター又は指定介護予防支援事業者との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を得た上で、利用者又は利用者家族等の個人情報を用いることができるものとします。

○第11条（利用者の施設利用上の注意義務等）

利用者は事業所の施設、設備について、故意又は重大な過失により、滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、又は相当の代金を支払うものとします。

○第12条（損害賠償責任）

1 事業者は、サービス提供にともなって、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13条（緊急時の対応）

事業者は、現にサービス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、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

○第14条（連携）

1 事業者は、サービスの提供にあたり、地域包括支援センター及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。

2 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、その内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員に送付します。なお、第9条2項又は4項に基づいて解約通知をする際は事前に介護支援専門員に連絡します。

○第15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、施設の設備又はサービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

○第16条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者及び事業者は、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、双方が誠意をもって協議の上定めます。

○第17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、利用者及び事業者は、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あらかじめ合意します。

上記の契約を証するため、本書を2通作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保管するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

<事業所名> 信濃町デイサービスセンター
指定番号 2093400097号
指定市町村 信濃町

<住所> 長野県上水内郡信濃町大字柏原350番地
<事業者名> 社会福祉法人 おらが会
<代表者名> 中山 幸男 ㊞

利用者

<住所> 長野県上水内郡信濃町大字

<氏名> _____ ㊞

(代理人)

<住所> 長野県上水内郡信濃町大字

<氏名> _____ ㊞

重要事項説明書

〈令和 7 年 4 月 1 日〉

当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 026-255-6600
受付時間 8時00分～17時30分 日曜日から土曜まで
担当者：生活相談員 北原 佑哉 鈴木 紀子

1. 事業者

事業者の名称	おらが会
事業者の所在地	長野県上水内郡信濃町大字柏原350番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 中山 幸男
電話番号	026-255-6600
設立年月日	平成 8年 4月 1日

2. 事業所の概要

施設名称	信濃町デイサービスセンター
所在地	長野県上水内郡信濃町大字柏原350番地
管理者名	海谷 涼子
電話番号	026-255-6600
介護保険指定番号	信濃町 2093400097号
通常の事業の実施地域	信 濃 町

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	社会福祉法人おらが会が行う第一号通所サービス事業所の運営及び利用について必要な事項を定め、施設において介護の提供に当たる従事者が、要支援等の状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。
運営方針	利用者が可能な限りその居宅において、日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の援助を行うことにより、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。

4. 当施設の設備概要

利用定員	18人	送迎車	6台
食堂及び機能訓練室の合計面積			278.99㎡
浴室	普通浴槽と特殊浴槽があります。		

5. 当事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名	名	事業職員の管理及び業務の管理を一元的に行う	1名
生活相談員	社会福祉主事任用資格又は介護福祉士	2名	名	第一号通所サービス利用者の生活支援及び相談援助	2名
機能訓練指導員	看護師 准看護師	名	2名	第一号通所サービス利用者のリハビリ指導	2名
事務職員		1名	名	事業所職員の労務管理及び会計出納	1名
看護・ 介護職員	看護師	名	1名	第一号通所サービス利用者の健康管理の援助、健康相談、身体介助、その他当該サービス利用中における者の援助のすべて	1名
	准看護師	名	1名		1名
	介護福祉士	3名	4名		7名
	介護職員初任者研修修了者	名	1名		1名
	介護職員実務者研修修了者	名	名		名

6. 営業日、営業時間

営業日	日曜日から土曜日。但し、年始（1/1～1/3）は除く
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間 （時間延長の場合）	午前9時15分～午後4時20分 （午前8時00分～午後5時30分）

7. サービス内容 居宅サービス計画書に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要な介護等を行ないます。

①アクティビティサービス

※その他具体的な内容は、その都度お知らせします。

8. サービス利用料金

- ①入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話および機能訓練等のサービスについては、利用料金の大部分(通常7割～9割)が介護保険から給付されます。
- ②介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

・サービス利用料		1月あたりの自己負担額		
該当区分	1月あたりの利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者（週1回程度）・要支援1 要支援2（週1回程度）	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者(週2回程度) 要支援2（週2回程度）	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

・サービス提供体制加算 I		1月あたりの自己負担額		
該 当 区 分	1月あたりの利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者（週1回程度）・要支援1 要支援2（週1回程度）	880円	88円	176円	264円
事業対象者（週2回程度） 要支援2（週2回程度）	1,760円	176円	352円	528円

- ・介護職員等処遇改善加算（I） 1か月の所定合計単位（介護保険適用のサービス単位の合計）に9.2%を乗じて得られる金額

○昼食代 770円／1回あたり（全額自己負担）
特別食、行事参加費等、別途料金がかかる場合がございます。

※日常生活上必要となる諸費用実費

内容	料金
紙おむつ代	尿とりパット（1枚） 小 25円 中 30円 大 50円 はくパンツ（1枚） 150円 テープ付きオムツ（1枚） 150円
口腔ケア用品	歯ブラシ（1本） 100円 ポリデント（1回） 50円
トロミ代	実費（なお、ご自宅で準備し持参していただいても結構です）
その他	吸引カテーテル（1本） 50円

通常の事業実施区域外への送迎	1kmあたり 50円
----------------	------------

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払わない場合があります。

その場合は一旦1日あたりの料金を頂き、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信濃町役場の窓口に出すのと、差額の払い戻しを受けることができます。

(1) キャンセル規定

お客様の都合でサービスを中止する場合、サービス提供日の午前8時15分までに利用の中止をご連絡ください。なお、サービスの利用中止にともなうキャンセル料金はかかりません。

(2) 支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払い頂きますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、基本的には口座振替でお願いします。他、直接支払い、振込み等ご希望される場合、相談員にご相談ください。

・お振込先：	八十二銀行 信濃町支店 普通預金 212548
・名義人	社会福祉法人おらが会 理事長 中山 幸男

9. サービス利用のために

事 項	有無	備 考
時 間 延 長 の 可 否	有	サービス提供時間外において30分につき500円かかります。
従業員への研修の有無	有	採用時研修 採用後3ヶ月以内 継続研修 年2回
ケアプランの作成	有	担当職員が作成し、きめ細やかなサービスを提供いたします。
身 体 拘 束	無	利用者の心身の状態、ご家族の希望により安全の為使用することがあります。
男性介護職員の有無	有	

(1) サービス利用にあたっての留意事項

- 施設、設備は本来の用途にしたがって利用してください。
- 故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合、利用者の負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動等はご遠慮ください。

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態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、地域包括支援センター等へ連絡いたします。

○緊急連絡先

氏 名		続柄	
住 所			
電話番号			

○主治医

病院又は診療所名	
医師名	
電話番号	

11. 健康上の理由による中止

- ①風邪、病気の際はサービスの提供をお断りする場合があります。
- ②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合はサービス内容の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、適切に対応します。

- ③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の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

1 2. 虐待の防止について

- ①虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者：生活相談員 北原 佑哉 鈴木 紀子

- ②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、その結果について従業員に周知徹底を図っています。

- ③虐待防止のための指針を整備しています。

- ④従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

- ⑤サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に擁護している家族・親族・同居人）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、これを市町村に通報します。

1 3. 非常災害対策

○非常時の対応

別途定める「信越病院・保健センター・高齢者共同住宅・おらが庵・おらがの里の防災に関する協力応援協定書」にのっとり対応を行います。

○防災設備

自動火災報知機	有	漏電火災報知機	有
防火扉	有	非常用電源	有
屋内消火栓	有	ガス漏れ報知機	有
スプリンクラー設備	有		
防災訓練	年2回実施		
防火管理者	齊藤 泉		

1 4. 相談、要望、苦情等の窓口

サービスに関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出ください。

☆ サービス相談窓口	
担当者（生活相談員）	北原 佑哉 鈴木 紀子
電話番号	026-255-6600
受付時間	午前8時30分～午後5時30分

※ 行政機関、その他の窓口

信濃町役場住民福祉課福祉・介護保険係	026-255-1179
長野県国民健康保険団体連合会	026-238-1555
長野県福祉サービス運営適正化委員会	026-226-2210

15. 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人おらが会

代表者職・氏名 理事長 中山 幸男

事業所所在位置 長野県上水内郡信濃町大字柏原350番地

定款の目的に定めた事業

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | おらが庵 |
| 2. 老人デイサービス事業 | 信濃町デイサービスセンター |
| 3. 老人短期入所事業 | おらが庵 |
| 4. 居宅介護支援事業 | おらが会指定居宅介護支援事業所 |
| 5. 認知症対応型老人共同生活援助事業 | おらがの里、おらがの杜 |

……………契約する場合は以下の確認をすること……………

令和 年 月 日

第1号通所サービスの提供にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 長野県上水内郡信濃町大字柏原350番地

名称 信濃町デイサービスセンター

代表者職・氏名 理事長 中山 幸男 ㊞

説明者 所属 信濃町デイサービスセンター

氏名 北原 佑哉 ㊞

私は、契約書および本書面により、事業者から第1号通所サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 長野県上水内郡信濃町大字

氏名 _____ ㊞

(代理人) 住所 長野県上水内郡信濃町大字

氏名 _____ ㊞

デイサービス担当者会議等で個人情報を用いることについて

サービス計画を作成するにあたり、サービス担当者会議等によりサービス担当事業者等との調整・連絡を行います。その際、利用者及び利用者家族の同意がある場合、利用者の個人情報及び利用者の家族の個人情報を使用することとなります。

なお、個人情報を使用する際には、提供を行うサービス事業者に国の定める事業者指定基準を遵守させ、個人情報を慎重に扱う措置を講じます。

また、会議等の結果、サービスを提供しないこととなった事業者から個人情報を回収します。

また、利用者及び利用者の家族から、どの事業者に対し個人情報を提供したか照会があった場合には、遅滞なく報告します。

令和 年 月 日

上記のとおり、サービス担当者会議で個人情報を用いることについて、同意をお願いします。

事業者	所在地	長野県上水内郡信濃町大字350番地
	名称	信濃町デイサービスセンター
	代表者職・氏名	理事長 中山 幸男 ㊞
	説明者 所属	信濃町デイサービスセンター
	氏名	北原 佑哉 ㊞

私は、本書面により上記事業者が、サービス担当者会議で個人情報を用いることについて同意します。

利用者 住所 長野県上水内郡信濃町大字

氏名 _____ ㊞

(代理人) 住所 長野県上水内郡信濃町大字

氏名 _____ ㊞