

せんしゅんかいデイサービスセンター 花車

契約書・重要事項説明書

____様（以下、「利用者」といいます）とせんしゅんかいデイサービスセンター花車（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、介護予防認知症対応型通所介護（以下、「サービス」といいます）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、介護保険法の主旨に従って、利用者が可能な限り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。

第2条（契約期間）

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要支援認定の有効期間満了日までとします。

契約満了の7日前までに、利用者から事業者に対して、契約終了の申し出が無い場合、又は利用者が要介護認定の更新で要支援及び要介護（1～5）と認定された場合、原則として契約は更新されるものとします。

第3条（計画書）

利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を盛り込んだ通所介護計画、介護予防通所介護計画を作成します。

- 2 通所介護計画若しくは変更に関しては、その内容を利用者へ交付、説明のうえ同意を得ます。
- 3 心身などの問題によって、利用者へ直接同意が得られない場合は、利用者代理人が代わって同意するものとします。

第4条（サービス提供の記録）

事業者はサービスの提供に関する記録をつけることとし、これをこの契約の終了後5年間保存します。

- 2 利用者は、事業所の営業時間内に当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。

第5条（料金）

利用者は、要介護度に応じ受けたサービスの対価として、介護保険法等に定められた給付割合に基づく自己負担額を事業所に支払うものとします。但し、利用者の介護保険料等などの滞納等により、事業者が介護保険等からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、利用者は重要事項説明書に定めるサービス利用料金の全額を事業者に対し、い

ったん支払うものとしします。(その際、事業者から発行されたサービス提供証明書を後日、各市町村の窓口に出しますと差額の払い戻しを受けることができます。)

- 2 利用者は、別紙 3 又は別紙 4 に掲げるサービス利用料金を支払うものとしします。
- 3 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、利用者に直接お渡しするか、送付します。
- 4 利用者は、当月の料金の合計額を、郵便局又は銀行引き落としにて支払います。
- 5 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

第 6 条 (利用料金の変更)

前条第 1 項に定めるサービス利用料金について、介護保険法等の改正があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更することができるものとしします。

- 2 前条第 2 項に定めるサービス利用料金については、経済状況の変化等やむを得ない事由がある場合は、事業者は利用者に対して相当の猶予期間を置き、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。
- 3 利用者は、前項の変更に同意することができない場合には、本契約を解除することができます。また、利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金表に基づく同意書を作成しお互いに取り交わします。

第 7 条 (契約の終了)

利用者は、事業者に対して 7 日前までに文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

- 2 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された場合。
 - (2) 利用者が、死亡された場合。
 - (3) 利用者が、要介護・要支援認定により自立と判定された場合。
 - (4) 事業者が、解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で閉鎖した場合。
 - (5) 天変地異その他の事由により施設が、滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。
 - (6) 事業者が、介護保険の指定を取り消された場合又は辞退した場合。
- 3 利用者は、次の事由に該当した場合は即時に契約を解除することができます。
 - (1) 介護保険給付対象外の利用料の変更同意できない場合。
 - (2) 事業者若しくは職員が正当な理由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
 - (3) 事業者若しくは職員が、守秘義務に違反した場合。
 - (4) 事業者若しくは職員が、故意又は過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
 - (5) 他の利用者が利用者本人の身体・財産・信用等を傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。
- 4 次の事由に該当した場合、事業者は催告なくこの契約を解除できます。
 - (1) 利用者及び利用者代理人のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく 3 ヶ月遅延し、支

払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払われない場合。

(2) 利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。

(3) 事業者がやむを得ない事由により閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。

5 前4項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者及び利用者代理人の負担とします。

第8条（利用者代理人）

利用者は、契約に際し、利用者代理人を供するものとします。

2 利用者代理人は、利用者の代理人として利用者に代わって本契約書に定める同意その他意思表示、事業者の意思表示の受領を行うとともに、この契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務につき、利用者と連帯して履行の責任を負います。

第9条（秘密保持）

事業所の職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご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、職員の退職後及び本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、利用者の個人情報を用いません。

第10条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供に伴って、明らかに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。

2 利用者は、利用者が、事業所の施設・設備について、滅失、破損、汚損、若しくは変更した場合は、認知症状等に問わず、自己の費用により現状に復するか又は相当の代価を支払うものとしてします。

第11条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、予め届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

第12条（管轄裁判所に関する合意）

利用者、利用者代理人及び事業者は、本契約について、裁判上の紛争が生じた場合には京都地方裁判所を専属的合意管轄裁判所にすることを合意します。

第13条（相談・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、施設の設備又はサービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第14条（本契約に定めのない事項）

利用者、利用者代理人及び事業者は、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、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、当事者が誠意を持って協議の上定めます。

せんしゅんかいデイサービスセンター花車

重要事項説明書

【2025年10月1日現在】

1、法人

名称・法人種別	医療法人社団 千春会
代表者職種・氏名	理事長 菊地 孝三
法人所在地	京都府長岡京市開田2丁目14番26号
電話番号	(075)954-2175

2、法人が運営している事業所

別紙2のとおりです

3、事業所概要

名称	せんしゅんかいデイサービスセンター 花車
介護保険指定番号	2693100063
所在地	京都府向日市寺戸町北前田29-1
電話 / FAX番号	電話 (075) 924-5123 / FAX (075) 924-5110
開設年月日	平成24年8月1日
管理者名	四宮 照美
定員	24名

4、せんしゅんかいデイサービスセンター花車の利用目的と運営方針

- (1) 要介護、要支援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所介護計画、介護予防通所介護計画に基づいて、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。
- (2) サービスの提供にあたる職員は、利用者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生活を営むことができるよう、全体的な日常生活動作の維持を図るとともに、生活の質を重視した日常生活が継続できるように支援します。
- (3) 利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (4) 居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的なサービス提供を受けることができるように努めます。
- (5) サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はそのご家族に対して必要な事項について、理解しやすいように指導又は、説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- (6) 利用者の個人情報、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、事業者が得た利用者の個人情報については、介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又は利用者代理人の了解を得たうえで行います。

5、営業日、営業時間

- (1) 通常月曜日から日曜日とします。但し、年末年始及び事業所の諸般の事情により休業日を設ける場合があります。この場合、事業所利用者には事前に休業する旨を周知します。
- (2) 営業時間は、9:00~18:00です。
- (3) サービス提供時間は、10:00~17:00です。

6、通常の事業実施地域

通常の事業実施地域は、向日市とします。

※ 上記の地域以外の方でも、ご希望の方はご相談に応じます。

7、提供できるサービス

機能訓練	心身の維持又は向上が図れるように、作業活動、各種レクリエーション、体操などを実施します。
食事	管理栄養士が栄養管理し普通食、キザミ食、トロミ食など利用者の状態に応じた食事の提供ができます。糖尿病食や透析食などの治療食も提供できます。
入浴	介護職員により、介助又は見守りを実施して入浴を提供します。必要に応じて機械浴なども使用します。
送迎	ご希望により利用者のご自宅と事業所との間を送迎いたします。

8、第三者評価の実施状況

実施年月日	2015年8月6日
評価機関	京都社会福祉会
評価結果の開示状況	https://kyoto-hyoka.jp (京都府) https://www.wam.go.jp (大阪府)

9、職員数

職種	職員数
管理者	1名
生活相談員	1名
介護職員	12名
機能訓練指導員	3名
歯科衛生士	2名
管理栄養士	1名

10、非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画および「非常災害、防犯マニュアル」に基づき対応を行います。			
避難訓練	別途定める消防計画および「非常災害、防犯マニュアル」にのっとり年2回避難訓練を行います。			
防災設備	設備名称	有無	設備名称	有無
	スプリンクラー	有り	防火扉・シャッター	有り
	避難階段	有り	屋内消火栓・消火器	有り
	自動火災報知機	有り	ガス漏れ探知機	無し
	誘導灯	有り		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画	乙訓消防署への届出日：令和8年1月15日 防火管理者：上仲 菜穂子			
風水害対策	別途定める「非常災害、防犯マニュアル」に基づき対応を行います。			

11、事故について

事業者は、利用者に対するサービスの提供により重大な事故が発生した場合は、ご家族等に連絡をするとともに、市町村の担当窓口及び京都府の担当窓口に報告します。そして事故発生原因を追求し再発防止の必要な処置を講ずるものとし、また、事業者の責により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

当事業所では、自宅と同じように利用者が自発的かつ自由に行動されることを大切にしており、このことが心身機能の維持につながると考えております。この考え方にに基づき転倒事故等が発生しないように、法定人員以上の人員を配置しておりますが、不可抗力等により転倒事故などが発生する場合がありますのでご理解下さい。

12、受診の対応

- (1) 急変・事故時の場合、かかりつけ医と連携し受診を行います。
- (2) 急変・事故時に利用者代理人が指定する予め届けられた緊急連絡先に連絡します。
原則として、受診の付添を依頼します。
- (3) 状況によっては、協力医療機関の受診を行う場合があります。
- (4) 医療機関の受診費用は、利用者負担となります。

【協力医療機関】

病院名	千春会病院
所在地	京都府長岡京市開田2丁目14-26
電話番号	(075) 954-2175

【緊急連絡先】

別紙1のとおりです

13、利用に当たっての留意事項及び禁止事項

当事業所の利用に当たっての利用者の留意事項は、下記の通りです。

- (1)火気の取扱いは、十分に注意して下さい。
- (2)設備・備品の利用及び持ち込みは、職員に相談して下さい。
- (3)金銭・貴重品・持参物の紛失及び破損において、事業所は弁済致しません。

当事業所の禁止事項は、下記のとおりです。

- (1)危険物、刃物を持ち込むこと。
- (2)ケンカ、口論、泥酔等他の利用者に迷惑をかけること。
- (3)指定した場所以外で火気を用い、又は自炊すること。
- (4)事業所内にタバコ、ライターの持ち込み及び喫煙すること。
- (5)宗教や習慣の相違等で他人を排斥し、他人の自由を侵すこと。
- (6)事業所内の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生に害すること。
- (7)利用者の営利行為等、宗教の勧誘等、特定の政治活動等。
- (8)ペットの持ち込み。
- (9)上記の他、事業所及び利用者への迷惑行為。

14、利用料金

- (1) サービスを提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、市区町村から利用者に対して交付される介護保険負担割合証記載の負担割合（1割または2割・3割）の額を利用者に負担いただきます。加えて、当事業所が定める別紙に掲げるサービスの提供を行った場合には、それに要した額をお支払いいただきます。
- (2) 当事業所は、法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないように配慮します。
- (3) 事業者は、利用者から別紙 3 又は別紙 4 に掲げる利用料及び費用の額をお支払いいただきます。
- (4) 領収書は、原則として再発行致しません。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行します。なお発行に際しては文書料として一通につき金 1,000 円(税別)を申し受けます。
- (5) 請求書を毎月 20 日頃に、手渡し若しくは郵送致します。支払方法は、郵便又は銀行引き落としにてお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。

15、契約の終了

- (1)利用者からの申し出（契約解除）

利用者はいつでも契約の解除を申し出ることができます。

- (2)下記の場合は自動的に契約解除となります。

- ・利用者が、介護保険施設へ入所された場合。
- ・利用者が、死亡された場合。
- ・利用者が、要介護認定により自立と判定された場合
- ・事業者が、解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で事業所を閉鎖した場合。
- ・天変地異その他の事由により事業所が、滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可

能になった場合。

(3) 下記の場合は、即時に契約を解除することができます。

- ・介護保険給付対象外の利用料の変更に同意できない場合。
- ・事業者が、正当な事由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
- ・事業者が、守秘義務に違反した場合。
- ・事業者が、故意又は過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ・他の利用者が、利用者本人の身体・財産・信用等を傷つけた場合、若しくは傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。

(4) 次の事由に該当した場合、事業者は催告なくこの契約を解除できます。

- ・利用者及び利用者代理人のサービス利用料金の支払いが正当な事由なく3ヶ月遅延し、支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合。
- ・利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。
- ・事業者がやむを得ない事由により閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。

(5) 前4項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者及び利用者代理人の負担とします。

16、苦情・相談窓口

(1) 苦情処理の体制及び手順について

- ・苦情、要望、相談を受けた担当職員は、当該の内容を十分に聞き、内容を明確にした上で所属長に報告する。所属長は、その後管轄マネージャーに報告、重大な案件については管轄マネージャーより介護部長への報告を行う。
- ・調査の結果、改善が必要と認められる場合は、必要な対応を図るとともに、今後、同様の問題が起きないように改善策を講じ、サービスの質の向上に取り組む。
- ・調査および対応の結果については、必要に応じて担当の介護支援専門員やサービス提供事業者、その他の関係者に連絡を図り、それらの経過を記録に残していく。

事業所担当者	四宮 照美 電話 (075) 924 - 5123	FAX (075) 924 - 5110
向日市市民サービス部 高齢介護課	電話 (075) 931 - 1111	FAX (075) 932 - 0800
国民健康保険団体連合会	電話 (075) 354 - 9090	FAX (075) 354 - 9055

せんしゅんかいデイサービスセンター花車
緊急連絡先（重要事項説明書・別紙 1）

【緊急連絡先】

緊急連絡 先①	氏名	続柄()
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	
緊急連絡 先②	氏名	続柄()
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	

【主治医】

医療機関名	
医師名	
連絡先	

【緊急時医療機関】

医療機関名	
連絡先	

別紙 1 について説明を受け、同意いたします。

年 月 日

ご利用者様 _____ 印

ご家族様 代理人様 _____ 印