介護予防通所介護相当サービス

（高松市 介護予防・日常生活支援総合事業）

■ 利用契約書

■ 重要事項説明書

■ 個人情報使用同意書

株式会社 あい介護サービス

学び舎こくぶんじ

介護予防通所介護相当サービス 利用契約書

介護予防通所介護相当サービス　利用者（以下、「利用者」という）と株式会社あい介護サービス（以下、「事業者」という）は、事業者が利用者に対して行う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、介護予防通所介護相当サービスを提供し、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　契約の期間

１. この契約の契約期間は、契約締結の日から、利用者の要介護認定の有効期間満了までとします。

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　介護予防通所介護相当サービス計画の作成・変更

１．事業者は、利用者の日常生活全般の状況を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、「居宅サービス計画」に沿って、「介護予防通所介護相当サービス計画」を作成します。

２．事業者は、この「介護予防通所介護相当サービス計画」の内容を利用者および代理人に説明します。

３．事業者は、利用者に係る居宅サービス計画が変更される場合、サービスを提供する者と連絡調整を取り、「介護予防通所介護相当サービス計画」の変更を行うものとします。

第４条　介護予防通所介護相当サービスの内容

1. 事業所が提供するサービスの内容

種類	内　　容
健康チェック	・　体温・血圧等の測定をし、体調のチェックを行います。体調の変化についてはご家族と連絡を取り、健康相談業務を行います。
食事	・　栄養ならびに利用者の身体状況・嗜好を配慮した食事を提供します。
送迎	・　自宅から事業所間の送迎を行います。
入浴	・　入浴または清拭を行います。 ・　自立支援のためにも手すり付の浴槽で入浴することができます。
排泄	・　利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
機能訓練	・　残存能力を使い、日常生活動作訓練を支援します。できるだけご自分で行っていただき、在宅での生活維持に努められるよう配慮します。
生活相談	・　在宅生活上の相談に当たります。

２．事業者は、第３条に定めた居宅サービス計画に沿って、介護予防通所介護相当サービスを提供します。

３. 利用者は、サービス内容の変更を希望される場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限り利用者の希望に添うようにします。

第５条　サービスの提供の記録

１．事業者は、サービスの提供の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複写物の交付を受けることができます。

第６条　料金等について

１.介護保険からの介護予防通所介護相当サービス費の給付は、原則として料金表（別紙重要事項説明書参照）の１割、もしくは２割、３割をご負担頂きます。

※ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用の料金、保険適用外の料金は全額負担となります。

２.事業者は利用者が正当な理由なく通所介護サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、キャンセル料の支払を求めることが出来ます。

３．介護保険の給付対象とならない利用料金

サービス提供記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。１枚につき 11 円

通常の事業の実施地域から利用者宅までの距離が 10ｋｍ未満のとき 550 円、10ｋｍ以上のとき 1,100 円の交通費をいただきます。

４．利用料金等お支払方法

①お支払方法は、当社指定金融機関からの口座引き落としを原則とします。

※口座引き落とし手続き完了までの期間は現金による集金またはお振込みとなります。

②事業者は、当月の料金の合計額の請求明細書を付して翌月 10 日以降に発行します。

③利用者は、当月の料金の合計額を、金融機関指定日に口座引き落としの方法によって支払います。

④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翌月 10 日以降に発行します。

５．利用料金等お支払い期日

①お支払期日は、請求書発行月の末日を原則とします。

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．利用者がサービス提供日の前日午後５時までに通知することなくサービスの利用の中止を申し出た場合は、事業者は、利用者に対して料金の一部を請求することができます。

３．事業者は、利用者の体調不良等の理由により、介護予防通所介護相当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。

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『変更の同意書』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、この契約を解除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、1 ヵ月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、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合、予告期間が 1 ヵ月以内の通知でもこの契約を解除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、この契約を解除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、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（介護職員や他の利用者に対する故意による暴言・暴力行為等ならびにセクハラ行為等）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、要介護または非該当（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が使用する者は、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等において、利用者および家族に関する個人情報を用いません。

４．第 2 項に定める文書による同意は、本契約書の締結とともに「介護予防通所介護相当サービス　利用契約における個人情報使用同意書」への署名をもって同意したものとみなします。

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、現に介護予防通所介護相当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、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援業者等へ速やかに連絡いたします。

第１３条　非常災害時の対策

非常時の対応	万一事故が発生した場合には、速やかに利用者の救済、事故の拡大防止など必要な措置を講じます。	
平常時の訓練等 防災設備	火災を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。	
	設備名称	個数等
	消火器	あり
	自動火災報知器	あり
	ガス漏れ報知器	あり
	簡易式スプリンクラー	あり

第１４条　連携

１．事業者は、介護予防通所介護相当サービスの提供にあたり、介護支援専門員および保険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．事業者は、この契約の写しを介護支援専門員に速やかに送付します。

３．事業者は、この契約の内容が変更された場合、また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 条第 2 項または 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　サービス利用に当たっての留意事項

送迎時間	何らかの理由で、送迎時間の変動があった場合は、速やかに連絡いたしますが、利用日には、準備を早めにお願いいたします。
体調確認	風邪、病気等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
体調不良等によるサービスの中止・変更	当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更または中止することがあります。
気象状況等によるサービスの中止・変更	台風や大雪などによりサービスの提供が危険あるいは難しい場合、サービス内容を変更または中止することがあります。
設備・器具の利用	居宅介護支援事業者の担当者に申し出された上、当事業者へご相談下さい。
連絡先の変更	緊急時に連絡が取れるよう、連絡先の変更があった場合は、速やかにお知らせ下さい。

第１６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、介護予防通所介護相当サービス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１７条　本契約に定めない事項

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。

以上の契約を証するため、本書二通を作成し、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

事業者名　　株式会社あい介護サービス

住　所　　香川県高松市一宮町１７６０番地２

代表者氏名　　代表取締役　倉 本 誠 一 朗

事業所名　　学び舎こくぶんじ

利用者

住　　所 ----------

氏　　名 ----------

電話番号 ----------

代理人

住　　所 ----------

氏　　名 ----------

電話番号 ----------

利用契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

１．使用する目的

① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため

② 円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため

③ 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため

④ 利用の有無、利用時の様子に関する家族等（三親等内）からの問い合わせの場合

⑤ その他サービス提供で必要な場合

⑥ 上記各号に関わらす、緊急を要する時の連絡等の場合

２．使用にあたっての条件

① 個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲内で必要最低限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることがないよう細心の注意を払うこと。

② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

３．個人情報の内容（例示）

① 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防通所介護相当サービス等を行うために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報

② その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和　　年　　月　　日

事　業　者　株式会社あい介護サービス
代表取締役　倉本　誠一朗

利　用　者　住　所 ……

氏　名 ……

署名代筆者　住　所 ……

氏　名 ……

重要事項説明書

1.会社概要

名称・法人種別	株式会社　あい介護サービス
代表者名	倉本　誠一朗
住　所	高松市一宮町 1760-2
電　話	087-885-8008
ＦＡＸ	087-885-8009

2.事業所概要

名称	学び舎こくぶんじ
管理者	篠田 智臣
所在地	高松市国分寺町新居 956-8
電話番号	087-875-0808
FAX	087-875-0815
指定番号	3770107617

3.事業の目的と運営方針

事業の目的	当事業所が開設する学び舎こくぶんじ（以下「事業所」という。）が行う介護予防通所介護相当サービスの事業（以下「事業」という。）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、事業所の生活相談員、看護師の「看護職員」、介護職員、機能訓練指導員（以下「通所介護従業者」という。）が、要介護状態にある高齢者等に対し、適正な介護予防通所介護相当サービス事業を提供することを目的としています。
運営方針	要介護状態の心身の特性を踏まえて、その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、さらに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その家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行ないます。 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4.職員体制

管理者	1名
生活相談員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上
看護師	常勤換算 1名以上
介護員	常勤換算 4名以上

5. 設備の概要

送迎車	7 台
食堂兼機能訓練室	1 室
浴室	1 室 個浴 2　特浴 1
トイレ	4 箇所
相談室	1 室
静養室	1 室

6. 営業時間、利用定員

営業日	月曜日から土曜日
休日	日曜日及び 12 月 31 日～1 月 2 日
営業時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：30～16：30
利用定員	1 日 30 名

7. 利用料金表

(1) 介護保険サービス（1 月あたり）

サービス内容	金　　額
要支援 1 月 5 回の場合	4,422 円 18,232 円
要支援 2 月 9 回の場合	4,533 円 36,717 円

※料金につきましては介護保険法の法令遵守に伴う設定とさせていただきます。

(2) 介護保険サービス（その他の加算　1月あたり）

加算の種類	金　額
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	サービス利用料の 12.0%
サービス提供体制強化加算Ⅱ（要支援 1）	730 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ（要支援 2）	1,460 円
口腔機能向上加算Ⅱ	1,622 円
中山間地域等サービス提供加算	5%
科学的介護推進体制加算	405 円

(3) 介護保険適用外の項目

内　容		金　額
食費	1 食あたり	700 円
レクリエーション材料費		実費
館外活動	入園料等	実費
オムツ代等	リハビリパンツ	100 円
	尿取パッド	50 円
キャンセル料	前日 17 時までのご連絡の場合	無料
	当日 8 時までのご連絡の場合	利用料の 20%＋食費
	ご連絡がなかった場合	利用料の 50%＋食費

8. サービス実施地域

(1)通常の実施地域は、高松市（島しょ部を除く）の区域とします。

9. 留意事項

(1)サービス提供にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を確認し、心身の状況に応じたサービスの提供を行うよう留意します。

10. 緊急時の対応

介護予防通所介護相当サービスを実施中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。

緊急連絡先	
氏　　名	（続柄）
住　　所	
電話番号	
主治医	
病 院 名	
医 師 名	
住　　所	
電話番号	

11. 非常災害対策

(1)消防法に規定する防火管理者を設置し、消防計画を作成します。

(2)消火、通報及び避難訓練の実施を行います。

(3)その他防火管理上必要な業務を行います。

12. 衛生管理及び健康管理

(1)備品を清潔に保持し、常に衛生管理に十分留意します。

(2)感染症等に関する基礎知識の習得に努めます。

13. 個人情報の保護

(1)事業所は、個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いの為のガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

(2)事業所が得た利用者の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

14. 秘密保持

(1)業務上知り得た利用者又はその家族の情報は、通所介護従事者でなくなった後においても秘密を保持します。

15. 苦情処理

(1)利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当職員を置き、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じ、利用者及び家族に説明致します。

16. 事故発生時

(1)サービスの提供中に事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

(2)事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

17. ご相談及び苦情窓口

学び舎こくぶんじ	087-875-0808
国民健康保険団体連合会　介護保険室	087-822-7435
高松市介護保険課	087-839-2326

18. その他

(1)事業所は通所介護従事者等の質の向上を図るための研修の機会を設けます。

(2)身分を証明する証票を携行し、利用者から求められたときはこれを掲示します。

(3)事業を行うため、ケース記録、サービス決定調書、利用者負担金収納簿、その他必要な帳簿を整備します。

上記内容について説明を受け、同意いたします。

令和　　年　　月　　日

事 業 者　高松市一宮町 1760 番地 2

株式会社あい介護サービス

代表取締役　倉本　誠一朗

事 業 所　学び舎こくぶんじ

説明担当者　……

ご利用者　住所……

氏名……

ご家族・続柄……

附則　平成 31 年 4 月 1 日
附則　令和 1 年 6 月 1 日
附則　令和 1 年 10 月 1 日
附則　令和 2 年 7 月 9 日
附則　令和 3 年 4 月 1 日
附則　令和 4 年 1 月 1 日
附則　令和 4 年 10 月 1 日
附則　令和 6 年 4 月 1 日
附則　令和 6 年 6 月 1 日
附則　令和 8 年 6 月 1 日