

高知県指定通所介護事業所  
通所介護サービス契約書

3970104810

利用者氏名

事業者 リハビリ型デイサービス  
「めりふる」

(目的)

第1条

- 1 事業所は、住み慣れた地域で、いつまでも暮らし続けられるためのサポート＝支援をするために事業を行う。要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、以下の方針にのっとり、適切な指定通所介護を提供することを目的とします。
- 2 事業者は、サービス提供にあたり、利用者の要介護状態区分、および本契約書末尾にその写しが添付されている、利用者の被保険者証に記載された認定審査会意見、介護支援専門員のケアプランに従って、利用者に対するサービスを提供します。
- 3 利用者は、事業所からのサービス提供を受けた時は、事業者に対し、別紙サービス利用請求書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。
- 4 サービス提供途中で介護度に変更が生じた場合は、月をさかのぼって認定となる場合もあります。その場合は、利用料の介護度による差額をさかのぼって請求させていただく場合もあります。

(契約期間)

第2条

- 1 この契約期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日とします。  
ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合には、更新の意思を確認いたします。
- 2 上記契約満了日までに利用者からの解約の申し出がない場合、本契約と同一内容で自動的に契約の更新をするものとします。

(居宅サービス計画変更の援助)

第3条

事業所は、利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

(サービス内容の変更)

第4条

- 1 事業所が提供するサービスのうち、利用者のサービス内容、利用回数、利用料および介護保険法適用の有無については、サービス内容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。  
事業所は、利用者からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護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、速やかにサービス内容を変更します。この場合は新たにサービス内容説明書を作成します。

(介護保険の適用を受けないサービスの説明)

第5条

事業所は、その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は、

そのサービスの内容および利用料を説明し、利用者の同意を得ます。

(利用者の解約権)

#### 第6条

利用者は、事業者に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。

この場合には、2週間以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

(利用者の解除権)

#### 第7条

利用者は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- 1 事業者が、正当な理由なく、本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にかかわらず、これを提供しようとししない場合。
- 2 事業者が、第12条に定める秘密保持に違反した場合。
- 3 事業者が、利用者の身体・財産・名誉などを傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合。

(事業者の解除権)

#### 第8条

- 1 事業者は、利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達成することが著しく困難となった時は、文書により、2週間以上の予告期間をもって、この契約を解除します。
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合は、担当介護支援専門員などに連絡をとり、必要な措置を講じます。
- 3 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、または入院もしくは病気などにより、1ヵ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。

(利用料の滞納)

#### 第9条

- 1 利用者が、正当な理由なく事業者に支払うべき利用料の自己負担分を3ヵ月以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し、1ヵ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時は、文書をもってこの契約を解除することができます。
- 2 事業所は、前項の催告をした場合には、利用者担当の介護支援専門員などに連絡をとり、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時は、文書をもってこの契約を解除することができます。

(契約の終了)

#### 第10条

次の各項のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- 1 利用者が死亡した場合。
- 2 第6条に基づき、利用者から契約の解除の意思表示がなされた場合。
- 3 第8条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされ予告期間が満了した場合。
- 4 第8条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされた場合。
- 5 利用者が介護保険施設へ入所した場合。

6 利用者の要介護状態区分が、自立とされた場合。

(損害賠償)

#### 第11条

- 1 事業者は、利用者に対するサービスの提供に当たっては、利用者またはその家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者またはその家族に対して損害を賠償します。ただし、事業者が故意過失がなかった場合はこの限りではありません。
- 2 前項の場合、利用者またはその家族に重大な過失がある場合には、賠償額を減額することができます。

(秘密保持・個人情報の取り扱い)

#### 第12条

- 1 事業者および事業者の職員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者またはその家族の秘密を洩らしません。
- 2 事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の、その家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者またはその家族の個人情報を用いません。
- 3 介護保険により通所事業サービスなどを円滑に行うために必要な場合を目的とし、個人情報の提供は範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には、関係者以外にはもれることのないように細心の注意を払うことを条件とします。
- 4 個人情報の内容(例示)
  - ・利用者本人の氏名、住所、健康状態、病歴、および家族に関する情報。
  - ・初期介護プラン・サービス評価票など、当事業所の介護方針の文書
  - ・その他利用調整などで必要な情報。
- 5 使用する期間はサービス提供の契約期間とします。

\*また運営主体の株式会社「ムルム」の定期通信物・インターネットのホームページ等に活動内容について写真など掲載する場合があります。不都合がある場合は自前にお申し出ください。

---

(身体拘束)

#### 第13条

事業者は利用者の自傷行為・他害行為により生命の危険があると判断した場合、もしくは医師の指示による必要な患部の固定を除いては利用者に対し身体拘束を行わず、本人の意思を尊重し、快適に過ごしてもらう努力をします。

また、必要により拘束を行った場合は、その状態・経過についての記録、報告を怠りません。

(苦情処理)

#### 第14条

- 1 利用者またはその家族は、提供されたサービスに不満がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の苦情申し立て機関に、苦情を申し立てることができます。
  - ・当事業所の苦情申し立て窓口は下記のとおりとします。

苦情申し立て担当者 伊井 雄二

電話 088-879-9825

FAX 088-878-9823

当事業所以外の窓口

- ・高知市役所 介護保険課 電話 088-823-9972
- ・この他高知県国民健康保険団体連合会にも窓口があります。  
電話 088-820-8410  
088-820-8411

- 2 事業者は、利用者は提供したサービスについて、利用者またはその家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 3 事業者は、利用者が苦情申し立てを行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(本規定に定めのない事項)

第15条

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの規定を履行するものとします。
- 2 この規定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うえ定めます。

この契約を証するために、本書を作成し、利用者 \_\_\_\_\_ が署名、押印の上、それぞれ1通ずつ保有するものとします。

利用者 住所 \_\_\_\_\_ 契約締結日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 \_\_\_\_\_

リハビリ型デイサービス「めりふる」

法人名

株式会社 ムルム

住所

高知県高知市梅ノ辻2番6号

代表者

伊井 雄二

印

日常生活支援総合事業  
第1号通所事業 3970104810

利用者氏名 \_\_\_\_\_  
事業者 リハビリ型デイサービス  
「めりふる」 \_\_\_\_\_

(目的)

第1条

- 1 事業所は、住み慣れた地域で、いつまでも暮らし続けられるためのサポート＝支援をするために事業を行う。要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、以下の方針にのっとり、適切な指定通所介護を提供することを目的とします。
- 2 事業者は、サービス提供にあたり、利用者の要介護状態区分、および本契約書末尾にその写しが添付されている、利用者の被保険者証に記載された認定審査会意見、介護支援専門員のケアプランに従って、利用者に対するサービスを提供します。
- 3 利用者は、事業所からのサービス提供を受けた時は、事業者に対し、別紙サービス利用請求書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。
- 4 サービス提供途中で介護度に変更が生じた場合は、月をさかのぼって認定となる場合もあります。その場合は、利用料の介護度による差額をさかのぼって請求させていただく場合もあります。

(契約期間)

第2条

- 1 この契約期間は、 年 月 日から 年 月 日とします。  
ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合には、更新の意思を確認いたします。
- 2 上記契約満了日までに利用者からの解約の申し出がない場合、本契約と同一内容で自動的に契約の更新をするものとします。

(居宅サービス計画変更の援助)

第3条

事業所は、利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

(サービス内容の変更)

第4条

- 1 事業所が提供するサービスのうち、利用者のサービス内容、利用回数、利用料および介護保険法適用の有無については、サービス内容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。  
事業所は、利用者からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護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、速やかにサービス内容を変更します。この場合は新たにサービス内容説明書を作成します。

(介護保険の適用を受けないサービスの説明)

## 第5条

事業所は、その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は、そのサービスの内容および利用料を説明し、利用者の同意を得ます。

(利用者の解約権)

## 第6条

利用者は、事業者に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、2週間以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

(利用者の解除権)

## 第7条

利用者は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- 1 事業者が、正当な理由なく、本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にかかわらず、これを提供しようとししない場合。
- 2 事業者が、第12条に定める秘密保持に違反した場合。
- 3 事業者が、利用者の身体・財産・名誉などを傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合。

(事業者の解除権)

## 第8条

- 1 事業者は、利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達成することが著しく困難となった時は、文書により、2週間以上の予告期間をもって、この契約を解除します。
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合は、担当介護支援専門員などに連絡をとり、必要な措置を講じます。
- 3 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、または入院もしくは病気などにより、1ヵ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。

(利用料の滞納)

## 第9条

- 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ヵ月以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し、1ヵ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時は、文書をもってこの契約を解除することができます。
- 2 事業所は、前項の催告をした場合には、利用者担当の介護支援専門員などに連絡をとり、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時は、文書をもってこの契約を解除することができます。

(契約の終了)

## 第10条

次の各項のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- 1 利用者が死亡した場合。
- 2 第6条に基づき、利用者から契約の解除の意思表示がなされた場合。
- 3 第8条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされ予告期間が満了した場合。

- 4 第8条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされた場合。
- 5 利用者が介護保険施設へ入所した場合。
- 6 利用者の要介護状態区分が、自立とされた場合。

(損害賠償)

#### 第11条

- 1 事業者は、利用者に対するサービスの提供に当たっては、利用者またはその家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者またはその家族に対して損害を賠償します。ただし、事業者が故意過失がなかった場合はこの限りではありません。
- 2 前項の場合、利用者またはその家族に重大な過失がある場合には、賠償額を減額することができます。

(秘密保持・個人情報の取り扱い)

#### 第12条

- 1 事業者および事業者の職員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者またはその家族の秘密を洩らしません。
- 2 事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の、その家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者またはその家族の個人情報を用いません。
- 3 介護保険により通所事業サービスなどを円滑に行うために必要な場合を目的とし、個人情報の提供は範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には、関係者以外にはもれることのないように細心の注意を払うことを条件とします。
- 4 個人情報の内容(例示)
  - ・利用者本人の氏名、住所、健康状態、病歴、および家族に関する情報。
  - ・初期介護プラン・サービス評価票など、当事業所の介護方針の文書
  - ・その他利用調整などで必要な情報。
- 5 使用する期間はサービス提供の契約期間とします。

\*また運営主体の株式会社「ムルム」の定期通信物・インターネットのホームページ等に活動内容について写真など掲載する場合があります。不都合がある場合は自前にお申し出ください。

---

(身体拘束)

#### 第13条

事業者は利用者の自傷行為・他害行為により生命の危険があると判断した場合、もしくは医師の指示による必要な患部の固定を除いては利用者に対し身体拘束を行わず、本人の意思を尊重し、快適に過ごしてもらう努力をします。

また、必要により拘束を行った場合は、その状態・経過についての記録、報告を怠りません。

(苦情処理)

#### 第14条

- 1 利用者またはその家族は、提供されたサービスに不満がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の苦情申し立て機関に、苦情を申し立てることができます。

・当事業所の苦情申し立て窓口は下記のとおりとします。

苦情申し立て担当者 伊井 雄二

電話 088-879-9825

FAX 088-878-9823

当事業所以外の窓口

- ・高知市役所 介護保険課 電話 088-823-9972
- ・この他高知県国民健康保険団体連合会にも窓口があります。  
電話 088-820-8410  
088-820-8411

- 2 事業者は、利用者は提供したサービスについて、利用者またはその家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 3 事業者は、利用者が苦情申し立てを行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(本規定に定めのない事項)

#### 第15条

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの規定を履行するものとします。
- 2 この規定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うえ定めます。

この契約を証するために、本書を作成し、利用者 \_\_\_\_\_ が署名、押印の上、それぞれ1通ずつ保有するものとします。

利用者 住所 \_\_\_\_\_ 契約締結日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
代筆 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 \_\_\_\_\_

リハビリ型デイサービス「めりふる」

法人名 株式会社 ムルム  
住所 高知県高知市梅ノ辻2番6号  
代表者 伊井 雄二

印



**日常生活支援総合事業  
第1号通所事業 重要事項説明書**

1. 指定通所介護サービスを提供する事業所について

事業者名称	株式会社 ムルム
代表者氏名	代表取締役 伊井雄二
本社所在地	高知県高知市梅ノ辻2番6号 電話 088-878-9822 FAX 088-878-9823

2. 利用者に対してサービスを提供する事業所について

(1) 事業所の所在地など

事務所名称	リハビリ型デイサービス「めりふる」
事業者指定番号	3970104810
事業所所在地	高知県高知市梅ノ辻2番6号
連絡先 相談担当者	電話 088-879-9825 FAX 088-878-9823 生活相談員 徳弘 博美
通常の事業実施地域	高知市（春野町、鏡、土佐山を除く）
利用定員	29人

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	リハビリ型デイサービス「めりふる」が行う指定介護事業および指定介護予防の事業の適正な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事業を定め、事業所の生活相談員、看護職員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、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護および指定介護予防通所介護を提供する。
事業の方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 従業者は、利用者の心身の特性をふまえて、その利用者が可能な限りにその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、入浴、排泄、食事の介護など日常生活上必要な介護及び機能訓練を行う。</li> <li>2) 従業者は事業の提供にあたっては懇切丁寧に行う事を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法など理解しやすいように説明する。</li> <li>3) 事業の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスを行う。</li> <li>4) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、統合的なサービスの提供に努めるものとする。</li> </ol>

(3) 事業所の窓口の営業時間及びサービス提供時間

営業日	毎週月曜から土曜日、但し、12月31日～1月3日は休日とする。
営業時間	午前8:30～午後5:00まで、但し、上記営業時間以外でも相談に応じる。
サービス提供時間	午前9:00～午後4:00まで

(4) 事業所の職員体制

管理者	
-----	--

職種	人員数	非常勤	備考
管理者	1名		機能訓練指導員と兼務
生活相談員	1名以上		
看護職員	1名以上		
機能訓練指導員	1名以上		管理者と兼務
介護職員	4名以上		

3. 提供するサービス内容及び費用について

(1) 提供するサービス

居宅介護支援事業所の作成した居宅サービス計画に基づく、通所介護計画作成・送迎・日常生活上の世話（食事の提供および介助・入浴の提供および介助・排泄介助・更衣介助・移動移乗介護・服薬介助）機能訓練・その他（創作活動など）・個別機能訓練

(2) 通所介護従業者の禁止行為

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族からの金銭、通帳管理、証書・書類管理
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族などに対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 利用するサービスの1日あたりの利用料、利用者負担額

	支援1	支援2
利用料（月額）	16,470円 (1,647円)	33,770円 (3,377円)

※（ ）内は利用者負担額

- ◆（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記にかかる金額は、全額を一旦お支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて、高知市に居宅サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4. その他の費用について

送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、送迎に要する費用として通常の事業の実施地域を超えた地点から居宅までの交通費 1 キロメートルごとに 100 円徴収します。
食費	1 食あたり 600 円（おやつ代を含む）
オムツ代	実費
日常生活費	日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させる事が適用と認められる費用については、実費を徴収します。

5. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その費用の請求及び支払い方法について

利用料、利用者負担額、その他の費用の請求方法など	<p>ア 費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごと合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求は、利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
利用料、利用者負担額、その他の費用の支払い方法など	<p>ア サービス提供の内容をご確認の上、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>（ア）事業者指定口座への振込 （イ）利用者指定口座からの自動振り込み （ウ）現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払いの如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されまようお願いします。</p>

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の支払について、正当な理由がないにも関わらず、支払い期日から 2 ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただく事があります。

6. サービス提供にあたって

- サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていないなどの場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

- サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画」は、利用者などの心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- 通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

7. 虐待の防止について

事業所は、利用者などの人権の擁護・虐待の防止などのために、次に掲げるとり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	生活相談員 徳弘博美
-------------	------------

- (2) 苦情解決体制を整備しています。

8. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束は行いません。ただし、自称他害などの恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危機が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることについて留意して、必要最小限の範囲内で行なうことがあります。その場合は、身体拘束を行なった日時、理由および態様等についての記録を行います。

9. 秘密保持と個人情報保護について

<p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、適切な取り扱いに努めるものとします。          ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）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の秘密を正当な理由なく、第三者に洩らしません。          ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。          ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間および従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議などで利用者の家族の個人情報を用いません。          ② 事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれている記録物（紙による物の他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。          ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じ</p>

	<p>てその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正などを行なうものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>
--	---

#### 1 0. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に症状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行なうなど必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

#### 1 1. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者などに連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

※事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	株式会社 損害保険ジャパン
保障の概要	<p>管理財物の事故（入れ歯を洗浄中に破損したなど）          業務遂行中の事故（介助者が誤って利用者様を転倒させてしまったなど）          人格権侵害など（利用者様に対しての名誉棄損など）          他</p>

#### 1 2. 居宅介護支援事業者などとの連携

- 1) 指定通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者および保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- 2) サービスの提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- 3) サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

#### 1 3. サービス提供の記録

- 1) 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行なうこととし、その記録はサービス完結の日から2年間保存します。
- 2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。

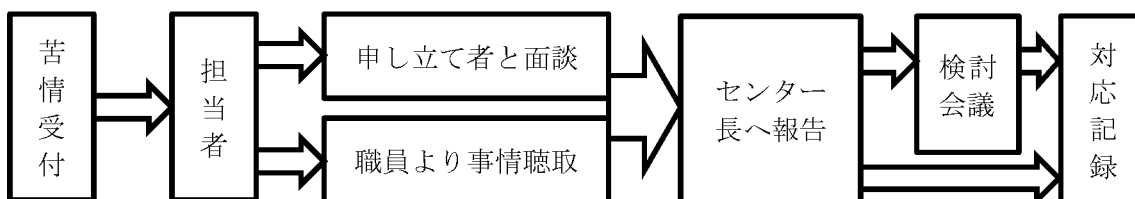
#### 14. 衛生管理

- 1) 指定通所介護の用に共する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- 2) 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。
- 3) 食中毒および感染症の発生を防止するための措置などについて、必要に応じて保険所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

#### 15. サービス提供に関する相談について

##### 1) 苦情処理の体制および手順

- ①提供した指定通所介護に係る利用者およびその家族からの相談および苦情を受け取るための窓口を設置します。
- ②相談および苦情に円滑かつ適切に対応するための手順は以下の通りです。



##### 2) 苦情申し立て窓口

事務所	デイサービス「めりふる」 電話番号:088-879-9825 FAX :088-878-9823 受付時間:午前 8:30 ~ 午後 6:00 (受付時間外は携帯電話に転送) 担当 :伊井 雄二
高知市	高知市役所 介護保険課 電話番号:088-823-9972 FAX :088-824-8390 受付時間:月曜 ~ 金曜 午前 8:30 ~ 午後 5:15
国保連	高知県民健康保険団体 電話番号:088-820-8410      088-820-8411 FAX :088-820-8413 受付時間:月曜 ~ 金曜 午前 9:00 ~ 午後 4:00

【説明確認日】

平成 年 月 日

デイサービス利用の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 事業者名	所在地	高知県高知市梅ノ辻 2-6 リハビリ型デイサービス「めりふる」
-------------	-----	------------------------------------

説明者	印
-----	---

デイサービスの契約締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者	住所 氏名	印
-----	----------	---

代筆	氏名
----	----

代理人	住所 氏名	印
-----	----------	---

## 通所介護サービス重要事項説明書

### 1. 指定通所介護サービスを提供する事業所について

事業者名称	株式会社 ムルム
代表者氏名	代表取締役 伊井雄二
本社所在地	高知県高知市梅ノ辻2番6号 電話 088-878-9822 FAX 088-878-9823

### 2. 利用者に対してサービスを提供する事業所について

#### (1) 事業所の所在地など

事務所名称	リハビリ型デイサービス「めりふる」
事業者指定番号	3970104810
事業所所在地	高知県高知市梅ノ辻2番6号
連絡先 相談担当者	電話 088-879-9825 FAX 088-878-9823 生活相談員 徳弘博美
通常の事業実施地域	高知市（春野町、鏡、土佐山を除く）
利用定員	29人

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	リハビリ型デイサービス「めりふる」が行う指定介護事業および指定介護予防の事業の適正な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事業を定め、事業所の生活相談員、看護職員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、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護および指定介護予防通所介護を提供する。
事業の方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 従業者は、利用者の心身の特性をふまえて、その利用者が可能な限りにその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、入浴、排泄、食事の介護など日常生活上必要な介護及び機能訓練を行う。</li> <li>2) 従業者は事業の提供にあたっては懇切丁寧に行う事を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法など理解しやすいように説明する。</li> <li>3) 事業の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスを行う。</li> <li>4) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、統合的なサービスの提供に努めるものとする。</li> </ol>



(3) 事業所の窓口の営業時間及びサービス提供時間

営業日	毎週月曜から土曜日、但し、12月31日～1月3日は休日とする。
営業時間	午前8:30～午後5:00まで、但し、上記営業時間以外でも相談に応じる。
サービス提供時間	午前9:00～午後4:00まで

(4) 事業所の職員体制

管理者	
-----	--

職種	人員数	非常勤	備考
管理者	1名		機能訓練指導員と兼務
生活相談員	1名以上		
看護職員	1名以上		
機能訓練指導員	1名以上		管理者と兼務
介護職員	4名以上		

3. 提供するサービス内容及び費用について

(1) 提供するサービス

居宅介護支援事業所の作成した居宅サービス計画に基づく、通所介護計画作成・送迎・日常生活上の世話（食事の提供および介助・入浴の提供および介助・排泄介助・更衣介助・移動移乗介護・服薬介助）機能訓練・その他（創作活動など）・個別機能訓練

(2) 通所介護従業者の禁止行為

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族からの金銭、通帳管理、証書・書類管理
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族などに対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 利用するサービスの1日あたりの利用料、利用者負担額

	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
6時間以上	5720円	6760円	7800円	8840円	9880円
7時間未満	(572円)	(676円)	(780円)	(884円)	(988円)

※（ ）内は利用者負担額

加算金額

加算	利用料	利用者負担額	算定回数
入浴介助	500円	50円	入浴介助を実施した日数
個別機能訓練加算	560円	56円	機能訓練を実施した日数

- ◆ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記にかかる金額は、全額を一旦お支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて、高知市に居宅サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4. その他の費用について

送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、送迎に要する費用として通常の事業の実施地域を超えた地点から居宅までの交通費 1 キロメートルごとに 100 円徴収します。
食費	1 食あたり 600 円（おやつ代を含む）
オムツ代	実費
日常生活費	日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させる事が適用と認められる費用については、実費を徴収します。

5. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その費用の請求及び支払い方法について

利用料、利用者負担額、その他の費用の請求方法など	<p>ア 費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごと合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求は、利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
利用料、利用者負担額、その他の費用の支払い方法など	<p>ア サービス提供の内容をご確認の上、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>(エ) 事業者指定口座への振込 (オ) 利用者指定口座からの自動振り込み (カ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払いの如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。</p>

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の支払について、正当な理由がないにも関わらず、支払い期日から 2 ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただく事があります。

6. サービス提供にあたって

- サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていないなどの場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

- サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行ないます。なお、「通所介護計画」は、利用者などの心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- 通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

7. 虐待の防止について

事業所は、利用者などの人権の擁護・虐待の防止などのために、次に掲げるとり必要な措置を講じます。

- (3) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	生活相談員 徳弘博美
-------------	------------

- (4) 苦情解決体制を整備しています。

8. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束は行いません。ただし、自称他害などの恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危機が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることについて留意して、必要最小限の範囲内で行なうことがあります。その場合は、身体拘束を行なった日時、理由および態様等についての記録を行います。

9. 秘密保持と個人情報保護について

<p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、適切な取り扱いに努めるものとします。          ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）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の秘密を正当な理由なく、第三者に洩らしません。          ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。          ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間および従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議などで利用者の家族の個人情報を用いません。          ② 事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれている記録物（紙による物の他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。          ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じ</p>

	<p>てその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正などを行なうものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>
--	---

#### 1 0. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に症状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行なうなど必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

#### 1 1. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者などに連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

※事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	株式会社 損害保険ジャパン
保障の概要	<p>管理財物の事故（入れ歯を洗浄中に破損したなど）          業務遂行中の事故（介助者が誤って利用者様を転倒させてしまったなど）          人格権侵害など（利用者様に対しての名誉棄損など）          他</p>

#### 1 2. 居宅介護支援事業者などとの連携

- 1) 指定通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者および保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- 2) サービスの提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- 3) サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

#### 1 3. サービス提供の記録

- 1) 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行なうこととし、その記録はサービス完結の日から2年間保存します。
- 2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。

#### 1 4. 衛生管理

- 1) 指定通所介護の用に共する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- 2) 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。

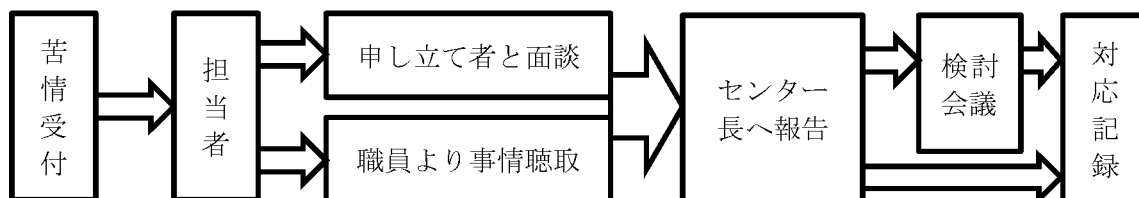
3) 食中毒および感染症の発生を防止するための措置などについて、必要に応じて保険所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

15. サービス提供に関する相談について

1) 苦情処理の体制および手順

①提供した指定通所介護に係る利用者およびその家族からの相談および苦情を受けるための窓口を設置します。

②相談および苦情に円滑かつ適切に対応するための手順は以下の通りです。



2) 苦情申し立て窓口

事務所	デイサービス「めりふる」 電話番号:088-879-9825 FAX :088-878-9823 受付時間:午前 8:30 ~ 午後 6:00 (受付時間外は携帯電話に転送) 担当 :伊井 雄二
高知市	高知市役所 介護保険課 電話番号:088-823-9972 FAX :088-824-8390 受付時間:月曜 ~ 金曜 午前 8:30 ~ 午後 5:15
国保連	高知県民健康保険団体 電話番号:088-820-8410 088-820-8411 FAX :088-820-8413 受付時間:月曜 ~ 金曜 午前 9:00 ~ 午後 4:00

【説明確認日】

平成 年 月 日

デイサービス利用の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 事業者名	所在地	高知県高知市梅ノ辻 2-6 リハビリ型デイサービス「めりふる」
-------------	-----	------------------------------------

説明者	印
-----	---

デイサービスの契約締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者	住所 氏名	印
-----	----------	---

代筆	氏名
----	----

代理人	住所 氏名	印
-----	----------	---

## 個人情報使用同意書

私（および私の家族）の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

### 記

1. 使用する目的  
私のための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、介護支援専門員と事業所との連絡調整などにおいて必要な場合
2. 使用する期間  
指定通所介護利用契約期間と同じとする。
3. 条件  
個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあ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。

令和 年 月 日

リハビリ型デイサービス「めりふる」  
法人名 株式会社 ムルム  
住所 高知県高知市梅ノ辻2番6号  
代表取締役 伊井 雄二 様

利用者 住所

氏名 印

代筆者 氏名 続柄

## 介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業契約書

様（以下「利用者」という。）と株式会社ムルム（以下「事業者」という。）は、事業者が提供する介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業（介護予防通所介護相当）の利用等について、以下のとおり契約を締結します。

### （契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り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支援することを目的としてサービスを提供します。

### （契約期間）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

### （第一号通所サービス（介護予防通所介護相当）計画書の作成及び変更）

第3条 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、利用者の介護予防サービス計画書または介護予防マネジメント（以下「介護予防ケアプラン」といいます。）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なサービス内容等を記載した第一号通所サービス（介護予防通所介護相当）計画書（以下「サービス計画書」といいます。）を作成します。サービス計画書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たうえで交付します。

2 事業者は、サービス計画の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。

### （提供するサービスの内容及びその変更）

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数および利用料は、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、当該変更が介護予防ケアプラン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、利用者が介護予防ケアプラン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。

- 4 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、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

#### (利用料等の支払い)

第5条 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。
- 3 利用者が、重要事項説明書に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

#### (利用料の変更)

第6条 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、この変更不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。

#### (利用料の滞納)

第7条 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解約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、担当の地域包括支援センター及び府中市と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、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、文書をもって本契約を解約することができます。

#### (利用者の解約権)

第8条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

- 2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。
  - (1) 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとしなない場合
  - (2) 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合

- (3) 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

#### (事業者の解約権)

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- (1) 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合
  - (2) 利用者が事業者の通常の事業の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の地域包括支援センター及び必要に応じて府中市に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

#### (契約の終了)

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- (1) 利用者が死亡した場合
- (2) 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合
- (3) 事業対象者でない利用者の要介護状態区分が自立となった場合
- (4) 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- (5) 利用者が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となった場合
- (6) 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- (7) 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (8) 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- (9) 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- (10) 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合

#### (損害賠償)

第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

- 2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
- 3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

#### (守秘義務)

- 第12条 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。
- 2 事業者は、事業者の従業者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないように必要な処置を講じます。
  - 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、介護保険法第23条に基づくもののほか、利用者の介護予防ケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
  - 4 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

#### (苦情処理)

- 第13条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、重要事項説明書に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。
  - 3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

#### (サービス内容等の記録の作成及び保存)

- 第14条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。
- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。
  - 3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ、第1項の記録の写しを交付することができるものとします。

(契約外条項)

第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業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、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

平成 年 月 日

(利用者) 利用者 住所  
氏名 印

(代理人) 署名代行者 住所  
氏名 印  
本人との続柄

(事業者) 住所 高知市梅ノ辻2-6  
事業者 株式会社ムルム  
代表者 伊井 雄二 印

平成 年 月 日

## 介護予防・日常生活支援総合事業

### 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）契約書別紙（兼重要事項説明書）③

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

#### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 ○○○○
主たる事務所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○○○
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ○○ ○○
設 立 年 月 日	平成○○年○○月○○日
電 話 番 号	○○○-○○○-○○○○

#### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター○○○	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当）	
事業所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○○○	
電 話 番 号	○○○-○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	平成○○年○○月○○日指定	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
実施単位・利用定員	○単位	定員○○人
通常の事業の実施地域	○○市、○○市	

#### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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ことができるよう、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ことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
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、利用者の要支援状態の

	軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。
--	--

#### 4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）は、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	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後6時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで ----- 延長時間は、午前8時30分から午前9時30分まで 及び 午後4時30分から午後6時30分まで とします。

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
看護職員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
介護職員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
機能訓練指導員	常勤 ○人、 非常勤 ○人

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 ○○ ○○
管理責任者の氏名	管 理 者 ○○ ○○

#### 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号訪問事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

**【基本部分：介護予防通所介護相当】**

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業対象者 要支援1	17,359円(1月につき)	1,736円	3,472円
要支援2	35,593円(1月につき)	3,560円	7,119円
事業対象者 要支援1	3,984円(1回につき) (1月の中で全部で4回までのサービス)	399円	797円
要支援2	4,100円(1回につき) (1月の中で全部で5回～8回までのサービス)	410円	820円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

**【加算：介護予防通所介護相当】**

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額		
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
生活機能向上 グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1,054円	106円	211円
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練を行った場合	2,371円	238円	475円
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	1,581円	159円	317円
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別に	1,581円	159円	317円

	に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合				
選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合		5,059円	506円	1,012円
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ			7,378円	738円	1,476円
事業所評価加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合		1,264円	127円	253円
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）イ	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	要支援1	758円	76円	152円
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）ロ		要支援2	1,517円	152円	304円
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）		要支援1	505円	51円	101円
		要支援2	1,011円	102円	203円
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）		要支援1	252円	26円	51円
		要支援2	505円	51円	101円
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合				
介護職員 処遇改善加算Ⅱ					
介護職員 処遇改善加算Ⅲ					
介護職員 処遇改善加算Ⅳ					

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注4) 加算Ⅲは加算Ⅱの90%、加算Ⅳは加算Ⅱの80%となります。

## (2) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき〇〇円の延長料金をいただきます。
食費	食事の提供を受けた場合、1回につき〇〇円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき〇〇円の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。



### (3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の〇〇%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の〇〇%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

### (4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、〇〇日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の〇日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇〇
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の〇日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇〇
現金払い	サービスを利用した月の翌月の〇日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	〇〇〇〇
	氏名	〇〇〇〇
	所在地	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	〇〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
----------------	----------------------	-----------------------------

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び箕面市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	箕面市高齢福祉室	電話番号 072-727-9505
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号 06-6949-5418

### 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

### 13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

平成 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地

事業者 (法人) 名

代表者職・氏名

印

説明者職・氏名

印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名

印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名

印

立会人 住所

氏名

印