

契約書
重要事項説明書
(介護予防通所サービス)

デイサービス秋桜

介護予防通所サービス利用契約書

甲（利用者）様
乙（事業者）株式会社ケアサポート

第1条（介護予防通所サービスの目的）

- 1 乙は、介護保険法令の趣旨に従い、甲が可能な限りその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、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、甲の心身機能の維持回復を図り、甲の生活維持または向上を図ることを目的として、甲に対し、介護予防通所介護サービスを提供します。

第2条（契約期間と更新）

- 1 この契約の有効期間は、令和 年 月 日～令和 年 月 日とします。
但し、本契約期間満了日以前に甲が要支援状態区分の変更の認定を受け、要支援認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。
- 2 前項の契約期間満了の30日前までに甲から書面による更新拒絶の申し入れがない場合、本契約は自動更新され、以後も同様とします。
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、期間満了の日の翌日から更新後の要支援認定有効期間の満了日とします。
但し、契約期間満了日以前に甲が要支援状態区分の変更の認定を受け、要支援認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。

第3条（介護予防通所サービス計画の作成・変更）

- 1 乙の管理者は、甲の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防通所サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防通所介護計画を作成します。
- 2 乙は、甲に係る介護予防通所サービス計画が作成されている場合には、それに沿って甲の介護予防通所介護計画を作成するものとします。
- 3 乙は、甲に対して、介護予防通所サービス計画作成のために必要な支援を行うものとします。
- 4 乙は、介護予防通所サービス計画について、甲、担当地域包括支援センターもしくは同センターの委託を受けた事業所に対して説明し、協議の上、作成するものとします。
- 5 乙は、甲に係る介護予防通所サービス計画が変更された場合、もしくは甲の要請があり、介護予防通所サービス計画について変更の必要があるかどうかを調査し、その結果、介護予防通所サービス計画の変更の必要があると認められた場合には、甲に説

明をし、介護予防通所サービス計画を変更するものとします。

- 6 乙は、介護予防通所サービス計画を変更した場合には、甲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（介護予防通所サービス計画の変更の援助）

- 1 乙は、甲が、介護予防通所サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに担当地域包括支援センターもしくは同センターの委託を受けた事業所に連絡するなど必要な援助を行います。
- 2 乙は、介護予防通所サービス計画の変更に際して、介護予防通所サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに担当地域包括支援センターもしくは同センターの委託を受けた事業所に連絡するなど必要な援助を行います。

第5条（介護予防通所サービスの内容）

- 1 乙は、介護保険給付対象サービスとして、事業所において、甲に対して、日常生活上の支援及び機能訓練を提供します。
- 2 乙が、甲に対し提供する介護予防通所サービスの日数、具体的内容、介護保険適用の有無については、別紙「重要事項説明書」のとおりです。
- 3 乙は、甲との合意に基づき、介護保険給付の支給限度額を超える介護予防通所介護サービスを提供することができます。
- 4 前項の内容は、別紙「重要事項説明書」のとおりです。
- 5 乙は、甲に対し、介護保険給付内のサービスか否か、利用料の負担について、甲及び甲の家族に対してわかりやすく説明します。

第6条（介護予防通所サービスの基本方針）

- 1 乙は、介護予防通所サービスの提供にあたり、甲の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。
- 2 乙は、介護予防通所サービスの提供にあたっては、単に利用者の運動機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者が出来る限り要介護状態にならないで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するものであることを常に意識してサービスの提供にあたります。
- 3 乙は、甲が、その有する能力を最大限活用することができるような介護予防通所介護サービスの提供に努めます。
- 4 乙は、介護予防通所サービスの提供にあたり、甲とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、甲が、主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めます。

第7条（介護予防通所サービスの提供記録）

- 1 乙は、甲に対して介護予防通所サービスを提供する毎に、当該サービスの提供日、内容及び介護保険から支払われる報酬等の必要事項を記録します。

- 2 乙は、甲に対する介護予防通所サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から2年間保存します。
- 3 甲は、乙に対し、いつでも1項に規定する書面その他乙に対する介護予防通所サービスの提供に関する記録の閲覧謄写を求めることができます。
但し、謄写に際して、乙は甲に対して、実費相当額を請求できるものとします。
- 4 乙は、甲に対して、提供した介護予防通所サービスの内容を確認するために、毎月報告書を作成します。

第8条（利用日の中止・変更）

- 1 甲は、利用期日前において、介護予防通所サービスの利用を中止又は変更することができます。
- 2 前項の場合には、甲はサービス実施日の前日までに乙に申し出るものとします。
- 3 乙は、第1項に基づく甲からのサービス利用の変更の申し出に対して、事業所が満員で甲の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を甲に提示して協議するものとします。

第9条（利用料等）

- 1 乙が提供する介護予防通所サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用は、別紙「重要事項説明書」に記載したとおりです。
- 2 乙から提供を受ける介護予防通所サービスが介護保険の適用を受ける場合、甲は、乙に対し、原則として、利用料の1割を支払います。
但し、介護保険法令に基づいて、甲が、保険給付を償還払い（一旦甲が乙に対し全額を支払い、その後甲が市町村から9割分の払戻を受ける支払方法）の方法で受ける場合には、乙に対し、利用料の全額を支払います。
- 3 乙から提供を受ける介護予防通所サービスが介護保険の適用を受けない場合、甲は、乙に対し、利用料の全額を支払います。
- 4 乙は、甲に対し、毎月翌月15日までに、当月のサービスの提供日、サービスの内容、利用料等の内訳を記載した利用明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
請求書には、①甲が利用した介護予防通所サービスにつき、利用回数、利用単位、介護保険適用の有無、法定代理受領の有無、②介護予防通所介護提供1回当たりの交通費実費金額及び回数を明示します。
- 5 甲は、乙に対し、当月の利用料を、毎月翌月末日までに重要事項説明書に記載された方法で支払います。
- 6 乙は、甲から利用料等の支払いを受けたときは、甲に対し、領収証を発行します。
領収証には、乙が提供する各種のサービスごとの介護保険給付の対象となるものと対象外との区別、領収金額の内訳を表示します。

第10条（保険給付の請求のための証明書の交付）

- 1 乙は、甲に対して提供した介護予防通所サービスについて、甲から利用料の全額の支払いを受けた場合は、甲に対し、サービス提供証明書を交付します。

- 2 前項のサービス提供証明書には、提供した介護予防通所サービスの内容、利用単位、費用等を記載します。

第11条（利用料の滞納）

- 1 甲が、正当な理由なく乙に支払うべき利用料を2ヶ月以上滞納した場合において、乙が、甲に対して1週間以内に滞納額を支払うよう催告したにもかかわらず全額の支払いがないとき、乙は、甲の健康・生命に支障がない場合に限り、全額の支払いがあるまで甲に対する介護予防通所サービスの全部又は一部の提供を一時停止することができます。
- 2 甲が、乙に対し、前項の一時停止の意思表示をした後、2週間経過しても全額の支払いがないとき、乙は、甲の健康・生命に支障がない場合に限り、この利用契約を解除することができます。

第12条（契約の終了）

次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- 1 甲の要支援状態が自立あるいは要介護状態と認定された場合。
- 2 甲が死亡したとき。
- 3 第11条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 4 第13条に基づき、甲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とき。
- 5 第14条に基づき、乙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とき。
- 6 甲が、介護保険施設などへ入所した場合。

第13条（甲の解約権）

甲は、乙に対し、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、30日以上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。

第14条（乙の解約権）

乙は、甲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、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、第1条に定めるこの介護予防通所介護サービス契約の目的を達することが不可能となったとき、30日以上予告期間をもってこの契約を解除することができます。

第15条（損害賠償、事故報告義務）

- 1 乙は、甲に対する介護予防通所サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、甲又は甲の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに甲に対して損害を賠償します。

- 2 乙は、万が一の事故発生に備えて あいおいニッセイ同和損保の損害賠償責任保険に加入しています。
- 3 乙は、甲に対し、介護事故を生じさせた場合は、速やかに甲の家族等に報告をし、かつ、市町村に事故の報告をします。

第16条（緊急時の対応）

- 1 乙は、介護予防通所サービスの提供中に甲の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに別紙「重要事項説明書」記載の主治医又は協力医療機関と連絡を取り、救急治療あるいは救急入院など必要な措置を講じます。
- 2 前項の場合、乙は、別紙「重要事項説明書」記載の緊急連絡先に直ちに連絡します。

第17条（秘密保持）

- 1 乙及びサービス従事者又は従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する介護予防通所サービスの提供にあたって知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。
- 2 乙は、乙の従業者が退職後、在職中知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- 3 乙は、甲又は甲の家族の個人情報を用いる場合は、甲及び甲の家族から同意をあらかじめ文書で得ない限り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を用いませぬ。
- 4 乙又は乙の従業員は、前項の規定にかかわらず、以下の場合は、甲又は甲の家族の同意を得ることなく、甲又は甲の家族の個人情報を第三者に提供することがあります。
 - (1) 甲について、高齢者虐待法上の通報の必要が生じ、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第7条、第21条1項ないし3項及び6項により守秘義務が免除される場合
 - (2) 甲について生命、身体又は財産の保護のために個人情報の使用が必要となり、かつ、甲の同意を得ることが困難であるとき
 - (3) 個人情報保護法第23条1項各号により、本人の同意なく個人情報の第三者提供が許される場合

第18条（苦情処理）

- 1 甲、甲の家族または身元引受人は、提供された介護予防通所サービスに苦情がある場合、いつでも乙に苦情を申し立てることが出来ます。

尚、乙の苦情窓口は、別紙「重要事項説明書」記載のご利用者相談室となります。
- 2 乙は、苦情が申し立てられた場合には、速やかに事実関係を調査し、甲に書面にて調査の結果、改善の必要性の有無、その方法等を報告し、サービスの向上、改善に努めます。

- 3 甲は、乙が提供した介護予防通所サービスに関する苦情がある場合には、第1項の方法による場合に加え、何時でも別添の重要事項説明書に記載されている第三者委員、運営適正化員会に苦情を申し立てることが出来ます。
- 4 甲は、介護保険法令に従い、市町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申立機関に苦情を申し立てることが出来ます。
- 5 甲が前各号に定める苦情申立をした場合、乙は、甲に対して、苦情の申立があったことを理由にいかなる差別的取り扱いもしません。

第19条（合意管轄）

本契約に関してやむを得ず訴訟をする場合は、豊橋地方裁判所を第一審管轄裁判所とすることを甲及び乙は予め合意します。

第20条（契約外事項）

本契約に定めのない事項については、介護保険法令、消費者契約法、その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、各1通を保有するものとします。

介護予防通所サービス重要事項説明書

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	株式会社ケアサポート
主たる事務所の所在地	愛知県豊川市大堀町293番地
代表者（職名・氏名）	代表取締役 本多康夫
設 立 年 月 日	平成31年2月16日
電 話 番 号	0533-65-8702

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス秋桜	
サ ー ビ ス の 種 類	介護予防通所サービス	
事 業 所 の 所 在 地	愛知県豊橋市中岩田五丁目10-9	
電 話 番 号	0532-21-8772	
指定年月日・事業所番号	令和6年11月1日	2392000952
利 用 定 員	定員 10人	
事 業 の 実 施 地 域	豊橋市	

3. 事業の目的と運営の方針

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、介護予防通所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

介護予防通所サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、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	365日
営業時間	午前6時30分から午後20時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後17時35分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従業員	常勤 2人、 非常勤 6人
うち介護職員	常勤 2人、 非常勤 4人
看護師	常勤 人、 非常勤 2人

7. サービス提供の責任者

サービス提供の管理責任者（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。

管理責任者の氏名	菅谷 元希
----------	-------

8. 利用料

利用料の額は、東三河広域連合指定介護予防通所サービス及び指定広域型通所サービスの人員、設備及び運営等の基準並びに要する費用の額の算定に関する基準に関する要領の別添に記載された額とし、当該指定介護予防通所サービスが法定代理受領サービスであるときは、利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額の全額をご負担いただ

きます。

(1) 予防専門型通所サービスの利用料・・・地域区分10.14%

	基本利用料		
要支援1（週1回）	1,798単位	(1日につき)	59単位
要支援2（週2回）	3,621単位	(1日につき)	119単位

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）…1月につき＋所定単位数×90/1000
科学的介護推進体制加算…1月につき40単位

(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、 60分につき200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、朝食500円、昼食570円、夕食630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100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も包括報酬のためキャンセル料は発生しません。

(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、30日以内に差し上げます。

b 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20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。 通帳記入『ライフサポート』
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（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。

	豊橋信用金庫 向山支店 普通0245876 (株) ケアサポート
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（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 氏名 所在地 電話番号	別紙へご記入をお願いします。
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	別紙へ記入をお願いします。

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（又は介護支援専門員）及び市町村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 0532-21-8772 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	東三河広域連合	電話番号 0532-26-8470
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号 052-971-4165

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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 3. 虐待防止のための取り組みについて

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じています。また、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを指定権者に通報します。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果については職員に周知します。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備しています。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しています。
- (4) 成年後見人制度の利用を支援しています。
- (5) 苦情等解決体制を整備しています。
- (6) 前5号に掲げる措置を適切に実施するための責任者を定めています。

1 4. 身体拘束について

事業者は、利用者に対し原則、身体拘束等の利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険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、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また身体拘束等の適正化を図るため、次の措置を講ずるものとします。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果については訪問介護員等に周知します。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。

- (3) 職員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施しています
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための責任者を定めています。

15. 業務継続計画の策定について

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非日常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 事業所は、従業者に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (2) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16. ハラスメント防止に関する事項

事業者は、介護の現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超えるような下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ばされそうになった）行為（身体的暴力）
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為（精神的暴力）
- (3) 意に沿わない性的な言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為（セクシュアルハラスメント）。

上記の対象は、当該法人職員、取引先事業所の方、ご利用者及びその家族等となります。万が一、ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議などにより、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡・相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

17. 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。

令和 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 愛知県豊川市大堀町293番地
事業者（法人）株式会社ケアサポート
代表者職・氏名代表取締役 本多康夫 印
説明者職・氏名管理者 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