

契 約 書

重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

利用者： _____ 様

事業者： デイサービス CoCoWa 赤羽

重要事項説明書〔2026年1月1日現在〕

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(事業所番号1391700372)

当事業所はご利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 グローバルサービス株式会社
- (2) 法人所在地 東京都葛飾区東金町2-24-3 3階
- (3) 電話番号 03-3600-8160
- (4) 代表者氏名 代表取締役 荒坂 麻美
- (5) 設立年月日 昭和62年12月 9日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護（平成28年9月1日指定）
- (2) 事業所の名称 デイサービスCoCoWa赤羽
- (3) 事業所の所在地 東京都北区赤羽西1-24-19
- (4) 電話番号 03-5948-6658
- (5) 開設年月日 平成28年9月1日
- (6) 利用定員 10人
- (7) 管理者 堀 千里

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域：北区
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～日曜日（祝祭日を含む）
休日	年末年始（12/31～1/3）・その他法人が指定した日
営業時間	8：45 ～ 17：45
サービス提供時間	9：00 ～ 17：00

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

- (1) 管理者 1人（常勤）

管理者は、事業所の従業員の管理及び、業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規律を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

- (2) 従業者

- ① 生活相談員 営業日ごとにサービス提供時間を通じて専従で1人以上

生活相談員は、利用者及び家族などからの相談に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との連絡調整などを行う。

- ② 介護職員 営業日ごとにサービス提供時間を通じて専従で1人以上

介護職員は、利用者の入浴、給食等の介助及び援助を行う。

- ③ 機能訓練指導員 1名以上

機能訓練指導員は、機能の減衰を防止するための訓練を行う。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者にご負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

〈サービスの概要〉

- ① 排泄、移動、移乗の介助等身体介護
 - ・ご利用者の排泄、移動、移乗の介助その他必要な身体介護を行います。
- ② 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。
- ③ 入浴
 - ・入浴または清拭を行います。清拭については介護保険適用外となります。
- ④ 食事サービス
 - ・ご利用者に食事を提供し、必要に応じて食事の介助を行います。
- ⑤ 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。
- ⑥ アクティビティサービス
 - ・各種レクリエーション、健康体操や行事活動等を通じ、心身機能の維持、向上、自信の回復や情緒安定を図るよう努めます。
- ⑦ 送迎サービス
 - ・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
- ⑧ 相談及び助言
 - ・利用者とその家族からの各種ご相談に対し問題解決に向けて取り組みます。

※ 介護保険制度改定に伴いサービスに変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明、ご利用者の同意をいただきます。

〈サービス料金（1回あたり）（1）介護給付費〉

ご利用者の介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービス料金は、ご利用者の介護度に応じて異なります）

☆ご利用者に提供する食事にかかる費用は別途いただきます。（下記表参照）

☆介護保険の給付額や負担率に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

■介護報酬告示額

(1) 基本料金（1回につき）

3時間以上4時間未満

要介護度	単位数（単位）	一割負担分（円）	二割負担分（円）	三割負担分（円）	地域区分
要介護1	416	454	907	1,361	10.9
要介護2	478	521	1,042	1,563	
要介護3	540	589	1,178	1,766	
要介護4	600	654	1,308	1,962	
要介護5	663	723	1,446	2,168	

4時間以上5時間未満

要介護度	単位数（単位）	一割負担分（円）	二割負担分（円）	三割負担分（円）	地域区分
要介護1	436	476	951	1,426	10.9
要介護2	501	546	1,092	1,638	
要介護3	566	617	1,234	1,851	
要介護4	629	686	1,372	2,057	
要介護5	695	758	1,515	2,273	

5時間以上6時間未満

要介護度	単位数（単位）	一割負担分（円）	二割負担分（円）	三割負担分（円）	地域区分
要介護1	657	717	1,433	2,149	10.9
要介護2	776	846	1,692	2,538	
要介護3	896	977	1,954	2,930	
要介護4	1,013	1,105	2,209	3,313	
要介護5	1,134	1,236	2,472	3,708	

6時間以上7時間未満

要介護度	単位数（単位）	一割負担分（円）	二割負担分（円）	三割負担分（円）	地域区分
要介護1	678	739	1,478	2,217	10.9
要介護2	801	873	1,746	2,619	
要介護3	925	1,009	2,017	3,025	
要介護4	1,049	1,144	2,287	3,431	
要介護5	1,172	1,278	2,555	3,833	

7時間以上8時間未満

要介護度	単位数（単位）	一割負担分（円）	二割負担分（円）	三割負担分（円）	地域区分
要介護1	753	821	1,642	2,463	10.9
要介護2	890	971	1,941	2,911	
要介護3	1,032	1,125	2,250	3,375	
要介護4	1,172	1,278	2,555	3,833	
要介護5	1,312	1,430	2,860	4,290	

※ 介護報酬告示額に、地域区分別単価割合(10.9%)をかけて計算した1回当りの金額です。

※ 介護保険法第49条の2又は第59条の2の規定により、政令で定めるところにより算定した所得の額が政令で定めた額以上である第一号被保険者については、居宅介護サービス費等の保険給付の給付率を8割とする。

（厚生労働省 介護保険最新情報Vol.445 第1、2割負担となる一定以上所得者の基準より引用）

（1）－2 送迎を行わない場合の減算

下記①に該当する場合は、（1）－1 基本料金に記載されている一日あたりの単位数から、片道につき47単位を減算します。

① 利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業所が送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象となる。

（（1）－2 ① 厚生労働省 平成27年度解釈通知文より引用）

下記②に該当する場合は、（1）－1 基本料金に記載されている一日あたりの単位数から減算します。

② 宿泊サービスを連続して利用する場合に、初日と最終日を除き、行き帰りの送迎を実施しないことより送迎減算(47単位×2)が適用される。なお、初日と最終日についても片道の送迎を実施していないことから、送迎減算(47単位)が適用される。

（（1）－2 ② 厚生労働省 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.2) より引用）

【47単位減算後の要介護度別単位数・利用者負担額一覧】

3時間以上4時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分（円）	二割負担分（円）	三割負担分（円）	地域区分
要介護1	416	369	403	805	1,207	10.9
要介護2	478	431	470	940	1,410	
要介護3	540	493	538	1,075	1,612	
要介護4	600	553	603	1,206	1,809	
要介護5	663	616	672	1,343	2,015	

4時間以上5時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	436	389	424	848	1,272	10.9
要介護2	501	454	495	990	1,485	
要介護3	566	519	566	1,132	1,698	
要介護4	629	582	635	1,269	1,903	
要介護5	695	648	707	1,413	2,119	

5時間以上6時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	657	610	665	1,330	1,995	10.9
要介護2	776	729	795	1,590	2,384	
要介護3	896	849	926	1,851	2,777	
要介護4	1,013	966	1,053	2,106	3,159	
要介護5	1,134	1,087	1,185	2,370	3,555	

6時間以上7時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	678	631	688	1,376	2,064	10.9
要介護2	801	754	822	1,644	2,466	
要介護3	925	878	957	1,914	2,871	
要介護4	1,049	1,002	1,093	2,185	3,277	
要介護5	1,172	1,125	1,227	2,453	3,679	

7時間以上8時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	753	706	770	1,539	2,309	10.9
要介護2	890	843	919	1,838	2,757	
要介護3	1,032	985	1,074	2,148	3,221	
要介護4	1,172	1,125	1,227	2,453	3,679	
要介護5	1,312	1,265	1,379	2,758	4,137	

【94単位減算後の要介護度別単位数・利用者負担額一覧】

3時間以上4時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	416	322	351	702	1,053	10.9
要介護2	478	384	419	837	1,256	
要介護3	540	446	487	973	1,459	
要介護4	600	506	552	1,103	1,655	
要介護5	663	569	621	1,241	1,861	

4時間以上5時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	436	342	373	746	1,119	10.9
要介護2	501	407	444	888	1,331	
要介護3	566	472	515	1,029	1,544	
要介護4	629	535	584	1,167	1,750	
要介護5	695	601	655	1,310	1,965	

5時間以上6時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	657	563	614	1,228	1,841	10.9
要介護2	776	682	744	1,487	2,230	

要介護3	896	802	875	1,749	2,623	
要介護4	1,013	919	1,002	2,004	3,006	
要介護5	1,134	1,040	1,134	2,268	3,401	

6時間以上7時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	678	584	637	1,273	1,910	10.9
要介護2	801	707	771	1,542	2,312	
要介護3	925	831	906	1,812	2,718	
要介護4	1,049	955	1,041	2,082	3,123	
要介護5	1,172	1,078	1,175	2,350	3,525	

7時間以上8時間未満

要介護度	単位数(単位)	減算後(単位)	一割負担分 (円)	二割負担分 (円)	三割負担分 (円)	地域区分
要介護1	753	659	719	1,437	2,155	10.9
要介護2	890	796	868	1,736	2,603	
要介護3	1,032	938	1,023	2,045	3,068	
要介護4	1,172	1,078	1,175	2,350	3,525	
要介護5	1,312	1,218	1,328	2,656	3,983	

(2) 加算ご利用料金 ※要件が基準に満たない場合、算定されないこともあります。

		単位	一割	二割	三割
入浴加算Ⅰ	利用者の入浴介助を行った場合	40 単位/回	44 円	88 円	131 円
入浴加算Ⅱ	利用者の入浴介助を行った場合 ※居宅等での入浴を目的とした計画に基づいた入浴介助を行った場合。	55 単位/回	60 円	120 円	180 円
生活機能向上連携加算Ⅰ	リハビリテーション専門職と連携して機能訓練のマネジメントを行った場合	100 単位/月	109 円	218 円	327 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合	56 単位/回	61 円	122 円	183 円
科学的介護推進体制加算	利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出し、PDCAサイクルに活用している場合	40 単位/月	44 円	88 円	131 円
ADL 維持等加算Ⅰ (★下図参照)	一定期間内の当該事業所利用者のADL (日常生活動作) の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合 ※加算Ⅰ・Ⅱのいずれか1つを算定する	30 単位/月	33 円	66 円	99 円
ADL 維持等加算Ⅱ (★下図参照)		60 単位/月	66 円	131 円	197 円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合	150 単位/ 月2回限度	164 円	327 円	491 円

※ADL 維持等加算は 2027 年以降となります。

★通所介護等サービスを利用したご利用者様のADLの維持又は、改善の度合いが一定の水準を超える等の要件を満たした場合に、翌年の1月から始まる年度における通所介護等サービスの提供につき算定が確定致します。算定結果により、その年度毎に変わる場合がございますので、変更になった場合はお知らせを致します。

(3) 地域通所介護処遇改善加算Ⅱ

1カ月の介護保険ご利用単位数に9%を乗じた単位数に、地域区分単位を乗じた処遇改善加算のご利用者様に応じた負担割合をご負担いただきます。

(4) 地域通所介護感染症災害3%加算

感染症や災害の影響により利用延人数が減少した場合の基本報酬への加算として、所定単位数の3%をご負担頂きます。

(5) その他自費負担となるもの

① 昼食材料費 650円/1食 ムース食 880円/1食 おやつ代 165円/回

② おむつ・リハビリパンツ・パット代

当施設のものを利用される場合は実費(165円/枚)が必要となります。

③ その他費用

指定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、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

④ キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合のキャンセル料は1000円となります。キャンセル料に関しては、調理にかかる食材の材料費等を含めた料金となります。

ご利用日前日16:00までにご連絡をいただければキャンセル料は発生致しません。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

(6) 利用料金お支払い方法

① 前記(1)～(3)の料金・費用はサービス利用終了後翌月15日前後に請求書を発行しますので、翌月28日までにお振込みにてお支払いいただきます。

② 現金でのお支払いも翌月28日までとさせていただきます。

(7) サービス利用の中止

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、指定地域密着型通所介護サービスの利用を中止することができます。この場合には、ご利用日の前日15時までに事業所に申し出てください。

【連絡先】(電話番号) 03-5938-6658

(8) サービス利用の変更

利用者が指定地域密着型通所介護サービスの変更等を希望する場合は、いつでも事業所に申し出てください。該当利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡、その他の必要な援助を行います。

6. 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

当事業所は苦情受付窓口を設置しており利用者・家族からの苦情に迅速、適切に対応します。また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口	〔職名〕 管理者
○受付時間	月曜日～日曜日(9:00～17:00)
○電話番号	03-5948-6658

※担当者不在の場合は、他の職員がお話を伺い担当者に引き継ぎします。

※各市区町村・東京都・国保連でも受け付けております。※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

【東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課】

TEL:03-6238-0177(受付時間 9:00～17:00(土・日・祝日は除く))

【北区介護保険課給付調整係】

TEL:03-3908-1286(受付時間 9:00～17:00(土・日・祝日は除く))

7. 事故の対応・処理手順について

サービス提供により事故が発生した場合には、市区町村、家族、居宅介護支援事業所への連絡など必要な措置を講じ、事故の状況や事故に関して採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。保険者

東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課	電話番号 03(6238)0173 受付時間 9:00～17:00(土・日・祝日は除く)
--------------------------------	---

下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：三井住友海上火災保険株式会社 保険種類：賠償責任保険 保障の概要：対人・対物の経済的損失に係る賠償責任

8. 地域との連携について

(1) 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

(2) 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する地域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会(以下、

- この項において「運営推進会議」と言います。)を設置し、おおむね6月に1回以上運営推進会議を開催します。
- (3) 運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

9. サービス利用に当たっての留意事項

利用者様が入浴室及び機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用してください。

また、体調が思わしくない利用者様はその旨を職員に申し出てください。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		

11. 衛生管理等

事業所において感染症が発生又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症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を、おおむね6月に1回以上開催する(テレビ電話装置等を活用する場合があります)とともに、その結果について従業者に周知徹底します。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

12. 業務継続計画の策定等

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護支援の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に沿って必要な措置を講じます。
- ② 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に実施します。
- ③ 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います。

13. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止検討委員会運営責任者	代表取締役
虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者	施設管理者

- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をします。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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。

14. ハラスメントの防止

事業者は、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、従業員の就業環境を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るものとします。

15. 身体的拘束等の適正化の推進

事業者は、身体拘束等の適正化を図るために、次に掲げる措置を講じるものとする。

- ① 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、身体的拘束等を行ってはならない。
- ② 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

16. 第3者評価の実施

なし

契約書

様（以下「利用者」という。）と、グローバルサービス株式会社（以下「事業者」という。）とは、
デイサービス CoCoWa 赤羽（以下「事業所」という。）の利用に関して、次のとおり契約を締結した。

第 1 条（目的）

事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者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、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。

第 2 条（契約期間）

- （１）この契約の期間は、____年 ____月 ____日から利用者の介護度認定の有効期間が満了する日までとします。
- （２）前項の契約期間の満了日の 7 日前までに、利用者から契約終了の申し出がない場合には、この契約は、次の介護認定の有効期間が満了する日まで自動更新することとします。

第 3 条（地域密着型通所介護の提供場所）

地域密着型通所介護の提供場所は、次のとおりです。

事業所名 デイサービス CoCoWa 赤羽
所在地 東京都北区赤羽西 1－24－19

第 4 条（地域密着型通所介護計画の作成・変更）

- （１）事業所は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、居宅サービス計画に沿って地域密着型通所介護計画（以下「計画」という。）を作成します。
- （２）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を記載します。
- （３）事業所は、この計画の内容を利用者及び家族に説明し、利用者から同意を得たうえで、地域密着型通所介護サービスを提供します。また、この計画を利用者に交付します。
- （４）事業所は、次のいずれか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、計画を変更します。
 - ① 利用者の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該計画を変更する必要がある場合
 - ② 利用者が、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）前項の変更に際して、居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに利用者の居宅介護支援事業者に連絡する等必要な援助を行います。また、変更計画を作成した際には、初回計画作成時の手続きと同様の手続きを行います。

第 5 条（サービス提供の記録）

- （１）事業者は計画に沿って地域密着型通所介護サービスを提供いたします。
 - （２）事業者は、一定期間ごとに目標達成の状況等を記録するとともに、利用者に説明します。
 - （３）事業所は、この記録を契約終了後 2 年間保存します。
1. （４）利用者は、この記録を閲覧することができるとともに、実費負担として複写片面 1 枚あたり 20 円のお支払いにより、この複写物の交付を受けることができます。この閲覧及び謄写は、事業所の業務に支障のない時間に事業所内で行うこととします。但し、当院は家族代表もしくは代理人を含め利用者以外の者から閲覧、謄写の求めがあった場合において、明らかに必要性が認められない場合、明らかに悪意が認められる場合については、この求めを拒否することができます。

第 6 条（料金）

利用者又は利用者代理人は事業者に対し、介護計画に基づき事業者が提供する介護保険給付サービス並びに介護保険給付外サービスについて、別紙「重要事項説明書」のとおり利用料等を支払います。ただし、介護保険法等の関係法令の改正により利用者負担金の改定が必要となった場合、改定後の金額を適用するものとします。この場合には、事業者は法令改正後速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を通知し、本契約の継続について確認するものとします。また、事業者は利用者に対して 1 ヶ月前までに文書で通知することにより、利用料および食費等の料金の変更(介護保険給付外サービス等の料金)を変更を申し入れることができます。利用者が料金の変更を承諾する場合は新たな料金に基づく契約書別紙を作成し、相互に取り交わします。利用者は料金の変更を承諾しない場合は、事業者に対し文書で通知することにより、契約を解約できます。

第 7 条（サービスの中止）

利用者は、事業所に対して、サービス提供日の前日の午後 3 時までに電話等により連絡することにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

第 8 条（利用者負担額の滞納）

（１）利用者又は家族代表もしくは代理が、サービス利用料金の支払いを３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず７日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、介護保険料の滞納があり東京都国民健康保険団体連合会からの介護給付ができず、介護サービスの利用料が全額自費での支払いの場合に利用者のサービス利用料金の支払いが１ヶ月の遅延が発生、料金を支払うよう催告したにもかかわらず７日以内に支払われない場合、当院により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。決済がされなかった場合、利用者又は家族代表もしくは代理は利用した料金に関して全額を支払い、いかなる処置をとられても意義はありません。

（２）前項の催告を行った時、事業者は、利用者の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と利用者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）事業者は、前項に定める協議を行い、かつ利用者が第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）事業者は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として地域密着型通所介護サービスの提供を拒むことはできません。

第 9 条（契約の終了）

（１）利用者は、事業者に対して、１週間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が１週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

（２）事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、１ヶ月間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

（３）次の理由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ② 事業者が守秘義務に反した場合
- ③ 事業者が利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、事業者が倒産した場合

（４）次の理由に該当した場合は、事業所は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- ① 利用者のサービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず７日以内に支払われない場合
- ② 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、又は利用者の入院もしくは病気などにより、３ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ③ 利用者またはその家族が事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背徳行為を行った場合
- ④ 介護保険料の滞納があり、東京都国民健康保険団体連合会からの介護給付ができず、介護サービスの利用料が全額自費での支払いの場合は、利用者のサービス利用料金の支払いが１ヶ月の遅延が発生、支払い催告をしても７日以内に支払われない場合

（５）次の理由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ① 利用者の介護認定区分が、自立と認定された場合
- ② 利用者が死亡若しくは被保険者資格を転出した場合
- ③ 介護保険施設に入院又は入所した場合

第 10 条（個人情報保護）

（１）当社が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

（２）利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- ・ 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有
- ・ サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- ・ サービス利用にかかわる管理運営
- ・ 緊急時の医師・関係機関への連絡
- ・ ご家族及び後見人様などへの報告
- ・ 当社サービスの、維持・改善にかかる資料
- ・ 当社の職員研修などにおける資料

- ・ 法令上義務付けられている、関係機関（医療・警察・消防等）からの依頼があった場合
- ・ 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ・ 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

（３）第１項及び第２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。

第１１条（事故発生時の対応）

- （１）事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業所、市町等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- （２）事業者は、事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- （３）事業者は、利用者に対するサービス提供により発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に損害を生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失にならないような場合は、この限りではありません。

第１２条（緊急時の対応）

事業者は現に地域密着型通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

第１３条（連携）

事業所は、地域密着型通所介護の提供に当たり介護支援専門員及び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ます。

第１４条（相談・苦情対応）

- （１）利用者は事業所より提供されたサービスに関して苦情があるときは、事業所、市区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できます。
- （２）事業所は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、提供したサービスについて利用者から苦情の申し立てがあった場合には、迅速かつ誠実に対応します。また、事業所は、利用者が苦情を申し立てたことを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。
- （３）事業所の苦情相談窓口は、重要事項説明書のとおりです。
- （４）事業所は苦情の申し立てがあった場合は、次の手順によりその解決を図ります。
 - ① 利用者や従業者からの事情聴取により事実関係を把握します。
 - ② 苦情に係る問題点を把握し、対応策を検討し、必要な改善を行います。
 - ③ 利用者に対し調査結果や講じた措置の内容を納得が得られるよう説明します。なお、必要に応じて概要を記した文書を添えることとします。
- （５）事業所は、苦情の処理に際しては、必要に応じて市区町村又は国民健康保険団体連合会へその概要について報告し、適切な対応について指示を仰ぎます。

第１５条（裁判管轄）

この契約に関して、やむを得ず訴訟となる場合は利用者及び事業者は事業者の住所地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることを合意します。

第１６条（本契約に定めない事項）

- （１）利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- （２）この契約に定めのない事項については、介護保険法令のほか諸法令の定めるところに従い双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

以上の契約を証するため、本書を2通作成し、署名の上、1通ずつ保有するものとします。

重要事項説明および契約締結日 20 年 月 日

説明者：氏名 _____

利用者

【住 所】 _____

【氏 名】 _____

署名代行者（代理人）私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

【住 所】 _____

【氏 名】 _____

【代行理由】 認知症状等により自署不可のため

【続 柄】 _____

事業者

【事業者名】 グローバルサービス株式会社

【住 所】 東京都葛飾区東金町2-24-3 3階

【代表者名】 代表取締役 荒坂 麻美

事業所

【事業所名】 デイサービス CoCoWa 赤羽 （事業所番号1391700372）

【住 所】 東京都北区赤羽西1-24-19

個人情報使用同意書

(様)は、地域密着型通所介護事業所(名称:デイサービス CoCoWa 赤羽)(以下「当事業所」という)が、下記の内容により、私および家族に関わる個人情報を利用することに同意します。

1. 利用目的

- ① 介護サービス提供およびケアプランに沿った円滑なサービス利用のため
(サービス担当者会議、介護支援専門員、地域包括支援センター、サービス事業者、自治体等との連絡・調整を含む)
- ② 入院・通院時等、病状急変時の医療機関や救急への情報提供のため
- ③ 行政機関、外部監査・評価機関、損害賠償保険会社等への必要な届出・相談のため
- ④ 介護保険の請求処理その他事務処理のため
- ⑤ 介護サービスの業務改善・統計等の基礎資料とするため(個人を特定できない形に限る)
- ⑥ 上記にかかわらず緊急を要する場合の連絡・対応のため

2. 利用する個人情報の内容

- ・氏名、生年月日、住所、健康状態、病歴、家族状況等、介護サービス提供に必要な情報
- ・認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見など
- ・上記以外に特に必要な情報については、事前に本人または家族の了承を得ます。

3. 第三者提供および委託

上記目的達成のため、必要な範囲で外部委託業者(例:請求代行業者)等へ個人情報を提供する場合があります。その際は法令に基づき適切に管理・監督します。

4. 利用期間・保管

契約開始時から契約終了時までとし、終了後は法令に基づく保存期間を経過した後、速やかに廃棄・消去します。

5. 本人の権利

本人または家族から個人情報の開示・訂正・利用停止・消去の請求があった場合は、速やかに対応します。

問い合わせ窓口: 堀 千里 ・ 03-5948-6658(管理者氏名・施設電話番号)

令和 年 月 日

利用者住所: _____

利用者氏名: _____

家族住所: _____

家族氏名: _____

地域密着型通所介護事業所(名称:デイサービス CoCoWa 赤羽) 管理者 堀 千里