

利用契約書

様

株式会社コスモスプラネット
コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター
(通所介護)

目次：

1. コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター利用約款 P. 3

2. 重要事項説明書＜別紙 1＞ P. 6

①施設概要（デイサービスセンター概要）

②デイサービスの目的と運営方針

③施設の職員の体制と設備概要

④営業日および営業時間

⑤通常の事業の実施地域

⑥サービス内容

⑦協力医療機関等

⑧施設利用に当たっての留意事項

⑨非常時災害対策

⑩禁止事項

⑪第三者評価の実施について

⑫要望及び苦情等の相談

3. 通所介護の利用料金について＜別紙 2＞ P. 9

4. 個人情報の利用目的について＜別紙 3＞ P. 1 1

5. コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター

【利用契約書】（要記入①） P. 1 2

6. その他 連絡先等記入欄＜別紙 4＞（要記入②） P. 1 3

コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター

利用約款

(令和6年4月1日より)

(約款の目的)

第1条 コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター（以下「当施設」という。）は、要支援状態又は要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）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自宅において、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に、一定の期間、通所介護を提供し、一方、利用者及びご家族（利用者を扶養する者）（以下「家族」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

(契約期間)

第2条 この契約の契約期間は_____年_____月_____日から利用者の要介護認定又は有効期間満了日までとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款の6ページ[別紙1・重要事項説明書(通所介護)]、9ページ[別紙2・通所介護の利用料金について]、11ページ[別紙3・個人情報の利用目的について]、について改定が行われない限り、12ページの[利用同意書]の提出をもって、繰り返し通所介護を利用することが出来るものとします。

また、利用者およびその家族から事業者に対して、契約終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。

(契約の終了)

第3条

＜事業者からの契約解除および契約の自動終了＞

当施設は、利用者及び家族に対し、以下に掲げる場合には、本契約に基づく通所介護サービスの利用契約を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において、介護予防相当、自立（非該当）と認定された場合
- ② 利用者及び家族が、本契約に定める利用料金を3か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所介護サービスの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者又は家族が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、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、暴言や性的な嫌がらせ等を繰り返し行ない、改善が見られない場合
- ⑤ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合
- ⑥ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ⑦ 利用者が死亡した場合

＜利用者からの契約解除＞

利用者及びその家族は、事業者の管理者に対して、口頭もしくは書面において契約の解除理由と合わせて申し出をおこなうことで契約の解除・終了をすることができます。但し、利用者が正当な理由なく、サービス実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

(利用料金)

第4条 利用者及び家族は、連帯して、当施設に対し、本契約に基づく通所介護サービスの対価として、別紙2の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

2 当施設は、利用者及び家族が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月15日までに発行、送付します。利用者及び家族は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

3 当施設は、利用者又は家族から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は家族の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記 録)

第5条 当施設は、利用者の通所介護サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。

2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

第6条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を介護記録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第7条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は家族若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第8条 利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、必要な処置（救命救急含む）をおこない利用者及び家族が指定する医療機関、またはご家族等に緊急連絡を致します。

(事故発生時の対応)

第9条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- 2 協力医療機関の医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は家族が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第10条 利用者及び家族は、当施設の提供する通所介護サービスの内容に対しての要望又は苦情等について、担当生活相談員に申し出ることができます。また、管理者に対しても同様に申し出ることができます。

(賠償責任)

第11条 サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び家族は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第12条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は家族と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

重要事項説明書(通所介護)

(令和6年4月1日現在)

1. 施設の概要

施設の名称等

- | | |
|-----------|------------------------|
| ・施設名 | コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター |
| ・開設年月日 | 令和2年7月1日 |
| ・所在地 | 長野市篠ノ井会 614-1 |
| ・電話番号 | 026-214-3163 |
| ・FAX番号 | 026-214-5335 |
| ・管理者名 | 山上 重裕 |
| ・介護保険指定番号 | 2070107442 |

2. デイサービスセンターの目的と運営方針

通所介護については、要介護者の家庭での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、必要な介護を行い、利用者の心身の機能維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる看護師及び介護士、その他通所介護の提供にあたる従業者の協議によって、通所介護計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取入れ、また、計画の内容については、同意をいただくようになります。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンターの運営方針]

- ① お年寄りの人権を尊重し、お年寄りの立場に立った利用者本位のケアサービスに努め、豊かな老後を目指します。
- ② 施設と家庭と地域の結びつきを大切にします。
- ③ 保健と福祉と医療を一体化した運営をいたします。
隣接するサービス付き高齢者向け住宅、訪問介護事業所、近隣のコスモスグループ各事業所、地域の包括支援センターや各介護事業所、医療機関との連携を深め、総合的なケアサービスを提供いたします。

3. 施設の職員体制（下記の人員以上とします。）と設備概要

管理者	1名
生活相談員	2名
看護職員	2名
機能訓練員	1名
介護職員	月曜～土曜2名

設備概要

通所定員	月曜～金曜25名
通所者デイルーム	1室
静養室	1室
相談室	1室
事務室	1室
浴室	1室

4. 営業日及び営業時間

- (1) 毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とします。
- (2) 午前8:00から午後5:00までを営業時間とします。
- (3) サービス提供時間は月曜日～金曜日 9:00～16:00 までとします。
- (4) 定休日は日曜日、12月31日、1月1日、1月2日とします。その他事業所の都合により休日を設ける場合は予め通知いたします。

5. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は次のとおり。

長野市 篠ノ井・更北・川中島、松代 地区

6. サービス内容

- ① 通所介護計画の立案
- ② 送迎サービス（時間の指定はご相談下さい）
- ③ 昼食（管理栄養士による適切な栄養提供）
- ④ 入浴（一般浴槽の他、入浴は介助を要する利用者には特別浴槽で対応します）
- ⑤ 諸々の介護（オムツ交換・食事介助・移動介助等）
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 医学的管理・看護
- ⑧ 相談援助サービス
- ⑨ 理美容サービス（通所利用前・後に実施。事業所スケジュールによる）※原則月3回実施
- ⑩ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

7. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

・名 称	クリニックコスモス長野
・住 所	長野市小島田町380
・電話番号	026-285-2671

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、＜別紙4＞に記載していただく「緊急時の連絡先」へご連絡をさせていただきます。また、「緊急時の医療機関の指定」ある場合、必要な対応をご指定の医療機関におこないます。

8. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・ 外出・・・・・・・・・・禁止。
- ・ 飲酒・喫煙・・・・・・・・・・禁止。
- ・ 火気の取扱い・・・・・・・・・・禁止。
- ・ 設備・備品の利用・・・・・・・・・・職員に申出、許可を受ける。
- ・ 所持品・備品等の持ち込み・・・・・・・・・・職員に申出、許可を受ける。
- ・ 金銭・貴重品の管理・・・・・・・・・・職員に申出、許可を受ける。
- ・ ペットの持込み・・・・・・・・・・禁止。

9. 非常時災害対策

- ・ 防災設備 消火器等
- ・ 防災訓練（火災・水防） 年 2 回 ・ 通報訓練 年 2 回

10. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して利用していただくために、利用者が他者に対しておこなう「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

また、他の利用者ならびに職員に対して、度重なる暴言や恫喝などの脅威や恐怖を与える言動や行為があった場合は、本人ならびにご家族に注意を与え、改善がみられない場合には約款第3条の④により利用契約を解除致します。

このほか、性的嫌がらせ（セクシャルハラスメント）に該当すると思われる言動や行為についても上記同様の対応と致します。

11. 第三者評価の実施について

実施なし

12. 要望及び苦情等の相談

当施設には生活相談の専門員として生活相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（電話番号：026-214-3163／生活相談員：山上 重裕）

ご要望や苦情などは、担当生活相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。また、管理者及び相談員が不在の場合でも職員にお申し出いただければ速やかに対応いたします。

苦情窓口として、長野市の相談窓口

- ・ 長野市保健福祉部介護保険課（電話番号：026-224-7871）
- ・ 国民健康保険団体連絡先（介護保険課 電話番号：026-238-1580）

があります。

〈 別紙 2 〉

通所介護の利用料金について

(要介護 1 ～要介護 5 の方)

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

1. 施設利用料と自己負担について

ご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる通常 1 割または 2 割もしくは 3 割の自己負担分と、保険給付対象外の費用（主に食費、利用者の選択に基づく特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、趣味活動等で使用する材料費等）を利用料としてお支払いいただく 2 種類があります。

なお、基本料金は介護度、施設利用時間などにより異なり、更に利用を希望される内容（加算）毎に異なります。※施設が一定の条件を整えることでいただく料金もあります。

2. 通所介護（要介護 1 ～要介護 5 の方）※1 割負担の場合（2 割・3 割の場合は異なります）

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。また、通所サービスの場合はその施設の規模に応じて、基本料金が異なります。以下は 1 日当たりの 1 割自己負担料金です）

A 【基本利用料金の目安】[施設利用時間]ごと / 要介護度別

[3 時間以上 4 時間未満]

・要介護 1	3 7 0 円
・要介護 2	4 2 3 円
・要介護 3	4 7 9 円
・要介護 4	5 3 3 円
・要介護 5	5 8 8 円

[4 時間以上 5 時間未満]

・要介護 1	3 8 8 円
・要介護 2	4 4 4 円
・要介護 3	5 0 2 円
・要介護 4	5 6 0 円
・要介護 5	6 1 7 円

[5 時間以上 6 時間未満]

・要介護 1	5 7 0 円
・要介護 2	6 7 3 円
・要介護 3	7 7 7 円
・要介護 4	8 8 0 円
・要介護 5	9 8 4 円

[6 時間以上 7 時間未満]

・要介護 1	5 8 4 円
・要介護 2	6 8 9 円
・要介護 3	7 9 6 円
・要介護 4	9 0 1 円
・要介護 5	1 0 0 8 円

[7 時間以上 8 時間未満]

・要介護 1	6 5 8 円
・要介護 2	7 7 7 円
・要介護 3	9 0 0 円
・要介護 4	1, 0 2 3 円
・要介護 5	1, 1 4 8 円

B 【希望する介護サービスにより徴収する各料金】

<input type="checkbox"/> 個別機能訓練（Ⅰ）	5 6 円／日
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練（Ⅱ）	2 0 円／日
	（1）に上乗せして算定
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算	4 0 円／日
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（月 2 回）	1 5 0 円／回

<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算（Ⅰ）	200円／月
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算（Ⅱ）	100円／月
<input type="checkbox"/> ADL 維持等加算（Ⅰ）	3円／月
<input type="checkbox"/> ADL 維持等加算（Ⅱ）	6円／月
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	150円／月
<input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算	5円／月

C【所定の条件を満たすことで徴収する各料金】

<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅰ 1（介護福祉士資格の保有率 50%以上）	22円／日
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅰ 2（介護福祉士資格の保有率 40%以上）	12円／日
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅱ（勤続3年以上の職員が 30%以上）	6円／日
<input type="checkbox"/> 同一建物減算（同一建物に居住する方の場合のみ）	－94円／日
<input type="checkbox"/> 送迎減算（デイで送迎を行わない場合）	－47円／片道
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算Ⅰ	当該総介護サービス費に9.2%加算
<input type="checkbox"/> 中重度者ケア体制加算	45円／日
<input type="checkbox"/> 認知症加算	60円／日
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	40円／月

3 保険対象外費用（利用料と一緒にご請求をさせていただきます。）

<通常のサービス提供に係る実費>

- ① 食費 800円
施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。
昼食代 700円
おやつ代 100円
- ② 送迎費用 実施区域外の送迎に要する費用 1Km あたり 40円
- ③ タオル代 (実費)円
バスタオル 60円
フェイスタオル 40円
清拭 20円
- ④ おむつ代 (実費)円
※利用者の身体の状態により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- <特別な活動や個別の対応に係る実費料金>
- ⑤ 行事活動・レクリエーションに要する費用 (実費)円
- ⑥ 通常の昼食提供以外に提供する飲食 (実費)円
- 理美容代（原則2週間前に申し込みが必要、日程は事前に告知）

実費（2,200円）

通所介護実施前、もしくは、実施後に理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

4 支払い方法

- 毎月15日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。利用申込み時にお選びください。

個人情報の利用目的について (通所介護)

(令和6年4月1日現在)

コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンターでは、ご利用の開始にあたりお預かりしている利用者ならびにご家族の個人情報について、情報の保全に配慮した施設管理の下、その情報の利用目的を以下のとおり定めます。

【介護サービスに対する利用目的】

〔施設内部での利用目的〕

- ・利用者に対する一連の介護サービスの提供
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －契約締結・契約解除後の管理（契約内容の見直しも含む）
 - －利用料金の各種会計・経理
 - －事故等が発生した場合の各方面への連絡・報告
 - －利用者の介護・医療サービスの向上に向けた内部会議

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者が利用する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の受診等に際し担当の医師等より情報の提供が求められた場合
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託を行う場合
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔施設の内部での利用目的〕

- －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- －当施設において行われる学生の実習への協力
- －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- －外部監査機関への情報提供
- －高齢者虐待等が疑われる場合に定められた対応をおこない、その後行政等の管理監督機関から要請があった場合
- －非常災害時ならびにパンデミック等発生時に各種行政機関に対して

これら以外に知りえた情報を使用または提供する場合は、ご契約者ならびにご家族様にその目的の説明を十分におこない、同意を得た上で使用または提供をおこないます。

コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター

【 利 用 契 約 書 】

契約を証明するため、本書2通を作成し、下記の通り事業者及び利用者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター（通所介護）を利用するに当たり、当事業所は下記の書類について十分な説明をいたしました。

1. コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター「利用約款」
2. コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター「重要事項説明書」
3. コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター「個人情報利用目的」

説明者（担当者名） 職種： 管理者 氏名： 山上 重裕 印

コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター（通所介護）を利用するに当たり、私（利用者）及び家族は、下記文書について事業者より説明を受けその内容および個人情報の取り扱いについて同意をし契約をいたします。

1. コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター「利用約款」
2. コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター「重要事項説明書」
3. コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター「個人情報利用目的」

契約締結日 年 月 日

契約者氏名

事業者 <名称> 株式会社コスモスプラネット 代表取締役 山田 徳実 印
 <住所> 長野市篠ノ井会 614 番地 1
 <事業者> コスモスプラネット篠ノ井デイサービスセンター(事業者番号 2070107442)
 <所在地> 長野市篠ノ井会 614 番地 1

利用者 <住所> 〒

<氏名> 印

ご家族 <住所> 〒

<氏名> 印 (続柄)

< 別紙 4 >

その他 連絡先等記入欄

【請求書及び領収書の送付先】

要記入②

氏名（続柄）	
	（続柄）
送付先	〒 —

【緊急時連絡先】

第1連絡先		第2連絡先	
氏名（続柄）	（続柄）	氏名（続柄）	（続柄）
自宅	— —	自宅	— —
携帯電話	— —	携帯電話	— —
※勤務先 任意	勤務先名 — —	※勤務先 任意	勤務先名 — —

【緊急時の医療機関の指定】

長野赤十字病院	かかりつけ医	①医院名	
南長野医療センター篠ノ井総合病院		住所	
長野松代総合病院		連絡先	
長野市民病院		②医院名	
長野中央病院		住所	
		連絡先	