

利用契約書・同意書

◆ 目次 ◆

1 通所介護契約書

2 通所介護重要事項説明書

事業所名	ドリームケア石丸
所在地	福岡市西区石丸3丁目7番31号
電話番号/FAX	092-894-3388
E-Mail	h-d.c.ishimaru@hakujujikai.or.jp
URL	http://www.hakujujikai.or.jp/hakujuji
事業所番号	福岡県 4071201448号

H18. 3. 1 作成
H21. 10. 1 改定
H23. 6. 1 改定
H24. 4. 1 改定
H24. 6. 1 改定
H27. 4. 1 改定
H28. 6. 1 改定
H29. 1. 1 改定
H29. 4. 1 改定
H29. 4. 16 改定
H29. 7. 1 改定
H29. 9. 16 改定
H29. 10. 1 改定
H30. 4. 1 改定
R1. 5. 1 改定
R1. 10. 1 改定
R2. 4. 1 改定
R2. 10. 1 改定
R3. 4. 1 改定
R3. 4. 26 改定
R3. 12. 1 改定
R4. 6. 26 改定
R4. 9. 30 改定
R5. 4. 1 改定
R5. 5. 1 改定
R5. 6. 28 改定
R6. 4. 3 改定
R6. 6. 1 改定
R6. 9. 1 改定
R7. 4. 1 改定
R7. 8. 1 改定
R8. 6. 1 改定

ドリームケア石丸認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護契約書

_____様（以下、「利用者」といいます）とドリームケア石丸（以下「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う認知症対応型通所介護（以下「通所介護」といいます）・介護予防認知症対応型通所介護（以下「介護予防通所介護」といいます）について、次のとおり契約いたします。

第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が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通所介護を提供し、利用者は、その事業者に対し、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 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から、利用者の介護認定又は要支援認定の有効期間満了までとします。
- 2 契約満了日の2日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約満了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条（認知症対応型通所介護計画・介護予防認知症対応型通所介護計画）

事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「認知症対応型通所介護計画」及び「介護予防認知症対応型通所介護計画」を作成します。事業者はこの「通所介護計画」又は「介護予防通所介護計画」の内容を利用者及びその家族に説明します。

第4条（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護の提供場所・内容）

- 1 提供場所はドリームケア石丸です。所在地及び設備の概要は【重要事項説明書】のとおりです。
- 2 事業者は、第3条に定めた通所介護計画及び介護予防通所介護計画に沿って通所介護を提供します。事業者は通所介護の提供にあたり、その内容について利用者に説明します。
- 3 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限り利用者の希望に沿うようにします。

第5条（サービス提供の記録）

- 1 事業者は、サービス提供記録を作成することとし、この契約終了後5年間保管します。
- 2 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第1項のサービス提供記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する第1項のサービス提供記録の模写物の交付を受けることができます。

第6条（料金）

- 1 利用者は、サービスの対価として【重要事項説明書】に定める利用単価毎の料金を基に計算された月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、月ごとの料金の合計額を請求の明細を付して、利用の翌月の15日までに作成し、送付します。
- 3 利用者は、当月料金の合計額を翌月の30日までに支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

第7条（サービスの中止）

- 1 利用者は、事業者に対して、健康上の理由やその他の用事等でサービスの利用を中止することができます。
- 2 利用者は、事業者に対して、サービス利用日前日の午後17時までに通知することにより、昼食代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。
- 3 利用者が、サービス利用日までに通知することなくサービス利用を中止した場合、事業者は、利用者に対して【重要事項説明書】に定める規定により、昼食代金を請求することができます。
- 4 事業者は利用者の体調不良等の理由により、通所介護・介護予防通所介護の提供が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。この場合の取り扱いについては【重要事項説明書】にて記載したとおりです。

第8条（料金の変更）

- 1 事業者は、利用者に対して、文書で通知することにより、利用料及び食費等の単価の変更（増額又は減額）を申し入れることができます。
- 2 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく【重要事項説明書】を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、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。

第9条（契約の終了）

- 1 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間に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。但し利用者の病変・急な入院など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ヶ月の予告期間に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 次の事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などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ④ 事業者が破産した場合
- 4 次の事由に該当した場合は、事業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 利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を払うよう催促したにもかかわらず10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を利用できない状態であることが明らかになった場合。
 - ③ 利用者又はその家族が、事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- 5 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者の介護認定区分が、非該当又は自立と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡した場合

第10条（秘密保持）

- 1 事業者及び事業者の使用するものは、サービスを提供する上で知りえた利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いませぬ。
- 3 事業者は、利用者の家族から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議などにおいて、当該家族の情報を用いませぬ。

第11条（賠償責任）

事業者は、サービス提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

第12条（緊急時又は事故発生時の対応）

1 緊急時の対応

事業者は、現に通所介護・介護予防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へ連絡するとともに、速やかにかかりつけ医に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

2 事故発生時の対応

① : サービスの提供中に事故が発生した場合は、すみやかに利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます

② : 事業所は、事故の状況や事故に際して取った処置について記録するとともに、事故発生の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるものとする。

なお、家族や緊急連絡先への連絡がつかない、かかりつけ医へ連絡が取れない、かかりつけ医で対応が困難などの場合に、特に指定がない場合は、同法人の白十字病院にて対応させていただきます。もし、白十字病院以外で希望搬送先がありましたら、事業者までお申しつけ下さい。

第13条（連携）

- 1 事業者は、通所介護・介護予防通所介護の提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との綿密な連携に努めます。
- 2 事業者は、第9条2項又は4項に基づいて解約通知をする際は事前に介護支援専門員に連絡します。

第14条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情に対する窓口を設置し、通所介護・介護予防通所介護に関する利用者の要望・苦情に対し、迅速かつ適切に対応します。

第15条（本契約に定めない事項事務）

- 1 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 本契約に定めない事項については、介護保険法令その他所法令の定めるところを遵守し、双方が誠意を持って協議の上定めます。

第16条 (裁判管轄)

利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の所在地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを、予め同意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約終結日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者

事業者名：「ドリームケア石丸」（福岡市4071201448号）

所在地：福岡県福岡市西区石丸3丁目7番31号

管理者：大脇 友里江 印

説明者 印

利用者

氏名 印

代理人（後見人）

氏名 印

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護重要事項説明書
(令和8年 3月現在)

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話・FAX 092-894-3388

担当 管理者 : 大脇 友里江

生活相談員 : 大脇 友里江・木下 ルミ子

2 当事業所の概要

(1) 種類と地域

名称	ドリームケア石丸
所在地	福岡市西区石丸3丁目7番31号
事業所番号	福岡市 4071201448号
サービスを提供できる地域	福岡市西・早良区

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員体制（常勤4名・非常勤2名）

- | | |
|------------------|---------------------------|
| 1 管理者 | 1名（常勤 : 生活相談員兼務） |
| 業務統括・苦情対応 | |
| 2 生活相談員 | 3名（常勤 : 1名管理者兼務、2名介護職員兼務） |
| 調整全般・相談援助 | |
| 3 介護職員・看護職員 | 5名（常勤 : 2名生活相談員兼務 |
| | 1名看護職員兼務機能訓練指導員 |
| | 2名専従 |
| | 非常勤 : 1名専従） |
| 健康管理・日常介護・心身状況把握 | |
| 4 機能訓練指導員 | 2名（常勤 : 1名看護職員兼務 |
| | 非常勤 : 1名専従） |
| 訓練指導・心身機能維持 | |

(3) 設備等

食堂兼機能訓練室	3室（48.8㎡）	静養室	1室（30.5㎡）
相談室	1室（16.2㎡）	事務室	1室（9.5㎡）
送迎車両	3台		

(4) 営業時間

毎日 午前8時30分～午後5時30分

(5) サービス提供時間

毎日 午前8時40分～午後5時20分

3 提供するサービスの内容

通所介護計画・介護予防通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、アクティビティ

ィ、学習療法、音楽療法、その他必要な介護等を行います。

4 料金

(1) 利用料金 認知症対応型通所介護利用料金（認知症単独型通所介護費）

※所得に応じて負担割合証に記載されている負担割合の額となります。

基本金額とし1日あたり6時間以上7時間未満のサービス提供の場合

	利用料金		介護保険適用時 の自己負担額 (10%)	介護保険適用時 の自己負担額 (20%)	介護保険適用時 の自己負担額 (30%)
	単位	単位×10.55 円			
要介護1	880	9,284 円	929 円	1,858 円	2,787 円
要介護2	974	10,275 円	1,028 円	2,050 円	3,084 円
要介護3	1,066	11,246 円	1,125 円	2,250 円	3,375 円
要介護4	1,161	12,248 円	1,225 円	2,450 円	3,675 円
要介護5	1,256	13,250 円	1,326 円	2,652 円	3,978 円

介護予防認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応単独型通所介護費）

基本金額とし1日あたり6時間以上7時間未満のサービス提供の場合

	利用料金		介護保険適用時 の自己負担額 (10%)	介護保険適用時 の自己負担額 (20%)	介護保険適用時 の自己負担額 (30%)
	単位	単位×10.55 円			
要支援1	760	8,018 円	802 円	1,604 円	2,406 円
要支援2	851	8,978 円	898 円	1,796 円	2,694 円

※各種加算単位（1回の自己負担額）

- ①個別機能訓練加算(Ⅰ)/27単位(10%の場合 29 円/20%の場合 58 円/30%の場合 87 円)
- ②入浴介助加算(Ⅰ)/40単位(10%の場合 43 円/20%の場合 86 円/30%の場合 129 円)
- ③サービス提供体制強化加算(Ⅰ)/22単位(10%の場合約 23 円/20%の場合約 46 円/30%の場合約 69 円)
- ④若年性認知症利用者受入れ加算/60単位(10%の場合 64 円/20%の場合 127 円/30%の場合 192 円)
- ⑤介護職員処遇改善加算(Ⅰ)（算定した単位数の1000分の236に相当する単位数）
- ⑥生活機能向上連携加算(Ⅱ) 100単位（10%の場合 106 円/20%の場合 212 円/30%の場合 318 円）
- ⑦科学的介護推進体制加算/40単位（10%の場合 43 円/20%の場合 86 円/30%の場合 129 円）

※上記以外の負担分として、下記のものがあります。

- ① 昼食代 550 円（おやつ代込み）
- ② その他、活動にかかる材料費などの実費は自己負担となります。

※通所介護費・介護予防通所介護費に利用サービスを加算したものが1日の利用単位数となります。

※1ヶ月の総単位数に10.55円を乗じると、1ヶ月の料金が計算されます。

料金の一部が介護保険より給付され、残りは負担割合証に記載された負担割合額（所得に応じる）がご利用者の自己負担となります。

(1) お支払い方法

お支払いは、口座振替・現金・銀行振り込みがごございます。振込み手数料は利用者の負担となります。お支払い確認後に領収書を発行いたします。

5 当事業所と特徴等

(1) 運営の特徴

- ① 小規模施設としてアットホームな雰囲気を大切にしています。
- ② 個別のニーズに応じたきめ細かいサービスを提供します。
- ③ 地域のふれあいの場、家族や地域の方々との交流を大切にしています。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

① 送迎時間の連絡

利用当日の朝、お電話にてご連絡いたします。但し、希望があれば前日にご連絡いたしますので、事前にその旨お伝え下さい。なお、交通状況などにより、大幅に遅れる場合などは、その都度ご連絡いたします。

② 体調確認

皆様にお渡しする連絡帳でご連絡をいただいております。

また、「ドリームケア石丸」来所時にも健康チェックをいたします。

③ 体調不良などによるサービスの中止・変更

当事業所での医療行為は対応できかねます。体調不良等でサービスの提供が困難と事業所側で判断した場合は、利用の中止をお願いする場合がございます。

④ 連絡事項

主治医を定期的に受診し、医師からの注意事項や体調の変化等がある場合は、必ずご連絡下さい。

⑤ 報告事項

感染症（結核・肝炎・MRSA・伝染性の皮膚疾患など）がある場合は、必ず事前にお申し出下さい。当事業所が必要と認めた場合は、診断書をとっていただくことがあります。

⑥ 相談

介護のことで、お悩みのこと、ご家族でお困りのこと、心配なことがありましたら何でもお気軽にご相談下さい。

⑦ その他

多額の金銭と貴重品等の持込みはお断りしております。ご利用者間での金銭の貸し借りや、食べ物及び物品のやり取りについてはご遠慮下さい。

6 緊急時又は事故発生時の対応方法

① 緊急時の対応

サービスの提供中に容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・ご家族・居宅介護支援事業所等へ連絡いたします。搬送先病院の指定がある場合は、必ず予めご連絡下さい。特に指定が無い場合は、白十字病院へ救急搬送いたします。

② 事故発生時の対応

1：サービスの提供中に事故が発生した場合は、すみやかに利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます

2：事業所は、事故の状況や事故に際して取った処置について記録するとともに、

事故発生の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるものとする。

7 サービスに関する苦情・相談

ドリームケア石丸 電話番号/FAX：092-894-3388

※ 当事業所以外に、県や市町村の相談・苦情窓口などでも受付けております。

早良区	保健福祉センター福祉・介護保険課	(092) 833-4355(直通)
西区	保健福祉センター福祉・介護保険課	(092) 895-7066(直通)

8 提供するサービスの第三者評価の実施状況等

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	福岡県福岡市西区石丸 3 丁目 7 番地 3 1 号
	名称	社会医療法人財団白十字会 ドリームケア石丸
	管理者	大脇 友里江

印

説明者	印
-----	---

利用者	
氏名	印

代理人		
氏名	印	続柄

個人情報利用に関する同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 利用目的

- (1) 指定居宅介護支援（介護予防支援）の提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者、地域包括支援センターとの間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)のほか、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整の為に必要な場合。
- (3) 訪問時や介護サービス、介護予防サービスの提供を受けている際に、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときに、医師・看護師等に説明する場合。
- (4) 介護保険新規、更新、変更申請の際の認定調査時において認定調査員に対して必要な場合。
- (5) 病院、施設等への入院、入所を希望された際の当該施設担当者への情報提供を行う場合。

2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画及び介護予防計画に掲載されている介護サービス事業所又は介護予防サービス事業所。
- (2) 病院又は診療所。（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (3) 介護予防サービスの提供にあたっては、地域包括支援センター。
- (4) 施設、病院等の入所、入院を希望された場合の当該施設、病院。

3. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報の内容等の経過を記録する。

ただし、本人または家族からの求めに応じて個人情報の提供を中止することができます。

令和 年 月 日

【利 用 者】 氏 名 _____

住 所 _____

【家族代表者】 氏 名 _____

住 所 _____

【代 理 人 等】 氏 名 _____

住 所 _____

※代理人を選定した場合

社会医療法人財団 白十字会 白十字病院 理事長 殿

個人情報委員会・倫理委員会承認