



利用者負担金は関係法令に基づいて定められる為、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用するものとする。

2. 利用者が適当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を3ヶ月以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までに利用料を支払わない場合には、契約を解除する旨の催告をすることができる。
3. 前項の催告をした時事業者は、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅支援事業者又は地域包括支援センターと協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとする。
4. 事業者は、前項に定める協議等の努力を行い、かつ第2項に定める期間が満了した場合には、文書によりこの契約を解除することができる。

#### 第6条（利用者の解約権）

利用者は、事業者に対しいつでも1か月の予告期間をもって、この契約を解除することができる。

#### 第7条（事業者の解除権）

1. 事業者は、利用者の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解除することができる。この場合、事業者は、あらかじめ居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅支援事業者又は地域包括支援センターにその旨を連絡する。
2. 利用者が事業者の通常の事業の実施地域外に転居し、事業所においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる時。

#### 第8条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとする。

- 一 第2条の規定により事前に更新の合意がなされないまま契約の有効期間が満了したとき
- 二 第5条の規定により事業者から解除の意思表示がなされたとき
- 三 第6条の規定により利用者から解約の意思表示がなされ、かつ予告期間が満了したとき
- 四 第7条の規定により事業者から契約解除の意思表示がなされたとき
- 五 次の理由により、利用者にサービスを提供できなくなったとき
  - (一) 利用者が介護保険施設等に入所したとき
  - (二) 利用者が介護保険制度の認定を受けられなかったとき
  - (三) 利用者が死亡したとき

#### 第9条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償する。ただし、利用者の故意又は重過失に起因する場合には、この限りではない。

#### 第10条（秘密保持）

1. 事業者は、業務上知りえた利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らしてはならない。
2. あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとする。

3. 従業者であった者に業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

第 11 条（苦情対応）

1. 利用者は、提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、地域包括支援センター、市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る。
2. 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立てまたは相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応する。
3. 事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取り扱いをしてはならない。

第 12 条（契約外条項等）

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定める。

以上の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、1 通ずつ保有するものとする。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

(家族代表)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 利用者との関係 \_\_\_\_\_ 印

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

(代筆者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 利用者との関係 \_\_\_\_\_ 印

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

(事業者) 所在地 広島県東広島市八本松東二丁目 17 番 25 号

事業者名 株式会社 わんぷら デイサービス 笑脳

代表者名 鈴木 一成 印

電話番号 TEL) 082-426-6678 FAX) 082-426-6680

## 重要事項説明書

### 1 事業所の概要

事業所名	デイサービス笑脳
所在地	東広島市八本松東二丁目 17 番 25 号
提供可能サービス	地域密着型通所介護、第一号通所事業
介護保険事業所番号	3492500354
管理者	橋本 修
連絡先	TEL) 082-426-6678 FAX) 082-426-6680
サービス提供地域	八本松町、西条町、志和町、高屋町一部（造賀、稲木、杵原）
指定年月日	平成 31 年 4 月 1 日

### 2 事業所の職員体制等

区分	員数	勤務形態・兼務	従事するサービスの種類、業務
管理者	1 名	生活相談員、介護職員と兼務	事業所の従業者及び業務の一元的管理
生活相談員	5 名	常勤 2 名 非常勤 3 名 うち管理者と介護職員兼務 1 名、介護職員と兼務 4 名	適切なサービスが提供されるよう通所介護計画の管理をすると共に、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、他のサービス機関等との連携を図る
介護職員	9 名	常勤 3 名、非常勤 6 名 うち管理者と生活相談員兼務 1 名、生活相談員と兼務 4 名	利用者に対し必要な介護及び支援を行う
機能訓練指導員	1 名	非常勤 1 名	利用者に対し必要な機能訓練や指導を行う

### 3 営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土・日
営業時間	8:00～21:30 (火・水) 8:00～17:30
サービス提供時間	9:00～21:10 (火・水) 9:00～16:40
定員	10 名

(注) 5/3 から 5/5、8/13 から 8/16、12/30 から 1/3 は休業日扱いとなります。

### 4 サービスの内容

- 通所介護サービスは、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴及び食事の提供（これらを伴う介護を含む）、自宅への送迎、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- サービス提供にあたっては、介護支援専門員等の「居宅サービス計画書」又は「介護予防サービス計画」に基づいた「地域密着型通所介護計画書」又は「第一号通所介護計画書」を作成交付し、これに沿って計画的に提供します。
- 「地域密着型通所介護計画書」又は「第一号通所介護計画書」の作成や実施及び変更については、利用者やその家族との合意を得てこれを行うこととし、相互の連携を継続的に図ります。

### 5 サービス利用料及び利用者負担

#### ① 地域密着型通所介護給付（単位）※要介護（1 回につき）

② 区分	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満
要介護 1	416	436	657
要介護 2	478	501	776
要介護 3	540	566	896
要介護 4	600	629	1,013
要介護 5	663	695	1,134

区分	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
要介護 1	678	753	783
要介護 2	801	890	925
要介護 3	925	1,032	1,072
要介護 4	1,049	1,172	1,220
要介護 5	1,172	1,312	1,365

区分	9 時間以上 10 時間未満	10 時間以上 11 時間未満	11 時間以上 12 時間未満
要介護 1	880	930	980
要介護 2	1,022	1,072	1,122
要介護 3	1,168	1,218	1,268
要介護 4	1,316	1,366	1,416
要介護 5	1,460	1,510	1,560

区分	12 時間以上 13 時間未満
要介護 1	1,030
要介護 2	1,172
要介護 3	1,318
要介護 4	1,466
要介護 5	1,610

加算（単位）

入浴介助加算(Ⅰ)	40／回
科学的介護推進体制加算	40／月
処遇改善加算Ⅱ	算定単位数の 1000 分の 90
ベースアップ等支援加算	算定単位数の 1.1%

注 1) 1 単位は 10.14 円です

注 2) 入浴介助加算については、ご利用者様の選択、同意に基づいて実施いたします。

注 3) 指定地域密着通所介護等を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定地域密着通所介護等が法定代理受領サービスであるときは、その 1 割、2 割ないしは 3 割の額とします。

③ 第一号通所事業給付（単位）※要支援（月単位）

要支援 1	1,798	要支援 2	3,621
-------	-------	-------	-------

注 1) 1 単位は 10.14 円です

注 2) 第一号通所事業等を提供した場合の利用料の額は、東広島市が定める基準によるものとし、その 1 割、2 割ないしは 3 割の額とします。

④ 介護保険外

食費（1 回あたり）	昼食・夕食 594 円（641 円）
------------	--------------------

おむつ代	紙パンツ	125 円 (138 円)	パッド	54 円 (60 円)
------	------	---------------	-----	-------------

教養娯楽費	実費
-------	----

注) おむつ代は一枚の単価です。

⑤ その他

- ア 交通費は通常の事業の実地地域を超えた所から片道分 1k mごとに 15 円とします。
- イ 自己負担金は口座からの引き落とし (月 1 回指定された口座から定められた日に引き落としさせていただきます。この場合、手数料は当方負担となります) によりお支払いいただきますようお願いいたします。

※ サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合には、全額自己負担となります。

6 キャンセル

1. 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、サービス利用日の前日の 17 時までにご連絡下さい。連絡がない場合は、食費相当分をキャンセル料としていただきます。  
(連絡先)「デイサービス笑脳」 (電話): 082-426-6678

2. 利用者は、1 か月以上の予告期間があれば、契約全体を解約することもできます (契約書第 6 条)。なお、この場合のキャンセル料は必要ありません。

7 弊社のサービスの方針

1. 利用者が主体となり、継続して通いたいと考えていただけるようなサービスを提供します。
2. 当事業所は、市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、一体的・総合的なサービスの提供に努めます。
3. 個人情報厳守いたします。他機関に提供を要する場合には、事前に利用者からの同意を得て行います。
4. 利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応できるよう努めます。
5. 利用者同士での金品のやり取り・貸し借りはご遠慮下さい。また弊社職員に対する贈り物もご遠慮させていただきます。

8 事故発生時の対策

事故発生時の対応	<p>① 利用者に転倒、その他の誘因による負傷事故あるいは生命に危険を及ぼすような事態が発生した場合、従業者は迅速に協力医療機関 (主治医等) に通報し、救急処置、救急搬送等の適切な措置を講ずる。</p> <p>② 利用者の徘徊による行方不明の事態が発生した場合、察知した従業者は、管理者及び他の従業者あるいは他の関係機関と協同し、迅速に捜査活動を行う等の必要な措置を講ずる。</p> <p>③ 管理者は、これらの措置の指揮をとると共に、事故の状況について家族や保険者及び居宅介護支援事業者や地域包括支援センターに対し連絡や報告を行う。</p> <p>④ 従業者は、これら事故の状況及び事故に際して取った措置等を記録する。</p>
事後の対応	<p>管理者は、従業者と事故の発生原因等を究明し、今後の防止策を検討する。また、利用者及び家族と損害賠償等の協議について、誠意をも</p>

	って対処する。
--	---------

## 9 非常災害時の対策

非常時の対応	万が一非常災害が発生した場合、従業者は迅速に利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は避難等の指揮をとる。
平常時の訓練等	非常災害に備え消防計画等の防災計画に基づき、年2回以上、定期的な避難・救出訓練を行う。

## 10 相談窓口、苦情対応

### ① 相談・苦情に関する対応窓口の設置

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

電話番号	082-426-6678
FAX番号	082-426-6680
生活相談員	鈴木 一成（生活相談員：常勤）
対応時間	9：00～21：10（火曜・水曜は9：00～16：40）

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

東広島市介護保険課	利用時間：平日 午前8時30分～午後5時15分 利用方法：TEL 082-420-0937 FAX 082-422-6851
東広島市地域包括ケア推進課	利用時間：平日 午前8時30分～午後5時15分 利用方法：TEL 082-420-0984 FAX 082-426-3117
広島県国民健康保険団体連合会	利用時間：平日 午前8時30分～午後5時15分 利用方法：TEL 082-554-0783 FAX 082-511-9126

### ② 苦情処理を円滑かつ迅速に行うための処理体制及び手順

苦情者に対し、電話や自宅訪問により、苦情の内容についての状況把握に努め、以下に示すような手順を追って必要な対応策を講じます。

#### 1. 状況調査及び原因の究明

処理担当者は、管理者と共に利用者や苦情に直接関与する職員の双方から事情を聴取し、その原因の究明にあたります。

#### 2. 具体的対応策の提示及び協議

利用者と当事業所との間の責任の有無も考慮しながら、双方にとって最善の方法による解決策を図るため、具体的な対応策を利用者に対し説明、協議し、円満かつ誠意をもって善処します。なお、必要に応じて担当の地域包括支援センター職員や介護支援専門員の同席及び必要な調整も求めるものとします。

#### 3. 再発防止の検討

これら苦情の事例について、その一連の流れを記録し、類似の再発を防止すべく事業所内の徹底を図ります。

### ③ 利用者の虐待の防止のための措置

1. 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

(1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

(2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

(3) その他虐待防止のために必要な措置

2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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、これを市町村に通報するものとします。

1 1 当社の概要

名称・法人種別	株式会社 わんぷら
代表者名	鈴木 一成
本社所在地	東広島市八本松東二丁目 17 番 25 号
電話番号	TEL) 082-426-6678 FAX)082-426-6680
業務の概要	地域密着型通所介護、第一号通所事業

【説明確認欄】

通所介護サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 広島県東広島市八本松東二丁目 17 番 25 号

事業者名 株式会社わんぷら デイサービス笑脳

代表者名 鈴木 一成 印

説明者 \_\_\_\_\_ 印  
(生活相談員)

通所介護サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、同意します。

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(家族代表)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との関係 \_\_\_\_\_

(代筆者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との関係 \_\_\_\_\_



## 個人情報使用同意書（通所介護事業者用）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的及び場合

ア 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に基づいて指定居宅サービス等を円滑に実施するため、サービス担当者会議等において必要な場合に使用する。

イ 利用者や第三者の生命、身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合に使用する。

#### 2 使用にあたっての条件

ア 個人情報の提供は1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。

イ 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと。

#### 3 個人情報の内容

ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況など、事業者が地域密着型通所介護サービス又は第一号通所事業を行うために必要な利用者及びその家族個人に関する情報

イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別される又は識別されうる情報

ウ 料金引き落としのための金融機関口座情報

#### 4 使用する期間

デイサービス笑脳と私（又は代理人）の間に交わされた地域密着型通所介護サービス契約書又は第一号通所事業契約書に定められた期間に限るものとし、利用契約が解消された後は、私（利用者）及び家族に関する個人情報の使用は認めない。

#### 《利用者ご本人の映像・写真について》

事業所が制作する広報誌、パンフレット、ホームページへの掲載を目的として、

デイサービス笑脳で撮影された

（同意する項目にチェックします）

全ての画像（個人写真を含む）

本人が大写しでない画像（集合写真等、写真を使用する場合には本人が特定されない様に配慮いたします）  
を使用することに同意します。

※上記同意の場合は契約終了後も掲載を継続する場合がございます。

以上

令和          年          月          日

(利用者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(利用者家族) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (利用者との関係) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(代筆者) \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (利用者との関係) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_