

デイサービスミルクホール

地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業契約書

_____（以下、「利用者」といいます）と株式会社クレメンティア（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業（以下「事業」という）について、次のとおり契約します。

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生活を営むことができるよう事業を提供し、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. 契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合は、変更後の要介護認定の満了日をもって契約期間の満了日とします。
2. 契約満了の2週間前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出が無い場合、契約は自動更新されるものとします。
3. 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は期間経過の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合は、変更後の要介護認定の満了日をもって契約期間の満了日とします。

第3条（事業計画書）

1. 事業者は、利用者の心身の状況及び意向並びにその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した事業計画書を作成します。
2. 事業者は、上記の事業計画書を作成した時は、利用者又はその家族に対し、その内容等について説明します。
3. 事業計画書の作成にあたっては、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、その内容に沿って作成します。
4. 事業者は、それぞれの利用者について、事業計画書に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況を記録します。

第4条（事業の提供場所・内容）

1. 事業の提供場所は デイサービスミルクホール です。

2. 事業者は、第3条で定めた事業計画書に沿って事業を提供します。事業者は事業の提供にあたり、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添うようにします。

第5条（サービスの提供の記録）

1. 事業者は、事業の実施ごとに、サービス提供記録を作成することとし、完了日から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複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【地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業重要事項説明書】に定める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を支払います。
2. 事業者は、原則として、当月の料金合計額の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者に送付します。
3. 利用者は、原則として、当月の料金の合計額を翌月27日までに所定の方法で支払います。
4. 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、原則として利用者に対し領収書を発行します。

第7条（サービス中止）

1. 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日午後5時まで（前日が日曜日の場合は土曜日の午後5時まで）に通知をすることにより、サービス利用を中止することができます。
2. 事業者は、利用者の体調不良等の理由により事業の実施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。この場合の取扱いについては、【地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業重要事項説明書】に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【地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業契約書】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2週間の予告期間を置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、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が2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置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等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1ヶ月以内に支払われない場合
 - ② 利用者が正当な理由がなくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、又は利用者の入院若しくは病気等により、3ヶ月以上に渡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 利用者又はその家族など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不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等に入所した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
 - ④ 利用者が死亡した場合
 - ⑤ 利用者が春日井市以外に転居した場合

第10条（秘密保持）

1. 事業者及び事業者が使用する者は、サービス提供をする上で知り得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. 個人情報の取扱いについては、【個人情報の利用目的の通知および第三者に対する提供に関する同意書】に記載したとおりです。

第11条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、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は、利用者に対してその損害を賠償します。

第12条（緊急時の対応）

事業者は、現に事業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、速やかにかかりつけ医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

第13条（事故対応）

事業者は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに適切な処置を行うとともに、家族又は緊急連絡先、関係市町村、介護支援専門員に連絡をします。

第14条（連携）

1. 事業者は、事業の提供にあたり、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。
2. 事業者は、この契約書の写しを必要に応じて介護支援専門員に速やかに送付します。
3. 事業者は、この契約の内容が変更された場合又はこの契約が終了した場合は、必要に応じてその内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員に送付します。なお、第9条第2項又は第4項に基づいて解約通知をする場合は、事前に介護支援専門員に連絡します。

第15条（金銭及び貴重品の管理）

事業者は、利用者の所持する金銭及び貴重品について、これを管理しません。ただし、利用者の心身の状態などによって金銭及び貴重品の保持が必要な場合は事業者の指定する保管場所にて管理するものとします。なお、事業者は利用者の所持する金銭及び貴重品の紛失、破損等について一切の責任を負わないものとします。

第16条（苦情対応）

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、事業に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速かつ適切に対応します。

第17条（信義誠実の原則）

1. 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約書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、介護保険法令その他諸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うえ定めます。

第18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、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意します。

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

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者 <事業者名>株式会社 クレメンティア

<住所>愛知県春日井市岩成台 10 丁目 2-10

<代表者>代表取締役 木全 奈穂 ㊞

(事業所名) デイサービスミルクホール (介護保険事業者番号) 2372503363

<利用者> 住所 _____
氏名 _____ ㊞

<署名代筆者> 住所 _____
氏名 _____ ㊞

利用者は、身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<ご家族の代表> 住所 _____
氏名 _____ ㊞

地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業重要事項説明書

<令和8年6月1日 現在>

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

氏名 木 全 公 広

電話 0568-29-5530 (受付時間 月～土曜日8:30～17:00)

FAX 0568-29-7782

2 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	デイサービスミルクホール
所在地	春日井市岩成台10丁目2-10
介護保険指定番号	2372503363
サービスを提供する対象地域	春日井市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名	名	事業所の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも通所介護の提供にあたる。	1名
生活相談員	介護福祉士	2名	名	利用者及び家族等からの相談に応じ、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。	1名以上
機能訓練指導員	看護師	名	2名	利用者の機能訓練の指導を行う。	1名以上
看護・介護職員	看護師・准看護師	名	2名	利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。	1名以上 名
	介護福祉士	2名	1名	利用者の入浴、給食等の介助及び援助を行う。	1名以上
	1～2級修了者 (初任者研修)	名	名		1名以上
	3級修了者	名	名		名
	その他	名	1名		1名以上

(3) 事業所の設備の概要

定員	18名	静養室	1室 2床
食堂兼機能訓練室	合計 120.19 m ²	相談室	2室
浴室	一般浴槽×2	送迎車	5台

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 (12月29日～1月3日を除く)
営業時間	8:30～18:00
サービス提供時間	9:00～17:00

3 サービス内容

- ① 送迎 ② 食事 ③ 入浴 ④ 機能訓練 ⑤ 生活相談 等

※緩和型サービスは身体介護を行わない

4 料金

- (1) 利用料の額は、介護報酬の告示上の額、若しくは春日井市長が定める介護予防・日常生活支援総合事業の額とし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

- (2)

事業所名	地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業 デイサービス ミルクホール		
所在地	〒487-0033 春日井市岩成台 10 丁目 2-10		
電話番号	0568-29-5530	FAX 番号	0568-29-7782
事業所番号	2372503363	営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8:30～18:00	サービス提供時間	9:00～17:00
利用定員	18名	実施地域	春日井市全域
提供時間区分	7時間以上8時間未満(4h～5h/5h～6hも応相談)		
その他①	食事料金(1食当たり):750円(おやつ込)		
その他②	レクリエーション費用(月額):500円、リハパン1枚:150円 パッド1枚:100円		

■地域密着型通所介護

サービスコード		サービス内容呼称	算定項目	単位
種類	項目			
78	1441	地域通所介護 51	要介護1(1回のご利用につき)	753
78	1442	地域通所介護 52	要介護2(1回のご利用につき)	890
78	1443	地域通所介護 53	要介護3(1回のご利用につき)	1032
78	1444	地域通所介護 54	要介護4(1回のご利用につき)	1172
78	1445	地域通所介護 55	要介護5(1回のご利用につき)	1312
78	5051	地域通所介護個別機能訓練加算Ⅰイ	要介護1～5(1日につき)	56
78	5301	地域通所介護入浴介助加算Ⅰ	入浴介助を行った場合(1回につき)	40
78	5612	地域通所介護送迎減算	事業所が送迎を行わない場合(片道につき)	▲47
78	6107	地域通所介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	1ヵ月の合計単位数に115/1000(11.5%)加算	
78	6109	地域通所介護若年性認知症受入加算	1日につき	60

※1単位の単価:10.27円

■通所型サービス(独自サービス)

サービスコード		サービス内容呼称	算定項目	単位
種類	項目			
A6	1111	通所型独自サービス 11	事業対象者・要支援1(1ヵ月につき)	1798
A6	1121	通所型独自サービス 12	事業対象者・要支援2(1ヵ月につき)	3621
A6	6109	通所型独自サービス若年性認知症受入加算	1ヵ月につき	240
A6	6187	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱイ	1ヵ月の所定単位数に115/1000(11.5%)加算	

※1単位の単価:10.27円

■通所型サービス（緩和型）

『春日井市 介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード表』に準じます。

※ 1 単位の単価：10.00 円

◆お問い合わせは、株式会社クレメンティア：0568-29-7781（担当：木全）

FAX：0568-29-7782

（2）キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合は、サービス提供日の前日午後5時まで（前日が日曜日の場合は土曜日の午後5時まで）に通知することにより、サービス利用を中止することができます。

（3）支払方法

原則として、当月の料金合計額の請求書に明細を付して、翌月10日までにご送付いたしますので、月末までにお支払いください。お支払い方法は、原則として、口座引き落としとなっております。

「備考」振込先口座：名古屋銀行・高蔵寺支店・普通・3261604

口 座 名：株式会社クレメンティア 代表取締役 木全奈穂

5 サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

事業計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合には、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（2）サービス利用契約の終了

① お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書でお申し込みください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設等に入所した場合
- ・ お客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合
- ・ お客様が春日井市以外に転居された場合

④ その他

当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご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、又は当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

お客様が、サービス利用料金を支払わない場合、お客様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、お客様が入院又は病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合又はお客様やご家族などが当施設や当施設の従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことができます。

6 当社の介護支援サービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ・ 事業所の従業者は、要介護者等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生活を営むことができるよう、機能訓練及び必要な日常生活の世話をを行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ならびに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- ・ 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス並びに居宅サービス事業者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 事業の提供に当たっては、事業計画に基づき利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行います。
- ・ 事業所の従事者は、事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- ・ 事業の提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行います。
- ・ 事業は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添い適切に提供します。

7 事故発生時の対応

1 利用者に対する地域密着型通所介護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、居宅介護支援事業者、関係市町等に連絡するとともに、必要な措置を講じる。

2 利用者に対する地域密着型通所介護サービス提供に当たって、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

3 前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入します。

8 非常災害対策

- 1 指定地域密着型通所介護の提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、非常災害に関する具体的計画を立て、従業者に周知徹底を図るとともに、避難経路、協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を取ります。
- 2 非常災害に備えるため、避難、救出その他必要な訓練を定期的に（年2回以上）行うものとします。

9 緊急時の対応方法

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、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

10 高齢者虐待防止の為の取り組み

事業者は、入所者等の人権の擁護・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。また、事業所は、指定地域密着型通所介護等の提供中に、従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに市町村へ通報するものとする。

- (1) 成年後見制度の利用を支援します。
- (2) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (4) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (5) 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ています。
- (6) サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（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入所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。

11 第三者評価

実施しておりません。

緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	続 柄	
主治医	病院又は診療所 名	
	医 師 名	
	住 所	
	電 話 番 号	

1 2 非常災害対策

当事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

1 3 サービス内容に関する相談・苦情

① 当社ご利用者相談・苦情担当

担当 き また き み ひろ 木 全 公 広 電話：0 5 6 8－2 9－5 5 3 0

② 上記以外の相談・苦情窓口 ※営業時間内に限ります

- ・愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課苦情相談室 0 5 2－9 7 1－4 1 6 5
- ・春日井市健康福祉部 介護・高齢福祉課 0 5 6 8－8 5－6 9 2 1

1 4 当社の概要

名称・法人種別

株式会社 クレメンティア

代表者役職・氏名

代表取締役 き また な お 木 全 奈 穂

本社所在地

愛知県春日井市岩成台 10 丁目 2－10

定款の目的に定めた事業

1.	老人・病人の介護サービス業務
2.	介護保険法に基づく特定施設入所者生活介護施設の企画、運営、およびそれらに関するコンサルタント業務
3.	グループホームの企画、運営、およびそれらに関するコンサルタント業務
4.	介護保険法に定める施設サービス事業、在宅福祉サービス事業
5.	介護保険法に基づく居宅介護支援事業
6.	介護保険法に基づく通所介護及び介護予防通所介護
7.	介護保険法に基づく短期入所生活介護および介護予防短期入所生活介護
8.	障害者自立支援法に基づく次の指定障害福祉サービス業 (1) 生活介護 (2) 行動援護 (3) 児童デイサービス (4) 短期入所 (5) 共同生活援助
9.	障害者自立支援法に基づく次の地域生活支援事業 (1) 相談支援

事業の提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて 重要事項を説明しました。

事業者所在地：愛知県春日井市岩成台 10 丁目 2－10

事業者名称：株式会社 クレメンティア

説 明 者：所属 デイサービスミルクホール 氏 名：_____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から事業について重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

< 利用者 > 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞

<署名代筆者> 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞

利用者は、身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<ご家族の代表> 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞

【個人情報の利用目的の通知および第三者に対する提供に関する同意書】

株式会社クレメンティアは、利用者から提供いただいた利用者本人及び家族に関する個人情報を、下記の目的以外に利用しないことをお知らせいたします。

○ 利用者の個人情報の利用目的

- ・ 利用者への介護サービス提供
- ・ 介護保険事務
- ・ 利用者のために行う管理運営業務（通所の管理、会計、事故報告、介護・医療サービスの向上）
- ・ 事業所のために行う管理運営業務（介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料の作成、学生などの実習への協力、職員教育のために行う事例研究など）

なお、事業所の発行する印刷物及び下記の利用目的のためには、利用者及び家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

○ 利用者の個人情報を第三者へ提供する場合

- ・ 介護保険事務などの施設業務の一部を外部業者へ業務委託を行う場合
- ・ 他の介護事業者との連携（サービス担当者会議など）、連絡調整等が必要な場合
- ・ 利用者の受診に当たり、医師に介護記録やケアプランを提供する場合
- ・ 家族への心身状態や生活状況の説明
- ・ 研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ・ 損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談又は届出等
- ・ 施設案内書・施設発行の機関誌（インターネット上の情報含む）

＜ 事業者 ＞	事業者名	株式会社 クレメンティア
	住 所	愛知県春日井市岩成台 10 丁目 2－10
	代表者名	^{きまた} <u>木全</u> ^{な お} <u>奈穂</u> ㊞

私は、個人情報の利用及び第三者への提供に関する上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

＜ 利用者 ＞	住 所	_____
	氏 名	_____ ㊞
＜署名代筆者＞	住 所	_____
	氏 名	_____ ㊞

利用者は、身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

＜ご家族の代表＞	住 所	_____
	氏 名	_____ ㊞