

介護予防・日常生活支援総合事業
通所型サービス 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

令和6年7月1日現在

この通所介護重要事項説明書は、お客様が通所介護サービスを受けられるに際しお客様やそのご家族に対し、当社の事業運営規定の概要や通所介護従業者などの勤務体制等、お客様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1. サービス提供事業所

事業所名	デイサービスセンターあったか
所在地	安芸市庄之芝町3-3
電話番号	0887-34-8720
介護保険指定業者番号	3970300103
サービスを提供する地域	安芸市

※上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

2. 当社の概要

(1) 法人名

法人名	(有) 西田順天堂東部店
本社の所在地	安芸市庄ノ芝町3-3
代表者名	栢山 知弘
代表番号	0887-34-8515
事業内容	通所介護 居宅支援事業所 訪問介護 あったかふれあいセンター

(2) 関連企業

名称	(有) 西田順天堂薬局
本社の所在地	南国市大桶1705
代表者名	西田 弘顕
代表番号	088-864-2502
事業内容	通所介護 訪問介護 居宅支援事業所 介護タクシー 福祉用具貸与 介護住宅改修 調剤事務 医薬品・化粧品・介護用品の販売

(3) 当事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤
管理者	1名(専属 名、兼務 1名)	名
生活相談員	2名(専属 名、兼務 2名)	名
サービス従業者	看護師	2名(専属 名、兼務 2名)
	機能訓練指導員	2名(専属 名、兼務 2名)
	介護員	9名(専属 5名、兼務 4名)

(4) 当事業所の営業日

営業日	下記の休業日を除く、月曜日から日曜日
営業時間	午前8時00分～午後5時30分
休業日	12月30日～1月3日
緊急連絡先	0887-34-8720

(5) 従業者の業務内容

職種	業務内容
管理者	サービス提供責任者などの従業者の管理、また、指定介護予防通所介護のご利用申込みにかかる調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。当事業所の従業者に厚生省令で定められた指定介護予防通所介護の人員基準および運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮命令を行います。
生活相談員	サービス提供者は、お客様の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、指定介護予防通所介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した介護予防通所介護計画を作成し、お客様にその内容を説明いたします。また、指定介護予防通所介護のご利用申込みに係る調整、サービス従業者に対する技術指導などサービスの内容の管理を行います。
サービス従業者	介護予防・日常生活支援総合事業の実施を行います。

3. サービス内容

「介護予防・日常生活支援総合事業」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、その施設において、入浴および食事の提供（これらに伴う介護も含む）、生活などに関する相談・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、ならびに機能訓練を行うサービスです。

4. 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は、全額自己負担となります。

『料金表』

要支援 1	1回あたり	4,360円
	1ヶ月あたり	17,980円
要支援 2	1回あたり	4,470円
	1ヶ月あたり	36,210円

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数に9.0%を乗じた単位数となります。

その他

- ① 交通費 サービス提供地域にお住まいの方は無料です。
（それ以外の地域の方は、交通費（実費）が必要な場合があります。）
- ② 食材料費 1食あたり 650円（おやつ込み）

5. 支払方法

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願い申し上げます。

- ①自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）
- ②現金月まとめの翌月払い

6. キャンセル

利用者がサービスの利用をお休みする場合は、すみやかに次の連絡先までにご連絡下さい。

連絡先（電話）	0887-34-8720
---------	--------------

7. サービスの利用方法

(1) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。利用者の病変、急な入院などやむをえない理由がある場合は、1週間内の文書による通知でサービスを終了させることができます。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむをえない事情により、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、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた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や介護保険の被保険者資格を喪失された場合

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、お客様や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、または当社が破産した場合、お客様は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の支払いを2ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難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サービスを終了させていただく場合がございます。
- ・地震、噴火等の火災、その他事業者の責に帰すべからず事由によりサービスの実施が出来なくなった場合には、事業者はお客様に対してサービスを終了させていただく場合がございます。

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中にお客様の容体の変化などがあった場合は、事前に打ち合わせに従って、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。

(事故発生時の対応)

- ① 介護予防通所介護事業所は、利用者に対する介護予防通所介護の提供により事故発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ② 介護予防通所介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して行った処置について記録しなければならない。
- ③ 介護予防通所介護事業者は、利用者に対する介護予防通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

9. 相談・要望・苦情等の窓口

①サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	0887-34-8720
	FAX番号	0887-34-8721
	担当者	相談員（管理者） 山下 佐智子
	対応時間	午前8時00分～午後5時30分

②公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

安芸市の場合 安芸市役所 介護保険係	所在地	安芸市矢の丸1-4-40
	電話番号	0887-35-1003
	FAX番号	0887-35-4445
	対応時間	(平日) 午前8時30分～午後5時00分

高知県国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410 088-820-8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	(平日) 午前8時30分～午後5時00分

10. 送迎に関する説明

安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、今一度ご利用者様・ご家族様の皆様に当事業所の運営規定を理解して頂き、ご協力いただきますよう、宜しくお願いいたします。

- 1) 原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りを致します。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族様と話し合いを行い、当事業所で提供出来る範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
- 2) 季節により、暑かったり寒かったりと身体に及ぼす影響は様々です。自宅の中でお待ち頂きます。
- 3) お迎えの時間はその日の出欠や、ご利用者様の準備の状況・新規の利用者様の増員等により時間は前後します。出来る限りご希望に添えるよう対応いたしますが送迎時間の固定は出来ませんので普段より15分程度の遅れ等はご了承下さい。
- 4) 乗車中はシートベルトを必ず着用して下さい。
- 5) 送迎職員到着後、体調不良等を除き準備が出来ていない場合は、他の利用者様をお待たせすることになる為長時間待つことはできませんので時間を遅らせ再度のお迎えになります。その点をご理解くださりご本人・ご家族様のご協力をお願い致します。
- 6) 身体状況等により介助の為の人員配置等も対応いたします。

『説明確認欄』

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所 所在地 安芸市庄之芝町3-3

事業所名 デイサービスセンター あったか 印

説明者 印

私は、本書面により事業者から介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

(代筆) 住所

氏名 印

介護予防・日常生活支援総合事業
通所型サービス契約書

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス契約書

_____（以下「利用者」といいます。デイサービスセンターあったか（以下「事業所」といいます）は、事業者が利用者に対して行う通所介護サービスについて、次の通り契約を締結します。

第1条（契約の目的）

事業者は、介護保険法令に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営む事ができるよう、介護予防通所介護のサービスを提供します。

第2条（事業者の重要事項説明義務）

事業者は、この契約締結に際し、予め利用者または家族に対し、事業運営規定の概要、介護従事者などの勤務体制等、利用者申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載した「重要事項説明書」を交付して、これらの事項を説明します。

第3条（サービスの種類及び内容）

1. 事業者は、介護予防通所介護サービスを利用者に提供します。
2. サービスの内容は、契約書別紙に定めたとおりです。
3. 提供するサービスの種類または内容を変更する場合には、本契約書付属の『契約変更・更新合意書』に必要事項を記載し、記名押印のうえで変更内容に係る契約書別紙を追加して添付します。

第4条（契約期間）

この契約の契約期間は令和 年 月 日から利用終了時までとします。

第5条（種別サービス）

1. 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて利用者の「介護予防通所介護計画（ケアプラン）」に沿って必要となるサービス種類ごとのサービス計画（種別サービス計画）を作成し、利用者及びその家族に説明のうえ提出します。
2. 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、その変更が「介護予防通所介護サービス計画（ケアプラン）」の範囲内で可能な時は、速やかに「種別サービス計画」の変更を行い利用者及びその家族に説明するものとします。

第6条（サービス提供の記録）

1. 事業者は、サービスの実施ごとにサービスの実施報告書を作成し、利用者またはその家族の確認を受けた後、同報告書の控えを利用者に交付します。
2. 事業者は、前項の「サービス実施報告書」をサービスの提供に関する記録として整備しこの契約終了後3年間保管します。
3. 利用者は、事業者が保管するサービス実施報告書を閲覧する事ができ、また、実費負担によりその写しの交付を求める事ができます。

第7条（サービスのキャンセル）

1. 利用者は、事業所に対し契約書別紙に定めるところにより、サービスの利用をキャンセルする事ができます。
2. 事業者は、利用者に対し契約書別紙に定めるところにより、利用者に対し料金の全額又は一部をキャンセル料として請求する事ができます。

第8条（利用者の解約権）

1. 利用者は、事業者に対し1週間の予告期間をもって文書で通知する事によりこの契約を解約する事ができます。但し、利用者の病変、急な入院等やむを得ない理由がある場合は、1週間以内の通知でも解約できます。
2. 利用者は、事業者の不法行為、守秘義務の違反、正当な理由のないサービスの提供拒否、事業者の破産の場合は直ちにこの契約を解約する事ができます。

第9条（事業者の解約権）

1. 利用者が料金を2ヶ月以上滞納し料金の支払いの催告にもかかわらず、1ヶ月以内に支払われない場合、文書で通知する事によりこの契約を直ちに解約できます。
2. 事業者は、利用者又はその家族等の著しい不信行為により契約の継続が困難となった場合は、文書によりこの契約を直ちに解約する事ができます。この場合、事業者は利用者の心身の状況やその置かれている状況を踏まえ、介護支援専門員や市町村への連絡を行います。
3. 事業者は、やむを得ない事情がある場合は、1ヶ月の予告期間をもって理由を示した文書で通知する事によりこの契約を解約する事ができます。この場合、事業者は利用者の心身の状況やその置かれている状況を介護支援専門員や市町村等への連絡を行います。

第10条（天災等不可抗力）

1. 契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他事業所の責に帰すべからず事由によりサービスの実施が出来なくなった場合には、事業者は利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。
2. 前項の場合に、利用者は既に実施したサービスについては所定の利用料金を事業者に支払うものとします。

第11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します。

1. 第8条に基づき、利用者から契約の意思表示がなされ予告期間が満了したとき
2. 第9条に基づき、事業者から契約の意思表示がなされたとき
3. 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や医療施設に入所又は入院した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が自立と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡したとき

第12条（損害賠償）

1. 事業者は、サービス提供にあたって利用者及びその家族の生命・身体・財産等に損害を与えた場合にはその損害を賠償します。但し、事業者自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。
2. 前項の損害賠償義務の履行を確保する為、事業者は、損害賠償責任保険に加入します。
3. 利用者又はその家族等が事業者のサービス従業員に対し生命・身体・財産等に損害を与えた場合には、その損害賠償の請求をされる事があります。

第13条（秘密保持）

1. 事業者及び事業者のサービス従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者、第三者又は事業者のサービス従業者の生命・身体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、第三者に漏らしません。
2. 事業者は、予め文書により利用者及びその家族の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず同意書に示されている条件の下で情報提供をする事ができます。

介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス契約書

契約書 別紙 介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス

契約書別紙

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス

1. サービス内容

(1) 「介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、その施設において入浴及び食事の提供（これらに伴う介護も含む）、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、ならびに機能訓練を行うサービスです。

(2) 事業者は、次の施設により通所介護サービスを提供します。

ご利用施設	所在地	安芸市庄之芝町3-3
	名称	デイサービスセンター あったか
	電話	0887-34-8720
	FAX	0887-34-8721
	利用可能設備等	食堂兼機能訓練室・浴室・静養室・相談室

2. サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名 山下 佐智子
連絡先（電話） 0887-34-8720

3. 利用料金

利用料金の単価は、次の通りです。

サービス内容	利用者負担分（介護保険適用）
要支援1	利用1回につき 436円
	利用1ヶ月につき、1,798円
要介護2	利用1回につき 447円
	利用1ヶ月につき、3,621円
	利用者負担分（介護保険適用外）
介護職員処遇改善加算（I）	所定単位数に9.0%を乗じた単位数
食材料費（おやつ込み）	650円

介護保険適用の場合でも、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は基本料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。後日、当該市町村窓口へ提出し、払い戻しを受けて下さい。

4. 利用の中止

利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに次の連絡先（または前記のサービス提供責任者）までご連絡下さい。

連絡先（電話） 0887-34-8720

5. 緊急時の対応方法

サービス提供中にお客様の容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従って、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡致します。

利用者の主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	
	電話番号	
ご家族	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
その他の緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	

契約変更合意書

【 第 回 変更 】

本件契約の内容を次のとおり変更します。

変更の内容	
-------	--

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

(代筆) 住 所
氏 名 印

(事業者) 所在地 安芸市庄之芝町3-3
事業者名 デイサービスセンター あったか

【 第 回 変更 】

本件契約の内容を次のとおり変更します。

変更の内容	
-------	--

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

(代筆) 住 所
氏 名 印

(事業者) 所在地 安芸市庄之芝町3-3
事業者名 デイサービスセンター あったか

個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用される事に同意します。

記

1. 使用する目的

私の為の居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供する為に実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合

2. 使用する期間

令和 年 月 日からサービス終了日まで

3. 条件

個人情報の提供は必要最小限とし提供に当たっては関係者以外の者に漏れる事のないよう細心の注意を払う事。

令和 年 月 日

デイサービスセンター あったか 様

利用者 住 所

氏 名

印

(ご家族様) 住 所

氏 名

印

※なお、この同意書によって居宅サービス計画に位置付けられたサービス事業者が、上記1から3に記載するところにより、私（及び私の家族）の個人情報を使用しても構いません。