

料 金 表
(平成デイサービスセンター神奈川)

令和6年6月1日以降

1 通常規模型通所介護の介護報酬に係る費用

項目	サービス1回当たりの料金	利用者負担 (1割負担)			
	介護度	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満
(1)基本額 下段()内は、利用者1割負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。	要介護1	370 単位 (397円/日)	388 単位 (416円/日)	570 単位 (611円/日)	584 単位 (626円/日)
	要介護2	423 単位 (454円/日)	444 単位 (476円/日)	673 単位 (722円/日)	689 単位 (739円/日)
	要介護3	479 単位 (514円/日)	502 単位 (539円/日)	777 単位 (833円/日)	796 単位 (854円/日)
	要介護4	533 単位 (572円/日)	560 単位 (601円/日)	880 単位 (944円/日)	901 単位 (966円/日)
	要介護5	588 単位 (631円/日)	617 単位 (662円/日)	984 単位 (1,055円/日)	1008 単位 (1,081円/日)
(2)加算	入浴介助加算Ⅰ	40 単位 (43円/日)			
	入浴介助加算Ⅱ	55 単位 (59円/日)			
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位 (60円/日)			
	個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位 (22円/月)			
	A D L維持等加算Ⅰ	30 単位 (33円/月)			
	A D L維持等加算Ⅱ	60 単位 (65円/月)			
	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22 単位 (24円/日)			
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位 (6円/月)※6か月1回			
	栄養アセスメント加算	50 単位 (54円/月)			
	栄養改善加算	200 単位 (215円/回 ※月2回限度)			
	科学的介護推進体制加算	40 単位 (43円/月)			
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(介護報酬総単位数×9.2%)×10.72 利用者負担額は、上記額 - (上記額×0.9)			

2 介護予防通所介護の介護報酬に係る費用

横浜市通所介護相当サービス (独自)

項目	介護度	サービス1回当たりの料金 (1割負担)
		1 月につき
(1)基本額	要支援1	1,798 単位 (1,928円/月)
	要支援2 (週 1 回程度)	1,798 単位 (1,928円/月)
	要支援2 (週 2 回程度)	3,621 単位 (3,882円/月)
(2)加算	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位 (6円/月)※6か月1回
	栄養アセスメント加算	50 単位 (54円/月)
	栄養改善加算	200 単位 (215円/月)
	一体的サービス提供加算	480 単位 (515円/月)
	科学的介護推進体制加算	40 単位 (43円/月)
	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	要支援1 88単位 (95円/月)
		要支援2 (週 1 回程度) 88単位 (95円/月)
		要支援2 (週 2 回程度) 176単位 (189円/月)
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(介護報酬総単位数×9.2%)×10.72 利用者負担額は、上記額 - (上記額×0.9)

下段()内は、利用者1割負担額を円に換算し表示したものです。
ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

* 利用者負担額(1割)の算出方法

1ヶ月のサービス合計単位数×10.72円=〇〇円 (1円未満切り捨て)
〇〇円- (〇〇円×0.9 (1円未満切り捨て)) =△△円 (利用者負担額)
※10.72円は、横浜市(2級地)の地域加算

3 介護保険給付対象外サービスの利用料

項目	金額
・ 食 費	500円/1食(おやつ代はいただきません)
・ その他	利用者の希望により購入する教養娯楽 (クラブ活動や行事における材料費等)

料 金 表

令和6年6月1日以降

(平成デイサービスセンター神奈川)

1 通常規模型通所介護の介護報酬に係る費用

項目	サービス1回当たりの料金	利用者負担 (2割負担)			
	介護度	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満
(1)基本額 下段()内は、利用者2割負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。	要介護1	370 単位 (794円/日)	388 単位 (832円/日)	570 単位 (1,222円/日)	584 単位 (1,252円/日)
	要介護2	423 単位 (907円/日)	444 単位 (952円/日)	673 単位 (1,443円/日)	689 単位 (1,478円/日)
	要介護3	479 単位 (1,027円/日)	502 単位 (1,077円/日)	777 単位 (1,666円/日)	796 単位 (1,707円/日)
	要介護4	533 単位 (1,143円/日)	560 単位 (1,201円/日)	880 単位 (1,887円/日)	901 単位 (1,932円/日)
	要介護5	588 単位 (1,261円/日)	617 単位 (1,323円/日)	984 単位 (2,110円/日)	1008 単位 (2,161円/日)
(2)加算	入浴介助加算Ⅰ	40 単位 (86円/日)			
	入浴介助加算Ⅱ	55 単位 (118円/日)			
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位 (120円/日)			
	個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位 (43円/月)			
	A D L維持等加算Ⅰ	30 単位 (65円/月)			
	A D L維持等加算Ⅱ	60 単位 (129円/月)			
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位 (47円/日)			
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位 (11円/月)※6か月に1回			
	栄養アセスメント加算	50 単位 (108円/月)			
	栄養改善加算	200 単位 (429円/回 ※月2回限度)			
	科学的介護推進体制加算	40 単位 (86円/月)			
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(介護報酬総単位数×9.2%)×10.72 利用者負担額は、上記額ー(上記額×0.8)			

2 介護予防通所介護の介護報酬に係る費用

横浜市通所介護相当サービス(独自)

項目	介護度	サービス1回当たりの料金(2割負担)
		1月につき
(1)基本額	要支援1	1,798 単位 (3,855円/月)
	要支援2(週1回程度)	1,798 単位 (3,855円/月)
	要支援2(週2回程度)	3,621 単位 (7,764円/月)
(2)加算	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位 (11円/月)※6か月に1回
	栄養アセスメント加算	50 単位 (108円/月)
	栄養改善加算	200 単位 (429円/月)
	一体的サービス提供加算	480 単位 (1,029円/月)
	科学的介護推進体制加算	40 単位 (86円/月)
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 88単位(189円/月)
		要支援2(週1回程度) 88単位(189円/月)
		要支援2(週2回程度) 176単位(378円/月)
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(介護報酬総単位数×9.2%)×10.72 利用者負担額は、上記額ー(上記額×0.8)

下段()内は、利用者2割負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

*利用者負担額(2割)の算出方法

1ヶ月のサービス合計単位数×10.72円=()円(1円未満切り捨て)
○○円ー(○○円×0.8(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

※10.72円は、横浜市(2級地)の地域加算

3 介護保険給付対象外サービスの利用料

項目	金額
・食費	500円/1食(おやつ代はいただきません)
・その他	利用者の希望により購入する教養娯楽 (クラブ活動や行事における材料費等)

料 金 表
(平成デイサービスセンター神奈川)

令和6年6月1日以降

1 通常規模型通所介護の介護報酬に係る費用

項目	サービス1回当たりの料金	利用者負担 (3割負担)			
	介護度	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満
(1)基本額 下段()内は、利用者3割負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。	要介護1	370 単位 (1,190円/日)	388 単位 (1,248円/日)	570 単位 (1,833円/日)	584 単位 (1,878円/日)
	要介護2	423 単位 (1,361円/日)	444 単位 (1,428円/日)	673 単位 (2,165円/日)	689 単位 (2,216円/日)
	要介護3	479 単位 (1,541円/日)	502 単位 (1,615円/日)	777 単位 (2,499円/日)	796 単位 (2,560円/日)
	要介護4	533 単位 (1,714円/日)	560 単位 (1,801円/日)	880 単位 (2,830円/日)	901 単位 (2,898円/日)
	要介護5	588 単位 (1,891円/日)	617 単位 (1,985円/日)	984 単位 (3,165円/日)	1008 単位 (3,242円/日)
(2)加算	入浴介助加算Ⅰ	40 単位 (129円/日)			
	入浴介助加算Ⅱ	55 単位 (177円/日)			
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位 (180円/日)			
	個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位 (65円/月)			
	ADL維持等加算Ⅰ	30 単位 (97円/月)			
	ADL維持等加算Ⅱ	60 単位 (193円/月)			
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位 (71円/日)			
	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位 (16円/月)※6か月に1回			
	栄養アセスメント加算	50 単位 (161円/月)			
	栄養改善加算	200 単位 (644円/回 ※月2回限度)			
	科学的介護推進体制加算	40 単位 (129円/月)			
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(介護報酬総単位数×9.2%)×10.72 利用者負担額は、上記額－(上記額×0.7)			

2 介護予防通所介護の介護報酬に係る費用

横浜市通所介護相当サービス(独自)

項目	介護度	サービス1回当たりの料金(3割負担)
		1月につき
(1)基本額	要支援1	1,798 単位 (5,783円/月)
	要支援2(週1回程度)	1,798 単位 (5,783円/月)
	要支援2(週2回程度)	3,621 単位 (11,646円/月)
(2)加算	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位 (16円/月)※6か月に1回
	栄養アセスメント加算	50 単位 (161円/月)
	栄養改善加算	200 単位 (644円/月)
	一体的サービス提供加算	480 単位 (1,544円/月)
	科学的介護推進体制加算	40 単位 (129円/月)
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1 88単位(283円/月)
		要支援2(週1回程度) 88単位(283円/月)
		要支援2(週2回程度) 176単位(566円/月)
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(介護報酬総単位数×9.2%)×10.72 利用者負担額は、上記額 - (上記額×0.7)

下段()内は、利用者3割負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

* 利用者負担額(3割)の算出方法

1ヶ月のサービス合計単位数×10.72円=〇〇円(1円未満切り捨て)
〇〇円- (〇〇円×0.7(1円未満切り捨て)) =△△円(利用者負担額)

※10.72円は、横浜市(2級地)の地域加算

3 介護保険給付対象外サービスの利用料

項目	金額
・ 食費	500円/1食(おやつ代はいただきません)
・ その他	利用者の希望により購入する教養娯楽 (クラブ活動や行事における材料費等)

重要事項説明書（通所介護）

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 平成記念会
主たる事業所の所在地	徳島県徳島市勝占町松成 46
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 武久 洋三
電話番号	088-669-2228

2. ご利用事業所

事業所の名称	平成デイサービスセンター神奈川
所在地	横浜市神奈川区菅田町 19
介護保険事業所番号	1470202233
施設長の氏名	小林 拓也
電話番号	045-471-1300
ファクシミリ番号	045-476-5767
営業日	月～土曜日（年末年始12月31日～1月3日は除く） 祝日
営業時間	午前9時00分～午後5時30分
サービス提供時間	午前10時00分～午後4時05分
利用定員	20名

3. 当該事業者であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人福祉施設	平成25年4月1日 令和7年4月1日更新	1470202183	140床
短期入所生活介護	平成25年4月1日 令和7年4月1日更新	1470202183	20床

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	可能な限りその居宅において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必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより利用者の社会的孤立感の解消、及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営の方針	当サービスにあたっては、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行なう。

5. 利用対象者

介護保険にて要支援・要介護と認定された方

6. 通常の事業実施地域

神奈川区、港北区、保土ヶ谷区、緑区

7. 職員の職種、職員数

①管理者（常勤１名）

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して業務を統括し、運営管理に万全を期する。

②生活相談員（常勤２名以上）

生活に関する相談及び助言

③介護職員（常勤２名以上、非常勤２名以上）

（イ）入浴及び食事の提供 （ロ）日常生活上の世話

④機能訓練指導員（常勤１名以上）

機能訓練及び日常動作訓練

⑤看護職員（非常勤１名以上）

健康管理業務

上記の職員は下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

勤務時間帯 ９：００ ～ １７：３０

（夜間窓口 ヴィラ神奈川 電話番号０４５－４７１－１３００）

8. 守秘義務の徹底

当施設の職員は、業務上知り得た利用者様又はご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様とします。

ただし、介護保険サービスの為の市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、医療機関への療養状況を提供する場合については、当施設は利用者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

9. 個人情報の提供

次の様な状況の場合に、当施設はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

- ① 介護保険法令に従い、利用者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議において利用する場合。
- ② 利用者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。
- ③ 契約終了によって、利用者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合。

10. 利用解約の手続き

※利用者様からの契約解除

利用者様及びご家族様は、1週間以上の予告期間をもって、当施設に対し、解約の意思表示をすることにより、本契約に基づく通所利用を解除・終了することができます。

※当施設からの契約解除

当施設は、利用者様及びご家族様に対し、次に掲げる場合には本契約に基づくサービスを解除、終了することができます。

- ① 利用者様が要介護認定において自立と認定された場合。
- ② 利用者様の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当施設での適切な介護保険施設サービスの提供が困難と判断された場合。
- ③ 利用者様の行動が、他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合。
- ④ 利用者様が重大な自傷行為を繰り返す等、十分な介護を尽くしてもこれを防止できないと思われる場合。
- ⑤ 利用者様が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないと判断した場合。
- ⑥ 利用者様、ご家族様から法定介護サービス以外のサービスを不当に強要され、実施不能の理由を伝えてもなお強要されるような場合。
- ⑦ 利用者様、ご家族様からサービス担当者が不当なセクハラや暴言、暴行等の干渉を受け、かつ注意により改善されない場合。
- ⑧ 利用者様が、他の介護保険施設に入所された場合。
- ⑨ 利用者様が、病院等の医療機関に入院された場合。
- ⑩ 利用者様が死亡された場合。
- ⑪ 利用者様及びご家族様が、本契約に定める利用料金を2か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、7日間以内に支払われない場合。
- ⑫ 利用者様が、当施設の従業者並びに他の利用者様、又は、当施設の設備並びに備品に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

11. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談お申下さい。

受付窓口（担当者） 氏名 中村 仁美 職名 相談員

電話番号 045-471-1300

受付時間 毎週月曜日 ～ 土曜日

9時00分 ～ 17時30分

また、ご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

○神奈川県国民健康保険団体連合会（月～金曜日 8:30～17:15）

所在地：横浜市中区楠町27-1 電話番号045-329-3447

○横浜市 はまふくコール（横浜市苦情相談コールセンター）

所在地：横浜市中区本町6-50-10

電話番号045-263-8084

○横浜市神奈川区役所 高齢・障害支援課

所在地：横浜市神奈川区広台太田町3-8 電話番号045-411-7114

○横浜市港北区役所 高齢・障害支援課

所在地：横浜市港北区大豆戸町26-1 電話番号045-540-2237

○横浜市保土ヶ谷区役所 高齢・障害支援課

所在地：横浜市保土ヶ谷区川辺町2-9 電話番号045-334-6384

○横浜市緑区役所 高齢・障害支援課

所在地：横浜市緑区寺山町118 電話番号045-930-2433

○横浜市菅田地域ケアプラザ

所在地：横浜市神奈川区菅田町1718-1 電話番号045-471-3101

○横浜市城郷小机地域ケアプラザ

所在地：横浜市港北区小机町2484-4 電話番号045-478-1133

○横浜市上菅田地域ケアプラザ

所在地：横浜市保土ヶ谷区上菅田町１６９６ 電話番号０４５－３７１－３８３１

○横浜市鴨居地域ケアプラザ

所在地：横浜市緑区鴨居５－２９－８ 電話番号０４５－９３０－１１２２

13. 事故発生時の対応

サービス提供中に怪我等があった場合は、すみやかに家族、保険関係者に連絡をとり必要 且つ適切な措置を行います。サービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

また、ヒヤリハット、事故報告書等を用い職員間で話し合う機会を作り原因究明、再発防止を検討します。(別紙参照)

14. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。(別紙参照)

15. 災害発生時の対応

1年に3回防災訓練を実施します。

災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施

実施しておりません。

私は、本書面に基づいて、乙の職員(職名 氏名)から上記サービス内容と重要事項の説明を受け、同意し1部交付を受けたことを確認します。

年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所

氏 名

(続柄) 印

署名代行の理由

(利用者の家族等)

住 所

氏 名

印

同意書

私及び家族は、（平成デｲサービスセンター神奈川）との介護保険法に基づく居宅サービス利用契約書第11条に規定する秘密保持に関し、（平成デｲサービスセンター神奈川）又は他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、（平成デｲサービスセンター神奈川）従業者が私及び家族の個人情報をサービス担当者会議等において用いることに同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 平成記念会
理事長 武久 洋三 殿

（利用者）住所：_____

氏名：_____ 印

（代理人）住所：_____

氏名：_____（続柄） 印

（家族の代表）住所：_____

氏名：_____（続柄） 印

居 宅 サ ー ビ ス 契 約 書

甲（利用者）_____

乙（事業者） 平成記念会 _____

_____（以下「甲」といいます。）と 平成記念会 _____（以下「乙」といいます。）は、乙が甲に対して行う居宅サービスについて、次のとおり契約を締結します。

（契約の目的及び内容）

第1条 1 本契約は、介護保険法等の関係諸法令及びこの契約書に従い、居宅サービスを提供することにより甲が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確保することを目的として以下のサービスを提供します。

☐通所介護

☐介護予防通所介護

2 乙は、サービス提供にあたっては、甲の要介護・要支援状態区分、及び本契約書末尾にその写しが貼付されている、甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、甲に対しサービスを提供します。

3 甲は、乙からサービスの提供を受けた時は、乙に対し別紙サービス内容説明書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

4 提供するサービスの種類又は内容を変更する場合には、付属の「契約変更・更新合意欄」に必要事項を記載し、記名押印するとともに、変更内容に係る別紙を追加して添付します。

（契約の期間）

第2条 1 この契約の契約期間は、甲の要介護・要支援認定有効期間満了日までとします。ただし、契約期間満了以前に甲が要介護・要支援状態区分の変更の認定を受け、要介護・要支援認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の要介護・要支援認定有効期間終了日までとします。

2 前項の契約期間満了日の2週間以上前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、次の認定更新の要介護・要支援認定有効期間満了日まで自動継続されることとします。

3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は従前の契約期間経過の翌日から更新後の要介護・要支援認定有効期間満了日までとします。ただし、契約期間満了以前に甲が要介護・要支援状態区分の変更の認定を受け、要介護・要支援認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の要介護・要支援認

定有効期間満了日までとします。

(個別サービス計画)

第3条 1 乙は、甲の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、甲の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、必要となるサービス種類ごとに「個別サービス計画」を作成し（訪問入浴介護及び福祉用具貸与を除く。）、これに従って計画的にサービスを提供します。「個別サービス計画」を作成した場合は、甲及び甲の家族に説明のうえ提出します。

2 乙は、甲及び甲の家族がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、その変更が居宅サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能なときは、速やかに「個別サービス計画」の変更等の対応を行います。

3 乙は、甲が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

(サービスの内容)

第4条 1 乙は、甲に対し、前条により作成された甲のための個別サービス計画に基づきサービスを提供します。

2 乙は、甲に対し、前条により甲のための個別サービス計画が作成されるまでの間は、甲の有する能力に応じた適切なサービスを提供します。

(身体抑制等について)

第5条 1 身体抑制等の必要がある場合については、事前又は事後に甲に対し身体抑制の根拠、内容、見込まれる期間について書面にて説明いたします。またこの場合、乙は事前、または事後すみやかに甲の代理人もしくは家族に十分説明し、承諾を得ます。（書式 抑制許可申請書）

2 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準により基本的介護サービスを行うことになっていますが、法律を遵守することにより転倒等の事故が起こった場合、法定の勤務体制中であり乙に故意過失がない場合には、乙は甲に対して損害賠償の責は負えません。

3 甲が無断外出したことによる事故については、乙は甲に対して損害賠償の責は負えません。

(介護サービス記録)

第6条 1 乙は、甲に対する介護サービスの提供に関する記録を整備し、甲の確認を受けることとし、その完成の日から2年間保存します。

2 乙は、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載して前項の「サービス提供記録書」等の記録を作成して、甲に説明のうえ提出します。

3 甲及び甲の家族は、乙に対していつでも、前項の記録の閲覧・謄写を受けることができます。謄写の場合、乙は実費相当額を請求者に請求することができます。

(契約の終了)

第7条 1 次の各号に該当する場合は、本契約は終了します。

- 一 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の2週間以上前までに甲から更新拒絶の申し入れがあり、かつ契約期間満了したとき。
- 二 要介護・要支援認定の更新において、甲が自立と認定されたとき。
- 三 甲において、居宅サービス提供の必要性がなくなったとき。
- 四 甲が死亡したとき。
- 五 甲が第8条に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき。
- 六 乙が第9条に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき。
- 七 甲について、病院または診療所に入院する必要が生じ、その病院または診療所において甲を受け入れる態勢が整ったとき。
- 八 甲について他の介護保険施設の入所が決まり、その施設において甲を受け入れる態勢が整ったとき。

(甲の解除権)

第8条 1 甲は乙に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。この場合は、1週間以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日にこの契約は解除されます。但し、乙のサービス担当者より甲の及び甲の家族等が不適切、不十分なサービスや不当なサービスを受け、注意しても改善されない場合は、予告期間は必要なく、直ちに契約の解除を認めます。

(乙の解除権)

第9条 1 乙は、甲が次の各号に該当する場合には、1週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。

- 一 甲が利用料その他甲が乙に対し支払うべき費用を2ヵ月分以上滞納したとき。
- 二 甲の行動が、他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、乙において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- 三 甲が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をするおそれが極めて大きく、乙において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- 四 甲が故意に法令違反その他の重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。
- 五 甲または甲のご家族から法定介護サービス以外のサービスを不当を強要され、実施不能の由を伝えてもなお強要される場合。
- 六 甲または甲のご家族から、乙のサービス担当者が不当なセクハラや暴言、暴行等の干渉をうけ、かつ注意により改善されない場合。

2 前項の催告をしたときは、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と協議し、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等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

(契約終了後の精算)

第10条 1 契約期間中に契約が終了した場合、サービスの未給付分について乙がすでに受領している利用料があるときは、乙は甲に対し相当額を返還します。

(個人情報の保持)

第11条 1 乙及び乙の職員は、正当な理由がない限り、業務上知りえた甲、甲の家族の秘密を保持します。

2 乙は、乙の従業員が退職後、在職中に知りえた甲、甲の家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。

3 乙は、甲の個人情報について乙が定める個人情報保護方針及び個人情報の利用目的に従い、適切に扱われるよう必要な措置を講じます。

4 甲は、居宅介護支援事業者等介護保険制度上必要な機関に対し甲、甲の家族または身元引受人に関する情報を乙が提供することを認めます。

5 甲は、個人情報について、乙が定める個人情報保護方針及び個人情報の利用目的をよく理解し、個人情報の利用に同意します。

(事故発生時の対応及び損害賠償)

第12条 1 乙は、甲に対する直接的介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、甲の家族、居宅介護支援事業者、保険者等関係者に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

2 前項の場合において、事故が発生した場合は、乙はすみやかに甲の損害を賠償しますが、乙が法定勤務体制中であり、乙に故意過失がない場合には乙は甲に対しての賠償責任は負えません。

3 甲が乙の施設、備品や職員、他の利用者に損害を与えた場合には、甲、甲の家族は、連帯して当該損害に対しての賠償の責を負います。

(サービスに関する苦情処理)

第13条 1 甲、甲の家族は、乙が提供する介護サービス等に疑問や苦情がある場合、また個人情報に関する苦情がある場合は、いつでも別紙「重要事項説明書」記載の苦情受付窓口にお問い合わせ及び申し立てることができます。その場合、乙は苦情処理委員会にてすみやかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無並びに改善の方法について甲に文書で又は口頭で報告します。

2 乙は甲、甲の家族から前項の疑問問い合わせ及び苦情申立がなされたことをもって、甲に対しいかなる不利益、差別的取り扱いもいたしません。

(天災等不可抗力)

第14条 1 契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他乙の責に帰すべからず事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、乙は甲に対して当該サービ

スを提供すべき義務を負いません。

2 前項の場合に、甲はすでに実施したサービスについては所定の利用料金を乙に支払うものとします。

(契約外条項等)

第 1 5 条 1 この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、甲と乙の協議により定めます。

2 この契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としたものですので、甲がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

以 上

上記のとおり、居宅サービスの契約を締結します。

令和 年 月 日

甲（利用者）

住所	
氏名	印
電話	

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

立会人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(注)「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

乙（事業者） 所在地 徳島県徳島市勝占町松成46

事業者名 社会福祉法人 平成記念会

代表者名 理事長 武久 洋三 印

【契約書付属】

契約変更・更新合意欄

【第 回変更・更新】

本件契約の内容又は期間を次のとおり【変更・更新】します。

□変更の場合	変更の内容： 別紙の扱い：
□更新の場合	新たな有効期間： 年 月 日～ 年 月 日

年 月

甲（利用者）住所
氏名 (印)

（代理人・立会人）（該当する場合）

住所
氏名 (印)

乙（事業者）所在地
事業者名
代表者名 (印)

【第 回変更・更新】

本件契約の内容又は期間を次のとおり【変更・更新】します。

□変更の場合	変更の内容： 別紙の扱い：
□更新の場合	新たな有効期間： 年 月 日～ 年 月 日

年 月

甲（利用者）住所
氏名 (印)

（代理人・立会人）（該当する場合）

住所
氏名 (印)

乙（事業者）所在地
事業者名
代表者名 (印)

【第 回変更・更新】

本件契約の内容又は期間を次のとおり【変更・更新】します。

□変更の場合	変更の内容： 別紙の扱い：
□更新の場合	新たな有効期間： 年 月 日～ 年 月 日

年 月

甲（利用者）住所
氏名 (印)

（代理人・立会人）（該当する場合）

住所
氏名 (印)

乙（事業者）所在地
事業者名
代表者名 (印)