

重 要 事 項 説 明 書

地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型）サービス

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（函館市指定 第0191400399号）

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービスまたは第1号通所事業（国基準通所型サービス）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として「要介護・要支援・事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護・要支援及び事業対象者認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 函館鴻寿会
- (2) 法人所在地 北海道函館市亀田町7番1号
- (3) 電話番号 0138-41-5100
- (4) 代表者氏名 理事長 上山 剛
- (5) 設立年月日 平成11年10月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域密着型通所介護事業所
令和2年8月1日指定 函館市指定 第0191400399号
指定第1号通所事業所
令和2年8月1日指定 函館市指定 第0191400399号
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事ができるように支援することを目的として、ご契約者に、地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）を提供します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターこうじゅ
- (4) 事業所の所在地 北海道函館市亀田町7番1号
- (5) 電話番号 0138-41-5100
FAX 0138-41-5109
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 埜畑 けい子
- (7) 事業所の運営方針 事業所の従事者は、高齢者等の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、介護予防および自立支援の観点から、生活全般にわたる援助を行います。
- (8) 開設年月日 令和2年8月1日
- (9) 利用定員 18名
- (10) 事業所が行っている他の業務
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
[短期入所生活介護] 平成12年5月10日指定 北海道指定 第0171400492号
[居宅介護支援] 平成18年4月24日指定 北海道指定 第0171401862号
[障害者短期入所] 平成16年5月10日指定 北海道指定 第0111400172号
[地域密着型特定施設入居者生活介護]
平成25年3月25日指定 函館市指定 第0191400399号

[地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護]

平成28年4月 1日指定 函館市指定 第0191400399号

[住宅型有料老人ホーム] 平成28年12月1日

[認知症対応型通所介護] 令和3年7月1日指定 函館市指定 第0191400399号

3. 事業実施地域および営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 函館市（旧戸井町・旧恵山町・旧榎法華村・旧南茅部町を除く）

(2) 営業時間	営 業 日	月曜日～日曜日
	営 業 時 間	8：30～17：30

4. 事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して地域密着型通所介護サービスおよび、第1号通所事業（国基準通所型サービス）を提供する職員として、次の職種の職員を配置しています。

職 種	業 務 内 容	人 員
管理者	運営管理	1名（常勤兼務1名）
介護職員	送迎、入浴等の介護業務	7名（常勤兼務1名・非常勤専任3名）
生活相談員	相談及び苦情処理、送迎等	2名（常勤兼務1名）
看護職員	健康管理、保健指導等	3名（非常勤兼務3名）
機能訓練指導員	機能回復訓練	3名（非常勤兼務3名）
事務担当職員	会計、庶務	1名
栄養士	献立作成、栄養管理等	1名
その他の職員	理事長が必要と認めた職員	若干名

5. サービス内容と利用料金

当事業所では、ご契約者に対して、利用料金が介護保険から給付される場合および利用料金の全額をご負担していただく場合があります。

サービス提供時間 9：00～16：30

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

利用料金の大部分（負担割合証の負担割合に応じ、9割、8割、7割）は介護保険から給付されますが、選択的サービスについては、利用者ごとの選択制となります。また、利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅介護サービスまたは介護予防サービス・支援計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで地域密着型通所介護計画または第1号通所事業計画に定めます。

＜サービスの概要＞

(1) 共通的服务

契約者が自立した生活を送るため、ご希望された場合において食事・送迎・入浴などのサービスを行います。

①食事

- ・当センターでは、栄養士が作成する献立表により栄養バランスがとれた、季節感のあるメニューをご用意しています。
- ・皆様の、身体の状態に合わせ、粥食、刻み食など工夫した形で提供しております。（当日の体調によっても変更が可能です。）
- ・当日の献立のほか、嗜好を考慮した食事を提供します。（代替食をご用意しております。）
- ・食事時間は12:00～13:30まで1時間半ありますので、ごゆっくり召し上がれます。
- ・昼食後の口腔内ケアも行います。
- ・入浴後のお茶もご用意しております。

②送迎サービス

- ・お迎えの時間については予めご連絡いたしますが、冬期間や当日の道路事情、順路の変更により多少前後することがありますのでご了承ください。また、皆様のお宅の玄関

- までお迎えに上がりますので、必ず家の中でお待ちください。
- ・身体の状態に合わせて、乗降の際の介助なども行いますのでご安心ください。
 - ・車酔いされる方はご相談ください。

（２）選択的サービス

①個別機能訓練サービス（Ⅰ）

機能訓練指導員により利用者個別の心身の状況を重視した、個別機能訓練計画を作成し、生活機能向上を目的とした訓練を実施します。

＜サービスの利用頻度＞

利用する曜日や内容等については、居宅サービスまたは介護予防サービス・支援計画に沿いながら、ご契約者と協議のうえ決定し、地域密着型通所介護計画または第1号通所事業計画に定めまします。また、契約者の状態の変化、地域密着型通所介護計画または第1号通所事業計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

なお、事業対象者は週1回又は週2回程度となりますが、ご契約者と協議のうえ、利用回数を定めます。

＜サービス利用料金＞（契約書第6条参照）

次の料金表によって、ご契約者の要介護・要支援・事業対象者度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）および食費をお支払いください。

①地域密着型通所介護サービスの利用料金

1日あたりの料金

7時間以上8時間未満		告示額	ご利用者様負担額			
			1割	2割	3割	
要介護1		7,530	753	1,506	2,259	
要介護2		8,900	890	1,780	2,670	
要介護3		10,320	1,032	2,064	3,096	
要介護4		11,720	1,172	2,344	3,516	
要介護5		13,120	1,312	2,624	3,936	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		220	22	44	66	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ		560	56	112	168	サービスを受けた際にご負担頂きます。
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ		850	85	170	255	
個別機能訓練加算（Ⅱ）		200	20	40	60	1ヶ月につき
入浴介助加算（Ⅰ）		400	40	80	120	サービスを受けた際にご負担頂きます。
科学的介護推進体制加算		400	40	80	120	1ヶ月につき
送迎を行わない場合の減算		－470	－47	－94	－141	片道につき
中山間地域等提供加算		基本報酬告示額の5%		通常の事業実施地域を越えて該当地域に居住する利用者に実施した場合に限ります。 なお、加算を適用した場合には交通費は請求いたしません。		
介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）ロ		（基本料金＋各加算）×利用回数×加算率（12.7%）を乗じた金額がご負担となります。				

※ 住民税非課税世帯、高齢福祉年金受給者等は、減免措置があります。詳しくはご相談ください。

②第1号通所事業（国基準通所型サービス）の利用料金

1月あたりの料金

		告示額	ご利用者様負担額			備 考
			1割	2割	3割	
要支援 1 ・ 事業対象者		17,980	1,798	3,596	5,394	
要支援 2 ・ 事業対象者		36,210	3,621	7,242	10,863	
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	要支援 1 事業対象者	880	88	176	264	
	要支援 2 事業対象者	1,760	176	352	528	
科学的介護推進体制加算		400	40	80	120	一ヶ月につき
中山間地域等提供加算		基本報酬告示 額の5%		通常の事業実施地域を越えて該当地域に居住する 利用者に実施した場合に限ります。 なお、加算を適用した場合には交通費は請求いたしません。		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ		（基本料金＋各加算）×加算率（12.7%）を乗じた金額がご負担となります。				

- ※ 住民税非課税世帯、老齢福祉年金受給者等は、減免措置があります。詳しくはご相談ください。
- ※ ご契約者がまだ要介護・要支援及び事業対象者認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護・要支援及び事業対象者の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ※ ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）
- ※ 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。
- ※ 介護保険負担割合証の負担割合に応じ、1割、2割、3割負担となります。
- ※ 社会福祉法人による利用者負担の軽減制度があります。利用者の所得に応じて対象となりますのでお問い合わせ下さい。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

次のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

- ① 食事の提供にかかる費用
ご契約者に提供する食費にかかる費用です。
料金：1食あたり300円（食材料費は無料です。）
- ② レクリエーション、クラブ活動
ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。
参加する場合の利用料金は、材料代等の実費となります。
- ③ 介護保険給付の支給限度額を超える地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）の利用、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。
- ④ おむつ代の費用は実費（40円程度）としますが、現物で返品も可能とします。

6. 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

（1）自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- ① 現金払い（翌月末日までにお支払い願います。）
- ② 自動引き落とし（ご指定の金融機関の口座から毎月1回指定日に引き落とします。）
- ③ 銀行振込み（翌月末日までにお振込み願います。また、手数料は利用者負担となります。）

- ④ 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。
- (2) 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の全額（10割）を支払い、その後、市町村に対して保険給付分を請求することになります。

7. 利用日の中止（キャンセル）、変更、追加（契約書第7条参照）

- (1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）の利用を中止、変更することができます。この場合にはできるだけご利用日の前日午後5時30分までにご連絡ください。ご利用当日、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情で欠席される場合は、午前9時までにご連絡ください。なお、地域密着型通所介護、介護予防サービス・支援計画書の利用日をキャンセルした場合のキャンセル料はいただきません。
- (2) 月のサービス利用日や回数については、ご契約者の状態の変化、居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- (3) 契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防サービス・支援計画書に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または介護予防サービス・支援計画書に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はしません。
- (4) ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、地域密着型通所介護、介護予防サービス・支援計画書に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、居宅介護・介護予防支援事業者と調整のうえ、居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書の変更または要介護・要支援及び事業対象者認定の変更申請、要介護・要支援及び事業対象者認定申請の援助等必要な支援を行います。
- (5) 第1号通所事業（国基準通所型サービス）利用料金は、月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、次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。
- ① 月途中で要介護から要支援及び事業対象者に変更となった場合
 - ② 月途中で要支援及び事業対象者から要介護に変更となった場合
 - ③ 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
- (6) 月途中で要介護度・要支援及び事業対象者度に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計算します。
- (7) サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

8. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご契約者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) ご契約者に対して、当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」と損害保険ジャパン株式会社の「企業総合補償保険」の契約を結んでいます。

9. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご契約者の要介護・要支援及び事業対象者認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合や、要支援及び事業対象者から要介護・要介護から要支援及び事業対象者へ介護度変更の場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、次の事項に該当しない限り、継続してサービスを利用できますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第15条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要支援認定及び事業対象者認定または要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合およびやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

（１）ご契約者からの解約の申し出（契約書第16・17条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、次の場合には、即時に契約を解約することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入所された場合
- ③ ご契約者に係る居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）が変更された場合
- ④ 事業者またはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）を実施しない場合
- ⑤ 事業者またはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者またはサービス従事者が故意および過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

（２）事業者からの契約解除の申し出（契約書第18条参照）

次の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が故意または重大な過失により事業者、サービス従事者および他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

（３）契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

10. 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ことがあります。
- （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の内容の変更また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は、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いたします。また、必要に応じて速やかに主治医または協力病院と連携をとるなど、必要な措置を講じます。

・主治医の連絡先

病 院 名	
主 治 医 名	
住 所	
電 話 番 号	

※ 病院、主治医に変更があった場合は、直ちに当事業所までご連絡ください。

・緊急時の連絡先 1

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

・緊急時の連絡先 2

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

・緊急時の連絡先 3

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

※ 緊急時の連絡先に変更があった場合は、直ちに当事業所までご連絡ください。

※ この連絡先は、ご契約者に不測の事態が生じたり、どうしても緊急にご家族にお知らせしなければならぬ時に使用させて頂くものです。したがって、1番の連絡先には24時間必ずご連絡が取れる電話番号の記入をお願い致します。1番の連絡先に連絡が取れない場合、2,3番の連絡先に連絡をさせていただきます。（1番の連絡先に連絡がついた場合は、2,3番の連絡先には施設より連絡は致しません。1番の方が必要な方にご連絡頂くようお願い致します。）

※ 特に緊急時は、職員がご契約者の対応に専念するためできるだけ1度の連絡でお知らせが可能な番号をご記入下さい。

【転倒等が起こった場合のご連絡について】

・連絡を希望されますか？ はい ・ いいえ

・連絡する場合、どの程度の状態から希望されますか？

- i) 坐りこんでいるような転倒の可能性が考えられる場合でも全て24時間連絡を希望
- ii) 創傷が出来た、などの場合から連絡を希望
- iii) レントゲンをとる、縫合する、などの場合から連絡を希望

- iv) その他ご希望 []
- ※ なお不要とされた場合でも、連絡が必要と施設が考えた場合、骨折等の重大な事態が発生した時には発生時間帯にかかわらず連絡をさせていただきます。

11. 協力医療機関

①	医療機関の名称	深瀬医院
	院長名	深瀬 美由貴
	所在地	松川町30番12号
	電話番号	0138-41-1221
	診療科	内科、漢方内科、リハビリテーション科、歯科、口腔外科
	入院設備	ベッド数15床
	救急指定の有無	無
	契約の概要	利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連絡を取り合い必要な措置を協力して対応します。
②	医療機関の名称	
	院長名	
	所在地	
	電話番号	
	診療科	
	入院設備	
	救急指定の有無	
	契約の概要	

12. 苦情申立窓口

当事業所に対する苦情やご相談は次の専用窓口で受け付けます。

◎サービスに関する相談や苦情及び緊急時については、次の窓口で対応いたします。

ご利用者苦情相談窓口	電話番号	0 1 3 8 - 4 1 - 5 1 0 0
	FAX番号	0 1 3 8 - 4 1 - 5 1 0 9
	受付担当者	小山 和也 解決責任者 埜畑 けい子
	受付時間	午前8時30分 ～ 午後5時30分(日曜日 除く)
円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順		
①苦情の受付・報告		
		苦情受付担当者又は苦情等を受けた職員は、利用者、家族等からの苦情又は相談の内容及び意向を的確に把握し、苦情相談受付・対応記録簿に必要事項を記録するとともに、速やかに解決責任者へ報告する。
②事実確認・原因把握		
		解決責任者は、苦情等の内容を確認し、必要に応じて関係職員等から事情を聴取するなど、事実関係を整理するとともに、苦情等が生じた原因及び問題点を把握する。
③対応方針の決定		
		解決責任者は、確認した事実関係及び利用者、家族等の意向を踏まえ、必要な対応及び改善措置を検討し、対応方針を決定する。必要に応じて苦情受付担当者及び関係職員と協議し、組織的かつ適切な解決

	を図る。 ④対応及び説明 解決責任者又はその指示を受けた職員は、決定した対応方針に基づき必要な措置を講じるとともに、利用者、家族等に対し、事実確認の結果及び対応内容について適切に説明する。 ⑤改善措置・再発防止 解決責任者は、苦情等の内容及び対応結果を踏まえ、必要に応じて業務手順の見直し、関係職員への指導・周知その他必要な改善措置を講じ、同様の事案の再発防止及びサービスの質の向上を図る。 ⑥記録・情報共有 苦情等の受付内容、事実確認の結果、対応経過、対応結果及び改善措置等について、苦情相談受付・対応記録簿に記録する。また、必要に応じて関係職員間で情報を共有し、今後の適切なサービス提供及び再発防止に活用する。
--	--

◎行政機関の相談受付機関

函館市保健福祉部 高齢福祉課 相談支援担当	所在地 函館市東雲町4番13号 2F 電話番号 0138-21-3025 FAX番号 0138-26-5936 受付時間 8:45～17:30
-----------------------------	--

◎行政その他機関の苦情受付機関

北海道国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地 札幌市中央区南4条西14丁目国保会館 電話番号 011-231-5175 FAX番号 011-233-2178 受付時間 9:00～17:00
-------------------------	--

北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目1 電話番号 011-204-6310 FAX番号 011-204-6311 受付時間 9:00～17:00
-----------------------	--

13. サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）記録書」等の書面に必要事項を記入します。
- (2) 事業者は、一定期間毎に「地域密着型通所介護、介護予防サービス・支援計画書」の内容に沿って、サービスの提供の状況、目標達成等の状況等を「地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）介護記録書」その他の記録を作成して、ご契約者、ご家族に説明のうえ交付します。（居宅介護支援事業者・地域包括支援センターおよび介護予防支援業務委託先の居宅介護支援事業者にも請求希望時には提出します。）
- (3) 事業者は、「地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）記録書」その他の記録を作成し、その完結の日から5年間適正に保管し、利用者、ご家族の求めに応じて閲覧に供し、または実費負担によりその写しを交付します。

14. 非常災害時の対応

災害時の対応	「社会福祉法人函館鴻寿会防火および防災管理規程」に基づき対応します。			
平常時の訓練	同管理規程により、年2回の避難訓練を通所者も参加して行います。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー設備	あり	防火扉・シャッター	1箇所
	避難出口	1箇所	屋内消火栓設備	2箇所
	自動火災報知設備	あり	非常通報警報設備	あり
	誘導灯	2箇所	漏電火災警報器	あり
	ガス漏れ警報設備	あり	非常用電源	あり
	カーテン、壁紙等は防災性能のあるものを使用しております。			
災害対応	台風、地震等の災害が発生した場合でも自家発電機を設置しておりますので、電気、暖房、給排水等のライフラインは、十分機能を発揮しますのでご安心いただけます。			

15. その他

(1) サービスに関する留意事項

- ① 利用当日の健康状態には十分留意し、朝の体温等をチェックします。
- ② 利用時の健康状態の変化等において、医療機関への受診の必要があると認められる場合には、速やかにご家族等に連絡し受診することとします。
- ③ 感染の恐れがある状態に陥った場合は、利用を中止します。
- ④ 施設で定める食中毒防止策（持ち込み等の禁止）を守っていただきます。
- ⑤ 入浴に際しては、直前の血圧、体温がおおむね主治医の指示された数値の範囲内を基本とします。
- ⑥ 職員や、他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動および営利活動を行うことはできません。
- ⑦ 居室内および館内、敷地内はすべて禁煙とします。

(2) サービス事業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、一切お断りいたします。

(3) 利用者の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等について

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況：あり

第三者による評価の実施状況：なし

16. 携帯品

お持ちになって頂きたいもの

- (1) バスタオル（1枚）
- (2) タオル（1枚）
- (3) ナイロン袋
- (4) 着替え
- (5) 介助具（食事用エプロン・介助スプーン・すいのみ・ストローなどご持参ください。）
- (6) はき物（バレーシューズ）
- (7) お薬（医師の指示による投薬）

17. 同性介護の同意について

私共の事業所におきましては、介護全般において同性介護を基本としておりますが、当日の利用者数及び職員配置の関係から、下記の介護について、同性介護を行えない場合があります。

なお、同性介護を基本とすべく最大限の努力をいたします。

- 1 洗髪・洗身等の入浴介護全般
- 2 衣類の手渡し・誘導等の着脱介護全般
- 3 誘導・おむつ交換等の排泄介護全般
- 4 同意する期間 サービス契約開始日から解約日まで

地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス） 契約書

甲(利用者) _____
乙(事業者) 社会福祉法人 函館鴻寿会
デイサービスセンター こうじゅ

利用者（以下「甲」という。）とデイサービスセンターこうじゅ（以下「乙」という。）は、甲が乙から提供される地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）を受け、それに対する利用料金を支払うことについて、次のとおり契約（以下「本契約」という。）を締結します。

（契約の目的）

- 第1条 乙は、介護保険法令の趣旨に従い、甲がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、甲の生活機能の維持または向上をめざして支援することを目的として、甲に対し、第4条および第5条に定める地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）を提供します。
- 2 乙が甲に対して実施する地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）の内容、利用日、利用時間、費用等の事項（以下「地域密着型通所介護・第1号通所事業計画」という。）は、『重要事項説明書』に定めるとおりとします。

（契約期間）

- 第2条 本契約の有効期間は、契約締結の日から甲の要介護・要支援及び事業対象者認定の有効期間満了日までとします。

ただし、契約期間満了の2日前までに甲から文書による契約終了の申し入れがない場合や、要支援及び事業対象者から要介護・要介護から要支援及び事業対象者への介護度変更の場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

（地域密着型通所介護・介護予防サービス・支援計画書の決定・変更）

- 第3条 乙は、甲に係る居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）が作成されている場合には、それに沿って甲の地域密着型通所介護・第1号通所事業計画を作成するものとします。
- 2 サービスの提供時間や回数の程度、実施内容等については、前項の地域密着型通所介護、介護予防サービス・支援計画書に定めます。ただし、甲の状態の変化、居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- 3 乙は、甲に係る居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書が作成されていない場合でも、地域密着型通所介護、介護予防サービス・支援計画書の作成を行います。その場合に、乙は、甲に対して、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業者を紹介する等居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書作成のために必要な支援を行うものとします。
- 4 乙は、地域密着型通所介護、介護予防サービス・支援計画書について、甲およびその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定するものとします。
- 5 乙は、甲に係る居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書が変更された場合、または甲もしくはその家族等の要請に応じて、地域密着型通所介護、第1号通所事業計画書について変更の必要があるかどうかを調査し、その結果、地域密着型通所介護、第1号通所事業計画書の変更の必要があると認められた場合には、甲およびその家族等と協議して、地域密着型通所介護、第1号通所事業計画書を変更するものとします。
- 6 乙は、地域密着型通所介護、第1号通所事業計画書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。

（介護保険給付対象サービス）

- 第4条 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、日常生活上の支援および機能訓練を提供するものとします。

(介護保険給付対象外のサービス)

第5条 乙は甲との合意に基づき、介護保険給付外サービスとして、介護保険給付の支給限度額を超えて利用する地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）を提供するものとします。

- 2 前項のほか、乙は、甲へ食事のサービスを介護保険給付対象外のサービスとして提供するものとします。
- 3 食事のサービスについては、その利用料金は甲が負担するものとします。
- 4 乙は第1項および第2項に定める各種サービスの提供について、必要に応じて甲の家族等に対してもわかりやすく説明するものとします。

(サービス利用料金の支払い)

第6条 乙は、甲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、甲が介護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、甲に代わって市町村から支払いを受けます。

- 2 甲は要介護・要支援及び事業対象者状態区分に応じて第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：介護保険負担割合証に記載の負担割合）を乙に支払うものとします。

ただし、甲がいまだ要介護・要支援及び事業対象者認定を受けていない場合および居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書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。（要介護・要支援及び事業対象者認定後または居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書作成後、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 本サービスの利用料は月額制とします。第1号通所事業（国基準通所型サービス）においては、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、次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。

(1) 月途中で要介護から要支援及び事業対象者に変更となった場合

(2) 月途中で要支援及び事業対象者から要介護に変更となった場合

(3) 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 月途中で要介護度・要支援及び事業対象者度に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計算します。

- 5 第5条に定めるサービスについて、甲は、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を乙に支払うものとします。

- 6 甲は食事提供を受けた場合において、食費として1日300円を乙に支払うものとします。

- 7 第2項から第6項に定めるサービス利用料金は1か月ごとに計算し、乙は甲に対し、翌月15日までに請求書を送付することとし、末日までに乙に支払うものとします。

(利用日の中止、変更および追加)

第7条 甲は、利用期日前において、サービスの利用を中止、変更することができます。この場合には、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。

- 2 乙は、甲の体調不良や状態の改善等により介護予防サービス・支援計画書に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または介護予防サービス・支援計画書に定めた期日よりも多かった場合であっても、利用料金の日割りでの割引または増額はしません。

- 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。

(利用料金の変更)

第8条 第6条第1項および第2項に定めるサービス利用料金について、介護給付費体系の変更があった場合、乙は当該サービスの利用料金を変更することができるものとします。

- 2 第6条第3項および第4項に定めるサービス利用料金については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、乙は、甲に対して、変更を行う日の2か月前までに説明をしたうえで、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。

- 3 甲は、前項の変更に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。

(事業者およびサービス従事者の義務)

第9条 乙および乙のサービス従事者は、サービスの提供にあたって、甲の生命、身体、財産の安全・確保に配慮するものとします。

- 2 乙は甲の体調・健康状態からみて必要な場合には、主治医もしくは事業所の看護職員と連携し、甲からの聴取・確認のうえでサービスを実施するものとします。
- 3 乙は、甲に対するサービスの提供について記録を作成し、その完結の日から5年間保管し、甲または代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、またはその写しを交付するものとします。
- 4 乙は、サービス提供時において、甲に病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、甲の家族への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。

(守秘義務等)

第10条 乙および乙のサービス従事者等は、サービスを提供するうえで知り得た甲またはその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

- 2 乙は、甲に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に甲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、甲に係る他の介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）事業者等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文書により得たうえで、甲または甲の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

(契約者の施設利用上の注意義務等)

第11条 甲は、事業所の施設、設備、敷地をその本来の用途に従って、利用するものとします。

- 2 甲は、事業所の施設、設備について、故意また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、または相当の代価を支払うものとします。
- 3 甲の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、甲およびその家族等と乙との協議により、施設、設備の利用方法等を決定するものとします。

(損害賠償責任)

第12条 乙は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により甲に生じた損害について賠償する責任を負います。第10条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、甲に故意または過失が認められる場合には、甲の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償額を減じることができるものとします。

- 2 乙は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

(損害賠償がなされない場合)

第13条 乙は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。なお、次の各号に該当する場合には、乙は損害賠償責任を免れます。

- (1) 甲が、契約時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- (2) 甲が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- (3) 甲の急激な体調の変化等、乙の実施したサービスを要因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- (4) 甲が、乙および乙のサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

(サービスの実施不能)

第14条 乙は、本契約の有効期間中、地震等の天災その他自己の責に帰すべき事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、甲に対して既に実施したサービスを除いて、所定のサービス利用料金の支払いを請求することはできないものとします。

(契約の終了事由等)

第15条 甲は、次の各号に基づく契約の終了がない限り、本契約に定めるところに従い乙が提供するサービスを利用することができるものとします。

- (1) 甲が死亡した場合
 - (2) 要介護認定または要支援及び事業対象者認定により甲の心身の状況が自立と判定された場合
 - (3) 乙が解散命令を受けた場合、破産した場合およびやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
 - (4) 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
 - (5) 乙が介護保険の指定を取り消された場合および指定を辞退した場合
 - (6) 甲が他の通所介護事業所と別契約を締結した場合
 - (7) 第16条から第18条に基づき本契約が解約または解除された場合
- 2 乙は、前項第1号を除く各号により本契約が終了する場合には、甲の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めるものとします。

(中途解約)

第16条 甲は、本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、甲は契約終了を希望する日の7日前までに乙に通知するものとします。

2 甲は、次の各号に該当する場合には、本契約を解約することができます。

- (1) 第8条第3項により本契約を解約する場合
- (2) 甲が入所（入院）した場合
- (3) 甲に係る居宅サービス、介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）が変更された場合

(契約の解約)

第17条 甲は、乙および乙のサービス従事者が次の各号に該当する行為を行った場合には、本契約を解約することができます。

- (1) 乙および乙のサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- (2) 乙および乙のサービス従事者が第10条に定める守秘義務に違反した場合
- (3) 乙および乙のサービス従事者が故意または過失により甲の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- (4) 他の利用者が甲の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、乙が適切な対応をとらない場合

(契約解除)

第18条 乙は、甲が次の各号に該当する場合には、本契約を解除することができます。

- (1) 甲が、契約時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- (2) 第6条に定めるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、甲が支払わない場合
- (3) 甲が、故意または重大な過失により、乙および乙のサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(精算)

第19条 第15条第1項第2号から第6号により本契約が終了した場合において、甲が、すでに実施されたサービスに対する利用料金支払義務および第11条第2項（原状回復の義務）その他の条項に基づく義務を乙に対して負担しているときは、契約終了日から1週間以内に精算するものとします。

(苦情処理)

第20条 乙は、その提供したサービスに関する甲等からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

(紛争解決)

第21条 この契約に関して、やむなく訴訟とする必要が生じたときは、函館地方裁判所をもって、第一審査管轄裁判所とすることを、甲および乙は予め合意します。

(協議事項)

第22条 この契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところにより、甲と乙の協議により定めます。

この契約を証するため本書2通を作成し、甲、乙が記名のうえ、各自1通を保有する。

令和____年____月____日

私は、この書面に基づいて事業者（乙）から重要事項・契約内容の説明を受け、地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）の提供開始に同意します。

ご利用者 (甲)	私は、重要事項・契約内容の説明を受け、貴施設における各種サービスの利用を申し込み、提供を受けます。		
	住 所	〒 ー	
	氏 名		

代理人 (甲)	私は、本人（甲）に代わり、重要事項・契約内容の説明を受け、各種サービス提供開始に同意します。			
	代理人・続柄 (家族)		氏 名	
	住 所	〒 ー		
代筆者 代理人の場合は記載省略	代筆者・続柄		氏 名	
	住 所	〒 ー		
代筆理由		☐ 認知症状有 ☐ 筆記困難 ☐ その他（ ）		

（乙）地域密着型通所介護・第1号通所事業（国基準通所型サービス）の提供開始に際し、（甲）に対して、この書面に基づいて重要事項・契約内容を説明しました。

サービス事業者 (乙)	甲の申込を受諾し、契約書に定める各種サービスを、誠実に責任を持って行います。			
	所在地	〒040-0072 函館市亀田町7番1号	説明者 所 属	
	名 称	社会福祉法人 函館鴻寿会 デイサービスセンターこうじゅ	職 名	
	代表者	上 山 剛	説 明 者 氏 名	
	電話番号	(0138) 4 1 - 5 1 0 0	FAX	(0138) 4 1 - 5 1 0 9