通所介護契約書別紙（兼重要事項説明書）【要介護】

（　令和　　８年　８月　１日現在）

当センターが提供するサービスについての相談窓口

電　話　　０４２－５６８－０３９０

担当者　　管理者：村井佳世子　　生活相談員：村井佳世子、佐原俊一郎

※　　ご不明な点は、何でもお尋ねください。

１．事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人　平成会
主たる事務所の所在地	〒190-1201　東京都西多摩郡瑞穂町二本木1319
代表者（職名・氏名）	理事長　田中育夫
設立年月日	平成4年12月3日
電話番号	042-557-3030
定款の目的に定めた事業	特別養護老人ホームの経営
	老人短期入所事業の経営
	老人デイサービスセンターの経営
	居宅介護支援事業
施設・拠点等	特別養護老人ホーム　　１ヶ所
	短期入所生活介護　　１ヶ所
	居宅介護支援事業　　１ヶ所
	通所介護　　２ヶ所

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	第2デイサービスセンター　お茶のみ処		
サービスの種類	通所介護		
事業所の所在地	〒190-1201　東京都西多摩郡瑞穂町二本木1319		
電話番号/FAX番号	042-568-0390/042-568-0391		
指定年月日・事業所番号	平成23年8月1日指定	1372401206	
実施単位・利用定員	1単位	定員23人	
通常の事業の実施地域	瑞穂町、武蔵村山市、羽村市、入間市、青梅市、所沢市		
食堂兼機能訓練室	1室　６９．８８㎡	相談室・静養室	各1室
浴　　室	一般浴槽・一人浴槽	送　迎　車	5台

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護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、居宅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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、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

通所介護は、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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

５．営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前８時00分から午後5時00分まで
サービス 提供時間	午前９時00分から午後４時00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
生活相談員	常勤　２人、　非常勤　　人
看護職員	常勤　１人、　非常勤　　人
介護職員	常勤　１人、　非常勤　９人
機能訓練指導員	常勤　２人、　非常勤　　人

7. 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、原則として基本利用料の１割（一定以上の所得のある方は２割又は３割（平成３０年８月から））の額です。ただし、介護保険給付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）通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費（通常規模型）】 １日あたり

所要時間 （１回あたり）	利用者の 要介護度	通所介護費	
		基本利用料 ※（注１）参照	**利用者負担金(自己負担１割の場合) ※（注２）参照**
５時間以上 ６時間未満	要介護１	５,８５３円	**５８５円**
	要介護２	６,９１１円	**６９１円**
	要介護３	７,９７９円	**７９７円**
	要介護４	９,０３７円	**９０３円**
	要介護５	１０,１０５円	**１,０１０円**
６時間以上 ７時間未満	要介護１	５,９９７円	**５９９円**
	要介護２	７,０７６円	**７０７円**
	要介護３	８,１７４円	**８１７円**
	要介護４	９,２５３円	**９２５円**
	要介護５	１０,３５２円	**１,０３５円**
７時間以上 ８時間未満	要介護１	６,７５７円	**６７５円**
	要介護２	７,９７９円	**７９７円**
	要介護３	９,２４３円	**９２４円**
	要介護４	１０,５０６円	**１,０５０円**
	要介護５	１１,７８９円	**１,１７８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。

（注２）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

【加算】

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	加算額	
		基本利用料	利用者負担金(自己負担１割の場合)
入浴介助加算Ⅰ	利用者の入浴介助を行った場合（１日につき）	４１０円/日	４１円/日
個別機能訓練加算Ⅰイ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合（１日につき） ※それぞれの要件を満たした上で、機能訓練を行った場合、加算Ⅰと加算Ⅱを算定できる。	５７５円/日	５７円/日
個別機能訓練加算Ⅰロ		７８０円/日	７８円/日
個別機能訓練加算Ⅱ		２０５円/月	２０円/月
科学的介護推進体制加算	当該加算の算定要件を満たす場合	４１０円/月	４１円 /月

サービス提供体制強化加算Ⅲ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合※（注３）（１回につき）	６１円/日	6円/日
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注３）	１月の利用料金(基本部分＋各種加算減算)の11.8%	左記額の１割

（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。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額	
		基本利用料	利用者負担金(自己負担１割の場合)
送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合(片道につき)	４７６円	４７円

※上記の【通所介護費】・【加算】・【減算】の自己負担額は目安であり、１ヶ月の合計単位数によって端数処理の関係上、数円の差異が生じることがあります。

（2）その他の費用

食　費	食事の提供を受けた場合、１回につき840円（おやつ100円込み）の食費をいただきます。 ※特別なおやつをご利用の場合、1食につき100円の食費をいただきます。(希望者のみ)
洗濯代	１回につき200円
排泄用品	当センターの品を使用した時請求致します。 紙パンツ　一枚１５０円、パット　一枚１００円、紙おむつ　一枚１００円 ※おむつ代は自己負担となります。
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。 サークル材料費、公文等の費用も実費をいただきます。

（3）償還払い

償還払いの場合には、一旦利用者様が介護報酬全額を支払い、その後領収書を添付して市町村に請求すると、差額の払い戻しを受けることができます。

（4）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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日12時まで	無料
利用予定日の当日	食材料費の全額840円

（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。

（5）支払い方法

上記（１）から（４）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、７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28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。 多摩信用金庫　瑞穂支店　指定口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の28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。（振込手数料は利用者様のご負担となります。） 多摩信用金庫　瑞穂支店　普通預金口座 0272240

	第2デイサービスセンターお茶のみ処 理事長　田中育夫
現金払い	サービスを利用した月の翌月の28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。

8. 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、サービス内容を変更または中止することがあります。その場合、ご家族様に連絡の上対応致します。

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。

緊急連絡先（家族等）	氏名	
	住所	
	電話番号	
	携帯電話・会社電話等	
	利用者との続柄	
急変時搬送先病院名		
利用者の主治医	医療機関の名称	
	医師氏名	
	所在地	
	電話番号	

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．虐待の防止について

当事業所は、ご利用者等の人権擁護及び虐待防止の為に、以下に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１）虐待防止に関する責任者・・・・・村井佳世子(管理者)

（２）成年後見制度の利用を支援します。

（３）苦情解決体制を整備しています。

（４）従業者に対し、虐待防止を啓発・普及する為の研修や勉強会および訓練を実施(参加)しています。

（５）従業者または養護者(ご利用者のご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ご利用者を発見した場合は、速やかに市町村(もしくは地域包括支援センター)に通報します。

１２．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	相談員：村井佳世子、佐原俊一郎 電話番号　042-568-0390（受付時間9：00～17：00） 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	瑞穂町役場　高齢者福祉課	電話番号　042-557-7623
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号　03-6238-0177

１３．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介護支援専門員（又は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。

１４．サービスの終了

（1）利用者様のご都合でサービスを終了する場合（自動終了を除く）
サービスの終了を希望する日の１週間前までに文書でお申し出下さい。

（2）当センターの都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

（3）自動終了

以下の場合は、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- 利用者様が介護保険施設に入所した場合
- 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護区分が、非該当（自立）と認定された場合

・利用者様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合
・事業者が倒産した場合

（4）その他

・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
・利用者様が、サービス利用料金の支払いを１ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず１５日以内にお支払いがない場合、または利用者様やご家族様などが事業者やサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。（詳細は本書１７「カスタマーハラスメント対策について」をご参照ください。）

１５．非常災害対策及び業務継続計画（BCP）の策定等

（１）事業者は、地震、風水害等の自然災害や、新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ等の感染症の発生時においても、利用者に必要なサービスを継続的に提供し、早期の復旧を図るための「業務継続計画（BCP）」を策定しています。

（２）事業者は、非常災害や感染症発生時に適切に対応するため、以下の措置を講じています

① 災害・感染症種別の対応マニュアル及び業務継続計画（BCP）の整備
② 従業者に対する定期的な研修（年２回以上）の実施
③ 災害や感染症発生時を想定した訓練（シミュレーション）の実施

（３）事業者は、非常災害に備え、所在する地域の環境及び利用者の特性に応じた避難訓練を定期的に実施するとともに、地域住民や関係機関との連携に努めます。

（４）事業所内に「感染症対策委員会」を設置し、日頃から衛生管理の徹底と感染症の拡大防止に向けた体制を整備しています。

１６．利用契約第１０条（秘密保持）

個人情報の保護と使用に関する同意書

事業者は、提供するサービスの質を向上させ、適切なケアマネジメントを実施するために、利用者およびその家族の個人情報を適切に取り扱います。

１．個人情報保護の原則

事業者は、「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省のガイドラインを遵守し、サービス提供の目的以外に第三者に情報を漏らしません。この守秘義務は、契約が終了した後も継続します。

２．使用の目的および範囲

事業者は、以下の目的のために必要な範囲内で、個人情報を使用（共有・提供）します。

サービス提供の実施：施設内での会議、介護記録の作成、連絡業務。
他機関との連携　：居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、主治医、地域ケア会議、他の介護・医療機関との情報共有。
緊急時の対応　：容態急変時の医療機関への情報提供。
事務・運営管理　：介護保険の請求事務（レセプト提出）、行政機関（瑞穂町等）からの照会への回答、事故発生時の保険会社への報告。
科学的介護の推進　：厚生労働省へのデータ提供（LIFE：科学的介護情報システム）によるサービスの質向上と加算算定。

個別同意確認書

下記項目について、ご本人の意思（または代理人の同意）を確認させていただきます。あてはまる方に「〇」をご記入ください。

① 適切なケア提供のための情報共有

スタッフ間での情報共有、ケアマネジャーや主治医への報告、ケアプラン作成への協等。　**[同意する]**　**[同意しない]**

② 施設内での掲示・呼称

お名前の呼び出し、下駄箱・持ち物への氏名掲示、誕生日のお祝い掲示等。

[同意する]　**[同意しない]**

③ 実習生やボランティアの受け入れ

介護実習生の教育やボランティア活動に必要な範囲での情報共有。

[同意する]　**[同意しない]**

④ LIFE 等へのデータ提供

国の施策（科学的介護推進体制加算）に基づき、厚生労働省へ情報を送出すること。

[同意する]　**[同意しない]**

⑤ 広報物（紙媒体）への掲載

施設内の広報誌、掲示物等への写真・名前の掲載。

[同意する]　**[同意しない]**

⑥ ネット媒体（SNS・HP）への掲載

事業所のホームページ、公式 SNS 等への活動写真の掲載。

[同意する]　**[同意しない]**

【注記】

同意しない項目がある場合でも、それによってサービス提供において不利益を被ることはありません。

この同意は、利用者様本人（またはその代理人）の申し出により、いつでも撤回または変更が可能です。

利用者様ご本人と代理人様で意思が異なる場合は、ご本人の意思を最大限尊重いたします。

１７．カスタマーハラスメント対策について

当事業所は、労働施策総合推進法の改正（令和８年10月１日施行）に基づき、ご利用者様及びご家族様等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）から職員を守り、安心して質の高いサービスを継続的に提供できるよう、以下のとおり対応方針を定めています。

※ここでいう「カスタマーハラスメント」とは、ご利用者様・ご家族様等の言動のうち、サービスの性質等に照らして社会通念上許容される範囲を超えるものであって、これにより職員の就業環境が害されるものをいいます（例：身体的な攻撃、暴言・脅迫等の精神的な攻撃、威圧的な言動、不当な要求、正当な理由のない過度なクレーム等）。

①事業主の方針

当事業所は、カスタマーハラスメントに対して毅然とした態度で対応し、職員を保護することを基本方針とします。該当する言動があった場合の対応内容をあらかじめ定め、全職員に周知しています。

②相談体制の整備

カスタマーハラスメントに関する相談窓口をあらかじめ定め、職員に周知するとともに、相談窓口担当者が適切に対応できる体制を整えています。

③事後の迅速かつ適切な対応

カスタマーハラスメントが疑われる事案が生じた場合は、事実関係を迅速かつ正確に確認し、被害を受けた職員への配慮のための措置を行うとともに、再発防止に向けた措置を講じます。

④抑止のための措置

特に悪質と考えられるカスタマーハラスメントについては、あらかじめ定めた対処方針に基づき、サービス提供契約の終了（本書１４（４）その他をご参照ください）、警察への通報等、必要な対処を行う体制を整備しています。

⑤プライバシー保護・不利益取扱いの禁止

相談を行った職員及び対応の過程で知り得た関係者の情報については、プライバシー保護のために必要な措置を講じます。また、相談を行った職員が、そのことを理由に不利益な取扱いを受けることはありません。

※なお、本方針は職員を保護するためのものであり、ご利用者様・ご家族様からの通常のご意見・ご要望・苦情のお申し出を制限するものではありません。

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　　東京都西多摩郡瑞穂町二本木 1319

事業者名　　第２デイサービスセンター　お茶のみ処

説明氏名　　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（代理人・保証人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　印

（家族代表）私は、利用契約第 10 条に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表　　住　所

氏　名　　印