

契 約 書

(地 域 密 着 型 通 所 介 護)

あけぼのデイサービス
まごころ館成城

地域密着型通所介護契約書

利用者_____（以下「甲」という。）と事業者 ケアゲート(株)（以下「乙」という。）とは、地域密着型通所介護サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

- 第 1 条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう地域密着型通所介護サービスを提供し、甲の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに甲の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- 2 乙は、地域密着型通所介護サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会の意見に従います。

（契約期間）

- 第 2 条 この契約書の契約期間は、令和____年____月____日から令和____年____月____日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間の満了日までとします。
- 2 前項の契約期間の満了日の 7 日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとし、
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。

（運営規程の概要）

- 第 3 条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、地域密着型通所介護サービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、重要事項説明書に記載したとおりです。

（通所介護計画の作成・変更）

- 第 4 条 乙は、甲の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、通所介護計画を作成し、通所介護計画作成後も当該計画の実施状況の把握に努めます。
- 2 通所介護計画には、機能訓練等の目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。
- 3 通所介護計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。
- 4 乙は、次の各号に該当する場合には、第 1 条に規定する地域密着型通所介護サービスの目的に従い、通所介護計画の変更を行います。
- 一 甲の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該通所介護計画を変更する必要がある場合
- 二 甲が地域密着型通所介護サービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合
- 5 前項の変更の際して、居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、乙は、速やかに甲の居宅介護支援事業者に連絡するなど必要な援助を行います。
- 6 乙は、通所介護計画を作成し又は変更した際には、これを甲及びその後見人又はその家族に対し説明し、その同意を得るものとし、

(地域密着型通所介護サービスの内容及びその提供)

第5条 乙は、通所介護計画に沿って、地域密着型通所介護サービスを提供します。

- 2 乙は、甲に対して通所介護サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成し、甲の確認を受けた書面に記載します。
- 3 乙は、甲の地域密着型通所介護サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- 4 甲及びその後見人又はその家族は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

(居宅介護支援事業者等との連携)

第6条 乙は、甲に対して地域密着型通所介護サービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(協力義務)

第7条 甲、その後見人及びその家族は、乙が甲のため地域密着型通所介護サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

(認知症介護基礎研修に係る措置)

第8条 乙は介護に携わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講するために必要な措置を講じます。

(サービスの重要事項の掲示・閲覧に関して)

第9条 乙は運営規定の概要等の重要事項等について、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、原則として重要事項等の情報をウェブサイトに掲載・公表します。

(苦情対応)

- 第10条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した地域密着型通所介護サービスについて甲、甲の後見人又は甲の家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。
- 2 乙は、甲、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し不利益な取扱いをすることはありません。

(虐待防止に関する事項)

第11条 乙は、甲の人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- 1 乙は、甲の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修等を実施すること。
- 2 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければなりません。
 - 一 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。

二 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

三 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

- 3 乙は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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、速やかにこれを市町村に通報します。

（業務継続計画の策定）

第 12 条 乙は、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なければなりません。

2 乙は、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なければなりません。

3 乙は、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うものとします。

（感染症の予防及びまん延の防止のための措置）

第 13 条 乙は、当事業所において感染症（又は食中毒）が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければなりません。

一 事業所における感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

二 事業所における感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

三 事業所において、従業者に対し、感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施すること。

（身体的拘束等の禁止）

第 14 条 乙は、サービス提供にあたり身体的拘束その他甲の行動を制限する行為を行いません。ただし、甲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は、この限りではありません。

- 2 前項ただし書きの規定に基づき身体的拘束等の行為を行った場合には、乙は、直ちに、その日時、態様、甲の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、当該行為が必要と判断した職員等及び当該行為を行った職員等の氏名その他必要な事項について、サービス提供記録等に記録します。

（緊急時の対応）

第 15 条 乙は、現に地域密着型通所介護サービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに甲の主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

（費用）

第 16 条 乙が提供する地域密着型通所介護サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、重要事項説明書に記載したとおりです。

- 2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。
- 3 乙は、提供する通所介護サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。
- 4 乙は、前三項に定める費用のほか、次の各号に掲げる費用の支払いを甲に請求することができます。
 - 一 乙の通常の事業の実施地域以外にある甲の居宅から、甲を送迎する場合に要する費用
 - 二 甲の要望により通常要する時間を超えて提供された地域密着型通所介護サービスの費用から通常提供される地域密着型通所介護サービス費用を差し引いた額
 - 三 食事を提供した場合の食材料費
 - 四 おむつ代
 - 五 通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、甲に負担させることが適当と認められる費用
- 5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。
- 6 乙は、甲が正当な理由で地域密着型通所介護サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセル料の支払いを求めないものとします。
- 7 乙は、通所介護サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。
- 8 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、事前に説明し甲の同意を得た上で新たな料金に基づく重要事項説明書を交付します。

(利用者負担額の滞納)

- 第17条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2月以上滞納した場合は、乙は、30日以上の期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から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について必要な協議を行うものとします。
 - 3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。
 - 4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として通所介護サービスの提供を拒むことはできません。

(秘密保持)

- 第18条 乙及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を就業時及び退職後も漏らすことはありません。
- 2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

- 第19条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第 20 条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、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、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30 日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第 21 条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、その日をもって、この契約は終了するものとします。

- 一 甲が、要介護認定を受けられなかったとき
- 二 第 2 条 1 項及び 2 項により、契約期間満了日の 7 日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- 三 第 15 条に基づき、甲が契約を解除したとき
- 四 第 13 条 3 項又は第 16 条に基づき、乙が契約を解除したとき
- 五 甲が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- 六 甲が、死亡したとき

(ハラスメント)

第 22 条 ハラスメントに関して

① カスタマーハラスメントへの自衛に関する条項

- 1 甲(代理人、連帯保証人、甲の家族及びその関係人を含む。以下同じ。)からの暴言、脅迫、嫌がらせ、または他の不適切な行為が発生した場合、事業所は職員の安全と福祉を確保するため、以下の行動を取る権利を留保します
 - ・職員に対するサポートの提供
 - ・甲との対話や調停の試み
 - ・必要な場合、警察や関連当局との連絡と協力
- 2 甲からのカスタマーハラスメントが慢性的または解決不能な場合、事業所は甲との契約を終了する権利を留保します。
- 3 カスタマーハラスメントの定義については、甲の行動が職員の身体的、精神的、または感情的な安全を脅かすものであり、適切な対処が著しく困難である場合に適用されます。
- 4 契約解除に関する条項
 - a 事業所は、以下の場合に限り、甲との契約を解除する権利を留保します。
 - ・甲が職員に対して継続的に暴言、脅迫、または嫌がらせを行う場合
 - ・甲が職員の安全や福祉を脅かす行動を取る場合
 - ・甲が介護サービスの提供を妨害し、または不正な要求を行う場合
 - b 契約解除の決定は、事業所の判断に基づき、事前の警告や調停の試みを含む適切な手続きに従って行われます
 - c 契約解除が行われた場合、事業所は適切なサポートを提供し、必要に応じて適切な法的手続きを踏むことができます。

上記の各事項のいずれかに該当し、本契約を継続しがたいほどに信頼関係を喪失したと事業所管理者が判断した時は本契約を解除できます。この場合は原則として 2 週間前に甲に対し理由書を示した書面によって解約を申し

入れ、甲と協議の場を設けるものとします。これらの条項は、職員の安全と福祉を確保するために必要な措置を明確にするとともに、甲との契約を慎重に解除する際の適切な手続きを確立します。

- ② 職場におけるハラスメントの防止 ・事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

(損害賠償)

- 第 23 条 乙は、地域密着型通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2 乙は、賠償すべき事故が発生した場合に備え、損害保険に加入し速やかにその対応を行います。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。
- 3 第 1 項の事故が発生した場合、内容によっては基準に基づき、保険者への報告を行います。
- 4 第 1 項の事故によって乙に損害賠償義務が発生する場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(利用者代理人)

- 第 24 条 甲は、代理人を選任してこの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 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(合意管轄)

- 第 25 条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、東京地方裁判所を第一審管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

- 第 26 条 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遵守し、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本書2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

令和 年 月 日

| | | | |
|--------------|------|-----------------------------|---|
| 利用者 甲 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |
| 代理人（又はそのご家族） | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |
| 事業者 乙 | 住所 | 横浜市西区北幸2-9-30 横浜西口加藤ビル6F | |
| | 事業者名 | ケアゲート株式会社 | |
| | 代表者名 | 代表取締役 田邊 光 | 印 |

重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

あけぼのデイサービス
まごころ館成城

地域密着型通所介護重要事項説明書

＜令和 6 年 11 月 1 日現在＞

1 通所介護事業者（法人）の概要

| | |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | ケアゲート株式会社 ・ 営利法人 |
| 代表者名 | 代表取締役 田邊光 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 横浜市西区北幸2-9-30 横浜西口加藤ビル6F (電話) 045-317-6658 (FAX) 045-317-6659 |

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

| | |
|---------|---|
| 事業所名 | あけぼのデイサービスまごころ館成城 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 東京都世田谷区祖師谷 6-10-9 (電話) 03-6770-2037 (FAX) 03-6770-2242 |
| 事業所番号 | 1371211051 |
| 管理者の氏名 | 笠松 直子 |
| 利用定員 | 地域密着型通所介護（10名） |

(2) 事業所の職員体制 (通所介護)

| 従業者の職種 | 人数 (人) | 区分 | | 常勤換算後の 人数 (人) | 職務の 内容 |
|---------|-----------|-------|--------|------------------|-----------|
| | | 常勤(人) | 非常勤(人) | | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1 | 事業所の管理 |
| 生活相談員 | 2 | 1 | 1 | 2 | 相談・生活指導等 |
| 介護職員 | 8 | 3 | 5 | 4 | 介護全般 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | 1 | 機能回復訓練等 |

(3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|------------------|------------|
| 管理者 | サービス提供時間内に常勤で勤務 | ローテーションによる |
| 生活相談員 | サービス提供時間内に常勤で勤務 | ローテーションによる |
| 介護職員 | サービス提供時間内に常勤で勤務 | ローテーションによる |
| 機能訓練指導員 | サービス提供時間内に非常勤で勤務 | |

(4) 事業の実施地域

| | |
|---------|-------------------------|
| 事業の実施地域 | 世田谷区（二子玉川地域は除く） 調布市 狛江市 |
|---------|-------------------------|

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

| 営業日 | 営業時間 |
|---------|-----------|
| 日曜日～土曜日 | 午前8時～午後6時 |

| | |
|----------|-----------|
| サービス提供時間 | 午前8時～午後5時 |
|----------|-----------|

| | |
|--------|----|
| 営業しない日 | なし |
|--------|----|

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|--------|---|
| 食 事 | (食事時間) 12 : 00~13 : 30 手作りの温かい食事を提供します。 |
| 入 浴 | 個人浴槽です。 介助が必要な方には職員がマンツーマンで対応します。 |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。特に心身機能の向上の為、散歩に重点的に取り組んでいます。 |
| 生活指導 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションや健康体操等を実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。 |
| 送 迎 | ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。 |

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の 1 割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】令和 6 年 4 月 1 日改正 (地域密着通所介護)

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合 | 要介護 1 416 単位 4,534 円 | 要介護 2 478 単位 5,210 円 | 要介護 3 540 単位 5,886 円 | 要介護 4 600 単位 6,540 円 | 要介護 5 663 単位 7,226 円 |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合 | 要介護 1 436 単位 4,752 円 | 要介護 2 501 単位 5,460 円 | 要介護 3 566 単位 6,169 円 | 要介護 4 629 単位 6,856 円 | 要介護 5 695 単位 7,575 円 |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合 | 要介護 1 657 単位 7,161 円 | 要介護 2 776 単位 8,458 円 | 要介護 3 896 単位 9,766 円 | 要介護 4 1013 単位 11,041 円 | 要介護 5 1134 単位 12,360 円 |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|

※9 時間以上の料金に関しては、「所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合」に要介護度別にそれぞれ 50 単位加算となります。また更に延長をご希望の場合は、延長前の料金を基に 1 時間延長毎同様に 50 単位

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合 | 要介護 1 678 単位 7,390 円 | 要介護 2 801 単位 8,730 円 | 要介護 3 925 単位 10,082 円 | 要介護 4 1049 単位 11,434 円 | 要介護 5 1172 単位 12,774 円 |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合 | 要介護 1 753 単位 8,207 円 | 要介護 2 890 単位 9,701 円 | 要介護 3 1032 単位 11,248 円 | 要介護 4 1172 単位 12,774 円 | 要介護 5 1312 単位 14,300 円 |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合 | 要介護 1 783 単位 8,534 円 | 要介護 2 925 単位 10,082 円 | 要介護 3 1072 単位 11,684 円 | 要介護 4 1220 単位 13,298 円 | 要介護 5 1365 単位 14,878 円 |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

ずつ加算となります。

○減算 (片道につき)

| 種 類 | 利 用 料 |
|------|-------------|
| 送迎減算 | 47 単位 512 円 |

○加算

| 種 類 | 利 用 料 |
|----------|--------------------|
| 入浴介助加算Ⅰ | 1 回につき 40 単位 436 円 |
| 個別機能訓練Ⅰイ | 1 回につき 56 単位 610 円 |
| 処遇改善加算Ⅲ | 合計単位数の 8% |

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客

様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。発行されたサービス提供証明書と領収書を保険者介護保険窓口を持参すると、自己負担割合に応じた額(利用料金 7~9 割)が返還されます。
- ・ (上記金額+処遇改善加算Ⅲ)の1~3割が自己負担金となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

- 食費
食事・おやつサービスを受ける方は、昼食 1 食あたり 780 円・おやつ 1 食あたり 150 円が必要となります。またムース食やミキサー食等の特別食での提供をご希望される場合は 1 食あたり 100 円の追加料金が必要となります。
- おむつ代
おむつを使用される方は、おむつ 1 枚あたり 150 円が必要となります。
- 事業の実施地域外の交通費
2-(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、事業の実施地域を超えて 1 kmあたり 20 円の交通費が必要となります。
2-(4)の事業の実施地域にお住まいの方は 3-(1) -イの【料金表】をご覧ください。
- その他の費用
地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、利用者様の希望により通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用は、利用者様の負担となります。
- キャンセル料
1,000 円 (当日朝 8 : 00 迄に連絡頂ければ請求致しません)
- 日常生活費
当施設でご用意したマスク、歯磨きセット、箱ティッシュを個人用として使用することを希望される場合に算定いたします。
1 日あたり 200 円

(3) 利用料等のお支払方法

口座自動振替若しくは、口座振込となります。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

365 日年中無休で地域密着型通所介護サービスを提供しています。
また、少人数制を活かして個人個人にあったケアを提供しています。

(2) 運営方針

- ①わたしたちは、利用者様を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行ないます。
- ②わたしたちは、ひとりひとりに「目配り・気配り・心配り」ができる個別ケアに真正面から取り組んでいます。
- ③わたしたちは、住み慣れた地域社会の中で、尊厳を保ちながら「自分が自分らしくありのまま」に生活できるようにお手伝いします。
- ④わたしたち職員全員が「介護のプロ」だと自負し、より質と満足度が高いケアを目指して取り組んでいます。
- ⑤わたしたちは、「必要な時」に「必要な量」の介護サービスを「必要な地域」で提供し、在宅生活をサポートします。
- ⑥わたしたちは、誰もが安心して生活できる地域社会づくりに、草の根から貢献します。

(3) その他

| 事項 | 内容 |
|-----------------|---|
| 通所介護計画の作成及び事後評価 | <p>当事業所の管理者が、利用者様の直面している課題等 を評価し、利用者様の希望を踏まえて、通所介護計画を 作成します。</p> <p>また、サービス提供の目標の達成状況等 を評価し、その結果を 書面（モニタリング）に記載してお客様に説明 のうえ交付します。</p> |
| 従業員研修 | <ul style="list-style-type: none"> ・採用時研修 採用後 1 ヶ月以内 ・全体研修 年 2 回以上 ・事業所内研修 年 12 回 |

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | |
|-------------|---|
| 当事業所お客様相談窓口 | <p>窓口責任者 笠松 直子</p> <p>ご利用時間 9：00～17：00</p> <p>ご利用方法 電話（03-6770-2037） 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）</p> |
| 保険福祉課地域支援窓口 | <p>ご利用時間 9：00～17：00</p> <p>ご利用方法 電話</p> <p>世田谷総合支所 03-5432-2850</p> <p>北沢総合支所 03-6804-8701</p> <p>砧総合支所 03-3482-8193</p> <p>烏山総合支所 03-3326-6136</p> |

| | | |
|---------|-------|-------------------------------|
| 国保連相談窓口 | 住所 | 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京都区政会館11F |
| | 電話 | 03-6238-0177 |
| | ご利用時間 | 9:00~17:00 |
| | | |

6 事故発生時における対応方法

乙は、地域密着型通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、利用者に対して応急措置、医療機関への搬送等必要な措置を講じます。発生した事故は、内容によっては基準に基づき、保険者、居宅介護支援事業所への報告を行います。

また、賠償すべき事故が発生した場合に備え、損害保険に加入し速やかにその対応を行います。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

- ・加入損害保険会社名：三井住友海上株式会社
- ・加入損害保険名：賠償責任保険

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

| | | |
|-----|------------------|--|
| 主治医 | 病院名 及び 所在地 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|-------------|--------|-----|
| 緊急時連絡先（家族等） | 氏名（続柄） | () |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

8 非常災害時の対策

| | | | |
|------------|------------------------------|-----|-----------|
| 非常時の対応 | 別途定める災害非常時マニュアルにのっとり対応を行います。 | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画に則り、年2回避難訓練を行います。 | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 |
| | スプリンクラー | | 防火扉・シャッター |
| | 避難階段 | | 屋内消火器 |

| | | | |
|--|-----------------------------|---|---------|
| | 自動火災報知機 | 1 | ガス漏れ探知機 |
| | 誘導灯 | 1 | |
| | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。 | | |

9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|------|-----------------------------|
| 事業者 | 住 所 | 横浜市西区北幸2-9-30 横浜西口加藤ビル6F |
| | 事業者名 | ケアゲート株式会社 |
| | 代表者名 | 代表取締役 田邊 光 印 |

| | | |
|-----|-----|--------|
| 説明者 | 職 名 | 管理者 |
| | 氏 名 | 笠松直子 印 |

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

| | | |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

