

合同会社 マイセルフ  
デイサービス セルフ豊岡

1. 契約書
2. 個人情報使用同意書
3. 重要事項説明書

◎甲と乙は本紙内容のとおり「デイサービス利用における契約」を締結します。  
また、契約の締結にあたり、乙は甲に重要事項等を説明し、甲は乙より重要事項等及び個人情報保護の同意に関する説明を受け、本紙の内容に同意します。

令和                      年                      月                      日

甲（利用者）

（住 所） \_\_\_\_\_

（利用者氏名） \_\_\_\_\_

※代筆者 \_\_\_\_\_

（家族又は代理人） \_\_\_\_\_

乙（事業者）

法人名    合同会社    マイセルフ

事業所名    デイサービス    セルフ豊岡

代表者名    代表社員    西村    達一郎

（説明者） \_\_\_\_\_

## 1. 契約書

### 第1条（サービスの目的及び内容）

- 1 事業者は要介護者、介護予防・日常生活支援総合事業における第1号通所事業の対象者（以下「要介護者等」とする。）の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常を営むことが出来る様。必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消、及び心身機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。
- 2 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- 3 サービス提供にあたっては、ご契約者の要介護状態・要支援区分、及び被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、ご契約者に対して指定通所介護等サービスを提供します。

### 第2条（契約期間）

- 1 契約期間は令和                  年                  月                  日から始まり、終期は要介護、及び要支援認定の有効期間満了までとします。
- 2 前項の規定に関わらず、介護予防・日常生活支援総合事業対象者としてサービスを受ける場合にあっては、利用者の第1号介護予防支援事業に係るケアプランに基づく期間とします。
- 3 上記契約期間満了日14日前までにご契約者から事業者に対して契約解約の申し出がない場合は、契約は更新されるものとします。

### 第3条（契約の解除）

- 1 ご契約者からの解約について
  - ① ご契約者は事業者に対し利用中止の意思表示をすることにより、ご契約者のサービス計画に関わらず、本契約に基づくサービスの利用を解約・終了することが出来ます。
  - ② 次の場合は、ご契約者は事業者に申し出を行うことにより、ただちに本契約を解約することが出来ます。
    - (1) 事業者が正当な理由なしにサービスの提供を行わない場合。
    - (2) 事業者及び従業員が守秘義務に反した場合。
    - (3) 事業者及び従業員がご契約者やその家族に対して契約を継続しがたいほど重大な不信行為を行った場合。
    - (4) 事業者が破産、その他この契約に定めるサービス提供を正常に行い得ない状況に陥った場合。

## 2 事業所からの解約について

- (5) 事業者は事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難になった場合等、やむを得ない事情がある場合、ご契約者に対して契約終了日の1か月前までに文書でお知らせすることにより、契約を解約させていただきます。
- (6) ご契約者及びそのご家族による、契約を継続しがたいほどの重大な不信行為により当事業者が円滑なサービスを提供できなくなった場合。この場合は解約する理由を示した文書をご契約者にお渡しします。
- (7) 他のご契約者への言動や行為により他のご契約者に対して多大な迷惑を及ぼした場合。
- (8) ご契約者がこの契約に定める利用料金等の支払い3か月以上滞納し、文書による支払い催促を行ったにもかかわらず、催促から14日以内でそのお支払いがなかった場合。

## 第4条（契約の終了）

### 1 次の場合には自動的に契約は終了します。

- ① ご契約者が死亡された場合。
- ② ご契約者からの契約解除の意思表示があった場合。
- ③ 事業所からの契約解除権の行使が発生した場合。
- ④ ご契約者が医療施設、介護保険施設に入院又は入所し、居宅生活が継続出来ないと判断された場合（契約終了時は、ご契約者又は家族等にその旨説明し意思確認の上で終了します。）
- ⑤ 第1号通所事業対象者でないご契約者の要介護状態区分が、自立とされたとき。
- ⑥ ご契約者が事業者のサービス提供地域以外に、事前通知なしで移転された場合。
- ⑦ ご契約者の病状、身体状況が著しく悪化し、事業者の適切なサービスの提供が困難と判断された場合。

## 第5条（サービス内容等の記録の作成及び保存）

- 1 事業者は、提供した具体的なサービスの内容等の記録を整備し、その完結の日から2年間保存します。
- 2 ご契約者及びご契約者の後見人は、事業所に対しいつでも前項の記録の閲覧・謄写を求めることが出来ます。ご契約者に意思能力がなく、かつ後見人がいない場合には、必要に応じてご契約者の家族は前項の記録の閲覧・謄写を求めることが出来ます。  
謄写の場合、事業者は実費相当額を請求者に請求することが出来ます。

## 第6条（賠償責任について）

- 1 事業者は、ご契約者に対するサービス提供の際に、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではなく、ご契約者等に重大な過失がある場合には、賠償額を減額することが出来ます。なお、事故や損害賠償に関わる重大なことが発生した場合には速やかにご契約者の家族、担当のケアマネジャー、市町村、その他関係者へ連絡を行い必要な措置を講じます。

当事業所の送迎サービス以外の交通手段で来所、帰宅される場合、来所、帰宅途中の事故につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

当事業所は「介護賠償責任保障制度」に加入しています。内容詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所管理者までご連絡ください。

## 第7条（秘密保持）

- 1 事業所は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第3者に漏らすことはありません。
- 2 個人情報については、契約者のためのケアプランに沿って円滑にサービス提供が実施されるようサービス担当者会議やサービス事業者との連絡調整、又介護報酬の請求等に関わる必要な行政手続において、必要最小限の範囲内で個人情報を用いることが出来るものとします。
- 3 個人情報を使用した会議や連絡調整は、目的や内容等を記録し保存します。

## 第8条（苦情対応）

- 1 契約者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、担当ケアマネジャー、市町村（又は国民健康保険団体連合会）に対して、いつでも苦情を申し立てることが出来ます。
- 2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 3 事業者は利用者が申し立て等を行ったことを理由として、何ら不利益な取り扱いをすることはありません。

## 第9条（合意管轄）

- 1 本契約に関する紛争について、甲の居住地の裁判所を第1審の管轄裁判所と定めます。

## 第10条（契約外条項等）

- 1 本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契約者と事業者の協議により定めます。

※上記のとおり契約を締結します。

## 2. 個人情報使用同意書

### 1 使用する目的

契約者のためのケアプラン等に沿って円滑にサービス提供が実施されるようサービス担当者会議や担当ケアマネジャーとの連絡調整、又介護報酬の請求等に関わる必要な行政手続において、必要最小限の範囲内で個人情報を利用することが出来るものとします。

ご利用者個人を特定できないように、仮名等を利用することを条件とした上で、学会や研究会での事例研究発表等で使用する場合。

定期通信物、インターネットのホームページ等での写真等の掲載をする場合。

### 2 使用する範囲 デイサービス事業に係る必要最小限の個人情報

### 3 使用する期間 本契約書の第2条「契約期間」と同じ

### 4 条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に開示されないよう細心の注意を払います。
- ② 個人情報を使用した会議や連絡調整は、目的や内容等を記録し保存します。

### 5 個人情報の利用目的

- ① 契約者へのサービス提供、介護保険請求事務、各事業所の管理運営事務、その他介護保険サービスや介護予防・日常生活支援総合事業に係る一切の業務の為。
- ② その他、上記に付帯関連する業務の為。

(具体的な業務の例)

- ・主治医との連携 ・サービス担当者会議 ・サービス事業者との連絡調整
- ・介護請求に係る事務、及び手続き ・当事業所が受け入れる教育実習（他）

### 3. 重要事項説明書

#### 1 事業者

- ◎法人名 合同会社 マイセルフ  
◎事業所名 デイサービス セルフ豊岡  
◎所在地 上川郡当麻町 5 条東 2 丁目 1 番 15 号  
代表社員 西村 達一郎 電話 (0166) 84-4588  
◎設立 令和 5 年 6 月 14 日  
◎事業内容 介護保険法に基づく居宅サービス事業・地域密着型サービス・  
居宅介護支援事業・地域密着型介護予防事業・  
介護予防・日常生活支援事業・施設サービス事業  
住宅改修事業・在宅介護支援センターの設置、運営事業  
障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律に基づ  
く事業・児童福祉法に基づく次の事業・健康保険法に基づく訪問看護事業  
及び介護予防訪問看護事業 等

#### 2 事業所の概要

- ◎事業所の名称 合同会社マイセルフ デイサービス セルフ豊岡  
◎事業所の所在地 旭川市豊岡 15 条 7 丁目 3 番 18 号 豊岡 15・7 ヒルズ 2 階  
◎電話番号 (0166) 76-9443 ◎ファックス番号 (0166) 76-9444  
◎事業所の目的 当事業所は適切な職員がご利用者に対して適正なサービスを提供することを目的とする。  
◎事業所の運営方針 身体状態等の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

#### 3 事業所で実施する事業・実施地域及び営業時間と定員

- ① 指定通所介護事業  
② 第 1 号通所事業（介護予防・日常生活支援総合事業）  
・実施地域 旭川市内及び鷹栖町・当麻町・東川町・東神楽町  
・営業日 月曜日～金曜日（但し、8 月 15 日、12 月 30 日・31 日・1 月 1 日・2 日・3 日は除く）  
・営業時間 8 時 30 分～17 時 30 分

・サービス提供日時は以下のとおりとする。

① 月曜日～金曜日 9:10～12:10

② 月曜日～金曜日 13:30～16:30

・利用定員 20名

・定休日 日曜日、8月15日、12月30日・31日・1月1日・2日・3日

#### 4 職員体制

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

|                      |    |      |    |
|----------------------|----|------|----|
| 管理者                  | 1名 | 常勤兼務 | 1名 |
| 職員管理及び業務管理を一元化に行います。 |    |      |    |

|                                |      |      |             |
|--------------------------------|------|------|-------------|
| 介護職員                           | 1名以上 | 常勤兼務 | 1名以上（非常勤専従） |
| ご利用者の日常生活の介護、相談及びリハビリの補助を行います。 |      |      |             |

|                                |      |      |             |
|--------------------------------|------|------|-------------|
| 生活相談員                          | 1名以上 | 常勤兼務 | 1名以上（非常勤専従） |
| ご利用の調整、連絡及びご利用者、ご家族からの相談に応じます。 |      |      |             |

|                                    |      |      |             |
|------------------------------------|------|------|-------------|
| 看護職員                               | 1名以上 | 常勤兼務 | 1名以上（非常勤専従） |
| ご利用者の看護、保健衛生を行います。健康相談、処置、リハビリ補助等。 |      |      |             |

|                            |      |      |             |
|----------------------------|------|------|-------------|
| 機能訓練指導員                    | 1名以上 | 常勤兼務 | 1名以上（非常勤専従） |
| 有資格者※がご利用者の計画書を作成し訓練を行います。 |      |      |             |

※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・柔道整復師・あんまマッサージ指圧師

#### 5 事業所が提供する内容とサービス

・介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

※利用するサービスの種類や、実施日、実施内容については、居宅サービス計画に沿い、事業所とご利用者、ご家族とで協議した上で、支援計画に定めます。

- 1 生活相談（相談援助等）
- 2 機能訓練（日常動作訓練等）
- 3 介護サービス
- 4 健康状態の確認
- 5 送迎対応

## ◎加算サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際は、介護保険負担割合証の割合で料金の負担となります。

| 指定通所介護        |                                                                                       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 入浴介助加算(Ⅱ)     | ご利用者の心身状況に応じて、介護職員等がご自身では出来ない部分の洗身・洗髪等のお手伝いをいたします。                                    |
| 個別機能訓練(Ⅰ)イ(Ⅱ) | ご利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況を説明。必要に応じて計画の見直しなどを行います。 |
| 科学的介護推進加算     | ご利用者のデータを国へ提出し、フィードバックを受け、それらに基づき検証し、ケアプランや計画への反映させケアの質の向上の取り組みを行います。                 |

### ・サービスの目的について

ご利用者の自立支援を目的としています。ご利用者が有する能力の範囲において自立可能な動作はリハビリの機会と捉え、代行して遂行することや過干渉はいたしません。

当事業所では少しでも多くの自立行為を獲得していただく為の取り組みを行っていきます。よって提供時間内においてすべての行動は自立の機会とします。また、それによって事故（転倒等）が発生する可能性も否定できません。趣旨を十分ご理解いただき、十分ご注意の上、行動してください。

万が一事故が発生してしまった際には、契約書第6条（賠償責任について）をご覧ください。

## 6 通所介護サービス計画と評価

当施設職員が、ご利用者の直面している課題等を把握・検討し、ご利用者の希望を確認しながら通所計画を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を記録します。

## 7 サービス利用料金

- ・指定通所介護サービス（1回あたり）

3時間以上～4時間未満（9:10～12:10）（13:30～16:30）

| 要介護度        | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 基本自己負担額（1割） | 370 円   | 423 円   | 479 円   | 533 円   | 588 円   |
| 基本自己負担額（2割） | 740 円   | 846 円   | 958 円   | 1,066 円 | 1,176 円 |
| 基本自己負担額（3割） | 1,110 円 | 1,269 円 | 1,437 円 | 1,599 円 | 1,764 円 |

- ・通所介護 加算内容

| 加算          | 1 割    | 2 割    | 3 割     |
|-------------|--------|--------|---------|
| 個別機能訓練(Ⅰ)イ  | 56 円   | 112 円  | 168 円   |
| 入浴介助加算(Ⅱ)   | 55 円   | 110 円  | 165 円   |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 20 円／月 | 40 円／月 | 60 円／月  |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 円／月 | 80 円／月 | 120 円／月 |

- ・第1号通所事業サービス（月額）（9：10～12：10 または 13：30～16：30）

| 第1号通所事業     | 要支援 1・第1号通所事業対象者 | 要支援 2    |
|-------------|------------------|----------|
| 基本自己負担額（1割） | 1,798 円          | 3,621 円  |
| 基本自己負担額（2割） | 3,578 円          | 7,242 円  |
| 基本自己負担額（3割） | 5,394 円          | 10,863 円 |

- ・総合事業 加算内容

| （月額）        | 1 割  | 2 割  | 3 割   |
|-------------|------|------|-------|
| 科学的介護推進体制加算 | 40 円 | 80 円 | 120 円 |

※介護保険負担割合証の割合に伴い、金額が変更になる場合があります。

- ・加算

介護職員処遇改善加算、ベースアップ加算が介護保険分利用料に国の規定に応じて加算されます。その他加算が加えられることがあります。その際はご連絡いたします。

- ・減算

送迎を事業所が実施していない場合（利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合など）片道につき 47 円減算されます。

・その他の費用

| 飲み物代  | バス<br>タオル | フェイス<br>タオル | 入浴用品類    | おむつ尿<br>パット | テープ<br>タイプ | パンツ<br>タイプ |
|-------|-----------|-------------|----------|-------------|------------|------------|
| 150 円 | 110 円     | 60 円        | 1 回 50 円 | 60 円        | 110 円      | 160 円      |

※おむつ代・タオル代・入浴用品は通所時に使用した時点での実費請求となります。

その他、活動費はイベント毎に参加希望者のみいただきます。

※ご利用者がまだ要支援・要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援・要介護認定を受けたあと、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

## 8 利用料金のお支払い方法

当月の利用料金の合計額を請求書に明細を付して、利用月の翌月の 15 日頃までにご利用者宛てにお届けします。利用料のお支払い方法はご利用者の指定金融機関の口座から「口座振替」にてお支払い後、領収書と翌月の請求書を発行いたします。振替日はご利用月の翌月 26 日といたします。（金融機関休業日の場合は翌営業日）

## 9 秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

当事業所及び従業員がサービスを提供する際に、ご利用者やご家族に関して知りえた情報については契約期間中はもとより、契約終了後も正当な理由なく第 3 者に漏らしません。

## 10 緊急時等における医療機関

当施設職員が医師の診察が早急に必要と判断した場合は、状況に応じご家族等の許可なく医療機関に診察していただく場合があります。また、緊急時の対応医療機関で対応できない場合は、適切な医療機関を紹介するなど便宜を図り、最善を尽くします。

## 11 苦情の受付について

- ・当施設における苦情やご相談は窓口で受け付けます。

|      |                  |
|------|------------------|
| 電話   | (0166) 76-9443 - |
| 受付時間 | 月曜日～金曜日          |
| 受付窓口 | 生活相談員            |
| 責任者  | 管理者              |

「旭川市介護保険担当課」

旭川市 6 条通 9 丁目 旭川市役所 電話 0166-25-5273 F A X 0166-29-6404

「北海道国民健康保険団体連合会」

札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国民会館 電話 011-231-5161 F A X 011-233-2178

## 12 当サービスご契約の際の留意事項

- (1) 来訪・面会 来訪者は当施設職員にお知らせください。
- (2) 居室・設備・器具の利用  
施設内の居室や設備、器具等本来の用法にしたがってご利用ください。  
これに反したご利用により破損等を生じた場合、賠償していただくことが  
ございます。
- (3) 喫煙・飲酒 施設内は全て禁煙です。また、施設内の飲酒はできません。  
なお、酩酊状態と疑わしい場合、ご本人の健康を損ねたり、他のご利用者  
に多大な迷惑をかけると職員が判断した際には、ケアマネジャーとご家族  
に相談させていただき、その日のご利用を中止させていただく場合もござ  
います。
- (4) 迷惑行為等 騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (5) 食品等の持ち込み  
食品等は一切持ち込まないようお願いいたします。ご利用者各々の疾患や  
食中毒の恐れにもつながりますのでご協力をお願いいたします。  
(ただし疾病の状況によりご相談ください。)
- (6) 現金の管理  
基本的に現金のお持ち込みはご遠慮ください。尚、ご持参された際は職員  
にお預けください。お預けなく、万が一紛失された際にはご利用者の自己  
責任となり、当施設では責任はとりませんのでご注意ください。  
現金必要時はその都度お知らせさせていただきます。
- (7) 宗教活動・政治活動など  
当施設内での他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動あるいは、販売  
活動等はご遠慮ください。
- (8) 動物飼育 当施設内でのペットの持ち込みはご遠慮ください。
- (9) 携帯電話の使用は指定の場所をお願いいたします。

- (10) トラブルの原因になりうるため利用時の物品等の受け渡しに関しては、禁止させていただきます。

事業者がご契約者に、契約書・個人情報使用同意書・重要事項説明書及びサービス内容を説明した上で、本契約を締結します。また、上記の契約を証するため、本書2通を作成し、ご契約者、事業者が記名の上、各1通ずつ保有するものとします。