介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業　契約書(佐久市)

様（以下「利用者」という。）と社会福祉法人ジェイエー長野会の介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者（以下「事業者」という。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

(契約の目的)

第１条　事業者は、介護保険法（平成９年法律第123号）その他関係法令及びこの契約書に従い、可能な限り居宅において、利用者が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、次のサービスを提供します。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。

① 第１号訪問事業【訪問介護相当サービス】（「契約書別紙（兼重要事項説明書）①」）
② 第１号訪問事業【訪問型サービスＡ】　（「契約書別紙（兼重要事項説明書）②」）
③ 第１号通所事業【通所介護相当サービス】（「契約書別紙（兼重要事項説明書）③」）
④ 第１号通所事業【通所型サービスＡ】　（「契約書別紙（兼重要事項説明書）④」）

(契約期間)

第２条　この契約の有効期間は、契約締結の日から、利用者の要支援認定の有効期間満了日までとします。ただし、契約期間満了日以前に利用者が要支援状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了時が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間満了日までとします。

２　上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものと、その後も同様とします。

(利用者代理人)

第３条　利用者は、利用者代理人を定めて本契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

２　利用者代理人は利用者本人の意思を代表するものとし、本契約に基づく利用者の事業者に対する債務について連帯債務者となるものとします。

３　利用者代理人が交替したときは、本契約を再締結するものとします。

(個別サービス計画の作成、交付)

第４条　事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の介護予防サービス計画書（または介護予防マネジメントケアプラン（以下「介護予防ケアプラン」という。）の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。個別サービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得た上で、個別サービス計画を交

付します。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第５条　事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

２　利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）の範囲内で可能であり、第１条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

３　事業者は、利用者が介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センター（または介護支援専門員）に連絡するなど必要な援助を行います。

４　事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払方法）

第６条　利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

２　利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

３　利用者が、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

（利用料の変更）

第７条　事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、こ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。

（利用料の滞納）

第８条　利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を２ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、１ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額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　事業者は、前項の催告をした場合には、担当の地域包括支援センター（または介護支援専門員）及び佐久市と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

3　事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第１項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

(利用者の解約権)

第９条　利用者は、７日以上の予告期間を設けることにより、事業者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、予告期間満了日に契約は解約されます。

2　利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。

(1)　事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとしない場合

(2)　事業者が、第１２条に定める守秘義務に違反した場合

(3)　事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

(事業者の解約権)

第１０条　事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により２週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

(1)　利用者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、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合

(2)　利用者が事業者の通常の事業の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合

2　事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の地域包括支援センター（または介護支援専門員）及び必要に応じて佐久市に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

3　利用者、その家族、関係者が、事業者、職員、他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ又は、本契約を継続しがたいほどの重大な背信行為を行った場合。

[本項目に該当する具体例]

セクシャルハラスメント行為、暴力行為、脅迫行為、侮辱行為、誹謗中傷、感情的・理不尽な要求、威圧的・攻撃的な言動、恫喝・敵意ある言動、悪質な流言飛語、虚言等により、職員、他の利用者を困惑・委縮させ、正常なサービス提供が困難となった場合。

(契約の終了)

第１１条　次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

(1)　第２条第２項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合

(2)　第８条第１項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した

場合

(3)　第６条もしくは第８条第２項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合

(4)　第７条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合

(5)　第９条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合

(6)　利用者が介護保険施設へ入所した場合

(7)　利用者が（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合

(8)　利用者の要介護状態区分が自立又は要介護となった場合

(9)　利用者が死亡した場合

（損害賠償責任）

第１２条　事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

２　前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。

３　利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

（善管注意義務）

第１３条　事業者は、利用者より委託された業務を行うにあたっては、法令を遵守し、善良なる管理者の注意をもってその業務を遂行します。

（信義誠実の原則）

第１４条　利用者と事業者は、信義誠実をもって本契約を履行するものとします。

２　本契約の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遵守し、双方が誠意をもって協議します。

（裁判管轄）

第１５条　利用者と事業者は、本契約に関してややむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第１審管轄裁判所とすることを予め合意します。

（守秘義務）

第１６条　事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

２　事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

３　事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、介護保険法第２３条に基づ

くもののほか、利用者の介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター（または介護支援専門員）及び介護予防・日常生活支援サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

4　第１項の規定にかかわらず、事業者は、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（平成 17 年法律 124 号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

（苦情対応）

第１７条　利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2　事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

3　事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

（サービス内容等の記録の作成及び保存）

第１８条　事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から５年間保存します。

2　利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

3　事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ、第１項の記録の写しを交付することができるものとします。

（契約外条項）

第１９条　本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業に関する契約を締結します。
上記契約を証明するため、本書２通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ１部ずつ保有します。

令和　　年　　月　　日

（利用者）私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。
また、第１６条に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。
利 用 者　　住 所
氏 名　　印

（代理人）私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。
署名代行者　　住 所
氏 名　　印
本人との続柄

（家族代表）私は、第１６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
本人との続柄

（事業者）私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事 業 者	住 所	長野県長野市大字南長野北石堂町 1177-3
	事業者（法人名）	社会福祉法人ジェイエー長野会
	代表者職・氏名	理事長　　上原　孝義
事 業 所	住 所	佐久市臼田 785 番地 6
	事業所名	デイサービスセンター星の里
サテライト住 所		佐久市入澤 265 番地 2
サテライト事業所名		デイサービスセンター星の里 サテライトあおぬまの家
	管理者職・氏名	管理者　　町田　武士　　印

介護予防・日常生活支援総合事業
第１号通所事業（通所介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）③

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	社会福祉法人ジェイエー長野会
主たる事務所の所在地	〒380-0826　長野県長野市大字南長野北石堂町1177-3
代表者（職名・氏名）	理事長　　上原　孝義
設　立　年　月　日	平成　６年　４月２７日
電　　話　　番　　号	026-223-0533

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター星の里	
サ　ー　ビ　ス　の　種　類	第１号通所事業（通所介護相当サービス）	
事　業　所　の　所　在　地	〒384-0301　佐久市臼田785番地6	
電　　話　　番　　号	0267-81-5677	
ご利用事業所の名称	デイサービスセンター星の里サテライトあおぬまの家	
事　業　所　の　所　在　地	〒384-0621　佐久市入澤265番地2	
電　　話　　番　　号	0267-82-2662	
指定年月日・事業所番号	平成30年　4月　1日指定	2071701664
実施単位・利用定員	１単位	定員３０人
通常の事業の実施地域	佐久市	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援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、介護予防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、関係する佐久市や事業者、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

第１号通所事業（通所介護相当サービス）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を図るサービスです。

５．営業日時

営 業 日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月16日）を除きます。
営業時間	午前８時３０分から午後５時３０分まで
サービス提供時間	午前１０時００分から午後３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
管理者	常勤　1人、　非常勤　0人
生活相談員	常勤　2人、　非常勤　0人
看護職員	常勤　0人、　非常勤　3人
介護職員	常勤　1人　非常勤　2人
機能訓練指導員	常勤　0人、　非常勤　4人

７．サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその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。

担当職員の氏名（生活相談員）	坂戸　あゆ美、白石　ほの香
管理者の氏名	町田　武士

８．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、原則として負担割合証に応じた基本利用料の１割又は２割又は３割の額です。ただし、介護保険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）　第１号通所事業・通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：通所介護相当サービス】

利用者の要介護度	回数	基本利用料	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）	利用者負担（3割）
事業対象者 要支援１	週１回程度 (1月の中で4回までの利用)	4,360円 (1回ごとにつき)	436円	872円	1,308円
事業対象者 要支援１	月５回以上	17,980円 （１か月につき）	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援２	週２回程度 (1月の中で8回までの利用)	4,470円 (1回ごとにつき)	447円	894円	1,341円
事業対象者 要支援２	月９回以上	36,210円 （１か月につき）	3,621円	7,242円	10,863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。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算：通所介護相当サービス】

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（概要）	加算額			
		基本利用料	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）	利用者負担（3割）
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	1,500円	150円	300円	450円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成し、リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を３月ごとに１回以上評価し、必要に 応じて計画・訓練内容等の見直しを行っている場合に加算されます。	200 円	20 円	40 円	60 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ　※	事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合する介護職員のキャリアアップ要件、月額賃金改善、職場環境等を実施している場合に加算	一月の総利用単位数の 11.8%			

	されます。				

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（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７００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、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は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	利用者負担金　１，２００円

（注）利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（４）支払い方法

月末に締切り、翌月10日以降に請求書を送付します。原則として、利用者又は利用者代理人の指定したＪＡ貯金口座又は三菱UFJニコス口座振替決済代行可能の金融機関口座からの振替（口座振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。やむをえず認定前にサービスを受けた場合など「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を事業者に支払い、利用者はその後市町村から保険給付分を受けとることになります。

・口座振替日

JA貯金口座

利用月の翌月21日（ただし、21日が金融休業の場合は翌営業日となります。）

JA以外の金融機関口座

利用月の翌々月12日（ただし、12日が金融休業の場合は翌営業日となります。）

・三菱UFJニコス口座振替決済代行可能の金融機関

郵便局、都市銀行の全行、地方銀行の全行、信用金庫、労働金庫、信用組合（一部取扱不可）、信託銀行（一部取扱不可）

９．緊急時における対応方法

・緊急時対応方針

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、速やかに救急、主治医、地域包括支援センター（介護支援専門員）、家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じるとともに、管理者に報告します。

・緊急時の対応時間・連絡先

受付時間（月～金）	午前８時３０分～午後５時３０分	
連絡先	電話	0267-81-5677

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（介護支援専門員）及び佐久市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対応いたします。

相談窓口	電話・ＦＡＸ	対応者
デイサービスセンター星の里	TEL　0267-81-5677 FAX　0267-81-5678	町田武士
さく地域事業本部	TEL　0267-82-1122	
佐久市役所　高齢者福祉課	TEL　0267-62-3157	
佐久平・浅間地域包括支援センター	TEL　0267-88-6281	
岩村田・東地域包括支援センター	TEL　0267-67-6910	
野沢地域包括支援センター	TEL　0267-63-8430	
中込地域包括支援センター	TEL　0267-64-1751	
臼田支所　保健福祉課	TEL　0267-82-3111	
臼田地域包括支援センター	TEL　0267-81-5100	
望月支所　保健福祉課	TEL　0267-53-3111	
浅科支所　保健福祉課	TEL　0267-58-2001	
浅科・望月地域包括支援センター	TEL　0267-53-8801	
国民健康保険団体連合会	TEL　026-238-1580	

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（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。

１３．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　所　　所在地　　佐久市臼田 785 番地 6

事業所名　　デイサービスセンター星の里

サテライト　住　所　　佐久市入澤 265 番地 2

サテライト事業所名　　デイサービスセンター星の里サテライトあおぬまの家

管理者職・氏名　　管理者　　町田　武士　　印

説明者・氏名

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

利用者代理人　住　所

本人との続柄

氏　名　　印