

デイサービス たの 利用契約書 及び 重要事項説明書

ご利用者様 様（以下「甲」という）、事業者・医療法人臼井会
デイサービスたの（以下「乙」という）の当事者間において、事業者がご利用者様に対し
て行う通所介護事業サービス、及び日常生活支援事業（通所型独自）サービスについて、
次の通り契約します。

第1条（事業の目的および運営の方針）

・事業の目的

乙は、介護保険法令の趣旨に従い、甲に対し可能な限り居宅においてその有する能力に
応じて、自立した日常生活を営む事ができるよう、通所介護事業サービス、及び日常生活
支援事業（通所型独自）サービスを提供する事を目的とします。

・運営の方針

（1）事業所は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その機能の維持回復を目指し、ご利用
者に応じたサービスの提供ができる体制を整えるものとする。

（2）サービス提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉
サービスを提供する者との密接な連携に努めると共に、関係市町村とも連携を図り、総合
的なサービスの提供に努める。

第2条（契約期間）

この契約の契約期間は、契約締結日から要介護認定の有効期間までとします。

第3条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 第2条に基づく、契約期間が満了したとき。
- 二 第4条に基づき、甲からの解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 三 第5条に基づき、乙から解約されたとき。
- 四 第6条に基づき、乙から契約の解約の意思表示がなされたとき。
- 五 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。
 - （一） 甲の要介護認定区分が自立と認定されたとき。
 - （二） 甲が介護保険施設に入所したとき。
 - （三） 甲が入院若しくは病気により、3ヶ月以上にわたってサービス利用が出来
ない状態であることが明らかになったとき。
 - （四） 甲が死亡したとき。

第4条（利用者の解約権）

甲は乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合には、
7日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約されます。

第5条（事業者の解約権）

- 一 乙は甲の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、その理由
を記載した文書により、この契約を解約することができます。
この場合、乙は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者に
連絡をします。

【本契約を継続し難いほどの不信行為とは】

1) パワーハラスメント

ア) 身体的暴力（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

- 物を投げつける ○服を引きちぎる
- たたく、蹴る、ひっかく、つねる、首を絞める、手を払いのける、強く引っ張る
- その他、上記に準じると考えられる行為

イ) 精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉によって傷つけたり、貶めたりする行為）

- 大声を発する、怒鳴る
- 威圧的な態度で文句を言い続ける、気にいらぬ職員に対し批判的言動をする
- 刃物をちらつかせる行為や恫喝、脅迫 ○理不尽なサービスを要求する
- その他、上記に準じると考えられる行為

2) セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的嫌がらせ行為）

- 必要もなく手や腕を触る、抱きしめる
- わいせつな写真などを見せる、卑猥な言動を繰り返す
- 職員の住所や電話番号など個人情報を執拗に聞く ○ストーカー行為
- その他、上記に準じると考えられる行為

3) モラルハラスメント

- 悪い嘘の噂を流布する
- 嘲笑する、無視する
- その他、上記に準じると考えられる行為

第6条（利用者負担金の滞納）

- 1 甲が正当な理由なく、乙に支払うべき負担金を3ヶ月分以上滞納した場合には、乙は1ヶ月以上の期間を定め、期間満了までにそ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 乙は、前項の催告をしたときは、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者と協議し、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について、必要な調整を行なうよう要請するものとします。
- 3 乙は、上記に定める協議等の努力を行ない、かつ第1項に定める期間が満了した場合は、文書によりこの契約を解約することができます。

第7条（契約外条項）

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の関係法令を尊重して、利用者と事業者が誠意を持って協議のうえ定めます。

第8条（重要事項）

1.事業所の概要

事業所名	デイサービス たの
指定番号	第3972000412号
所在地	高知県安芸郡田野町636-1
電話番号	0887-37-9898 (FAX: 0887-37-9899)
管理者名	岡崎 修仁
業務の概要	通所介護事業 日常生活支援総合事業（通所型独自）
サービス提供地域	田野町・安田町・奈半利町

2.事業所の職員体制

職 種	常勤	非常勤	計
管 理 者	1名（兼務）		1名
看 護 職 員	1名以上（兼務）		1名以上
介護福祉士及び 介護職員	5名以上（兼務）		5名以上
生活相談員	1名以上（兼務）		1名以上
機能訓練指導員 ※理学療法士又は看護職員	1名以上（兼務）		1名以上

3.営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月～土曜日 ※日曜日、12月31日から1月3日は休業とする。
- (2) 営業時間 8時15分から17時15分
- (3) サービス提供時間 9時30分から16時00分

4. 利用定員

1日の利用定員は35名とする。

5. サービスの内容

(1) サービス内容

ご家庭で生活される介護の必要な方に、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、又は要介護状態となる事の予防を目的とし、居宅サービス計画（ケアプラン）に基づいて、通所介護に関する目標を設定、心身機能の維持回復を図り、日常生活が自立できるようになる為に、計画的にサービスの提供を行います。（サービス利用中、当事業所では禁煙となります）

【サービス内容区分】

- 1,健康チェック 2,機能回復訓練 3,物理療法 4,日常生活動作訓練・指導 5,口腔機能訓練・指導 6,レクリエーション 7,食事・おやつ提供 8,栄養管理・指導 9,入浴介助 10,送迎 11,家屋訪問・指導

6. サービス利用料及びご利用者負担額

ご利用者様が利用した場合の『利用者負担金』は、介護度及び、サービス提供時間に応じた基本料金と、その他の加算料金の合算で『介護保険負担割合証』に応じた、1割か2割、又は3割の金額となります。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用につきましては、全額自己負担となります。

※自己負担が2割の方は、下記料金表の金額が2倍、3割の方は3倍となります。自己負担割合については、市町村から発行される自己負担割合証にてご確認ください。

① 通所介護

通所介護費 (6~7時間)	要介護 1 584 単位/日	要介護 2 689 単位/日	要介護 3 796 単位/日	要介護 4 901 単位/日	要介護 5 1008 単位/日
各種加算	入浴介助加算（Ⅰ） ※自宅での入浴が困難で、通所施設で入浴支援を継続的に受ける場合 ※自宅での入浴自立を図るため、医師の指示の元、理学療法士等が居宅を訪問し、浴室環境などを評価したうえで個別の入浴計画を作成し、計画に基づき入浴介助を行う場合に算定します。			40 単位/回	
	ADL 維持等加算 ※ADL の維持または改善の度合いが一定の水準を超えている事業所が評価され、算定できる加算。			I : 30 単位/月 II : 60 単位/月	
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ※介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上である場合に算定する。			22 単位/日	
	介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）（1月につき） ※介護職員の賃金向上を目的に取得する加算。総報酬単位数に6.4%を乗じた加算額を区分支給限度額とは別に請求させていただきます。			総報酬単位数×加算率 6.4%/月	
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供体制加算（田野、安田、奈半利以外の方） ※通常のサービス提供地域（田野、安田、奈半利）以外の方にサービスを提供する場合に取得する加算。区分支給限度額とは別に利用料の5%の料金を請求させていただきます。			所定単位数×5/100	

②日常生活支援総合事業・通所型サービス（独自）

基本報酬・各種加算	要支援1	要支援2
通所型サービス費（独自）	1798 単位/月 ※4回までは 436 単位/回	3621 単位/月 ※8回までは 447 単位/回
サービス提供体制強化加算（I） ※介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上である場合に算定する	88 単位/月	176 単位/月
介護職員等処遇改善加算（IV）（1月につき） ※介護職員の賃金向上を目的に取得する加算。総報酬単位数に6.4%を乗じた加算額を区分支給限度額とは別に請求させていただきます。	総報酬単位数×加算率6.4%/月	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供体制加算 ※通常のサービス提供地域（田野、安田、奈半利）以外の方にサービスを提供する場合に取得する加算。区分支給限度額とは別に利用料の5%の料金を請求させていただきます。	所定単位数×5/100	

サービス提供時間を短縮した場合（要介護のみ）

状況	算定する基本報酬
・当日の利用者の心身の状況から（体調不良等で）計画上のサービス提供時間よりもやむを得ず短くなった場合	6～7時間 ※予定通り
・当日の利用者の心身の状況から（体調不良等で）計画上のサービス提供時間よりも大きく短くなった場合	短縮した時間区分の報酬を算定
・定期的な受診などにより時間を短縮した場合	短縮した時間区分での報酬を算定
・利用者の当日の希望により、数時間の入浴のみのサービスを提供した場合	短縮した時間区分での報酬を算定
・当日サービス提供途中に利用者が体調を崩したため1時間程度でサービス提供を中止した場合	算定しない

その他利用料

- 昼食代（おやつ含む） 750円/回
- 医療材料費 実費相当額
- 教養娯楽費（レクリエーション・作業材料費等） 実費相当額
- 開示基本料 5,500円 コピー代 22円

キャンセル

① ご利用者がサービスの利用を中止される場合は、速やかに下記の連絡先まで連絡下さい。

連絡先 : 0887-37-9898

携帯電話 : 090-9550-1117

②ご利用者の都合でサービスの利用を中止される場合は、できるだけサービス利用前にご連絡ください。以降のキャンセルは、次のキャンセル料をいただく事になりますのでご了承ください。

【キャンセル料金】

ご利用の前日及びご利用当日送迎前までに連絡していただいた場合。	無 料
連絡をしていただけなかった場合。 及び迎えに行くも利用されなかった場合。	通所介護利用料の10%及び 食事提供・おやつ代750円

※ 豪雨、降雪等による交通規制等やむを得ない理由で送迎困難な場合、利用の中止又は休業のお願いをさせていただく場合がございます。その場合には、当然何らの料金負担はございません。

【利用料の支払方法】

利用料、その他の費用の請求	(1) 利用料、その他の費用は利用者負担のあるサービス提供者ごとに計算し、ご利用のあった月の合計金額によりご請求いたします。 (2) <u>請求書は、利用された月の翌月にお渡し</u> いたします。 ご利用のない月はお届けいたしません。
利用料、その他の費用の支払い方法	(1) 下記のいずれかの方法によりお支払いください。 ① <u>【法人指定機関】の口座振替</u> (毎月26日引き落とし) ※初月のみ現金でお支払い頂く場合があります。 ② <u>現金払い</u> (請求月末日までに) →集金袋をお渡し致しますので、サービス利用日に持参して下さい。 なるべくお釣りの無いようにご準備下さい。 ※上記が困難な場合は、事業者指定口座への振込も可能です。 (2) お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しいたします。 (平日は当日、土曜日・祝日は翌営業日以降の対応です) お渡ししました領収書は、必ず保管をお願い致します。

第9条（緊急時等における対応方法）

事業者は、サービスの提供を行っているときに、ご利用者の状態の急変が生じた場合、その他必要な場合は、ご家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

又、緊急時等の措置について記録を取ることにします。

第10条（非常災害対策）

事業者は、非常災害が発生した場合には、医療法人臼井会田野病院の消防計画に準じて対応します。

第11条（事故発生時の対応）

(1) 事業所は、サービス提供により事故が発生した場合、ご家族、市町村、ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要時は速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講ずることとします。

(2) 事故の状況及び事故に際して取った処置について、担当者は『インシデント・アクシデント報告書』により記録を取るとともに、サービス提供責任者が必要と判断した場合には、改善処置により業務の改善を実施する。

第12条（身体拘束廃止に関する事項）

(1) サービスの提供にあたっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を禁止しています。しかしながら、以下の3つの要件を満たす状態にある場合は、それらの要件等の手続きが慎重に実施されているケースについて必要最低限の身体拘束を行うことがあります。

ア) 切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

イ) 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

ウ) 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

※身体拘束を行う場合には、以上三つの要件を全て満たすことが必要です。その場合には、利用者及び家族に対して説明書を用い、身体拘束の内容・目的・理由・拘束期間・時間帯・場所等を説明する。十分な理解を得られた場合は説明書に説明を受けた旨の記名押印を頂くものとする。

(2) 身体拘束防止検討委員会を設置し、定期的に関催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。

(3) 身体拘束の防止のための指針を整備する。

(4) 従業者に対して、身体拘束の防止のための研修を定期的実施する。

(5) 身体拘束の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。

第13条（高齢者虐待防止に関する事項）

ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止検討委員会を設置し、定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対して、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (5) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、市町村へ速やかに報告する。
サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（ご利用者のご家族など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、これを市町村に通報するものとする。

第14条 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情につきましては、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	0887-37-9898
	FAX番号	0887-37-9899
	責任者	山本 綾菜
	管理者	岡崎 修仁
	生活相談員	山本 綾菜・仙頭 秀哲
	対応時間	月曜日～土曜日 8時15分から17時15分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

市町村介護保険相談窓口	各市町村役場の介護保険担当課	
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8409
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	8時30分から17時15分

中芸広域連合介護サービス課	所在地	安芸郡田野町1828-6
	電話番号	0887-32-1165
安芸市民課介護保険班	所在地	安芸市矢ノ丸1-4-40
	電話番号	0887-35-1003
室戸市保健介護課介護保険班	所在地	室戸市領家87
	電話番号	0887-22-5155

(3) 苦情に対する措置の概要

事業所は、ご利用者又はそのご家族から苦情を受けたときは、担当者は速やかに『インシデント・アクシデント報告書』に記録する。

また、責任者が、業務上の改善が必要であると判断した場合には、『是正処置報告書』を作成し、原因の追究・是正処置の提案・是正処置の実施・効果の確認を行います。

第15条（提供するサービスの第三者評価）

実施の有無	無
-------	---

（附則）この規程は、令和7年12月1日から施行する。