

# 指定通所介護等重要事項説明書

(社福) 仁淀川町社会福祉協議会

デイサービスセンター池川

高知県吾川郡仁淀川町土居甲921-1

# 重要事項説明書

通所介護等サービス提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 事業者（法人）の概要

事業者名称	社会福祉法人 仁淀川町社会福祉協議会
法人所在地	高知県吾川郡仁淀川町大崎 2 6 4 - 8
電話番号	0 8 8 9 - 3 5 - 0 2 0 7
代表者氏名	会 長 中 越 八 束
設立年月日	平成 1 9 年 4 月 1 日

## 2. ご利用事業所の概要

### (1) 事業所の所在地等

事業所の名称	デイサービスセンター 池川
介護保険指定 事業者番号	指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所・第1号通所事業所 高知県 第 3 9 7 2 4 0 0 6 8 7 号
開設年月日	平成 1 7 年 8 月 1 日
事業所所在地	高知県吾川郡仁淀川町土居甲 9 2 1 - 1
電話番号等	T E L 0 8 8 9 - 3 4 - 2 0 6 9 F A X 0 8 8 9 - 3 4 - 3 5 3 5
管 理 者	中 川 か お り
事業所の通常の 事業の実施地域	仁淀川町の旧池川町地域と旧吾川村（旧大崎小学校区の一部） の区域
利 用 定 員	3 4 名

### (2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	通所介護・介護予防通所介護及び第1号通所事業は、介護保険法令に従い、利用者が居宅において、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。特に介護予防通所介護及び第1号通所事業は、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービスを提供します。
運 営 方 針	通所介護・介護予防通所介護及び第1号通所事業の事業は、それぞれ利用者が要介護・要支援状態等になった場合においても、その可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活が継続できるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るための援助を行います。 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
受付時間	月曜日～金曜日 8時30分～17時15分
サービス提供時間帯	月曜日～金曜日 9時30分～17時00分
休業日	土、日及び年末年始(12月30日～1月3日)

(4) 職員の体制

職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者	1		事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
生活相談員	1名以上		利用の申し込みに係る調整、利用者の生活相談、面接、身上調査等を行います。
看護職員	1名以上		利用者の看護や健康相談等を行います。
介護職員	1名以上	1名以上	利用者の介護等を行います。
機能訓練指導員	1名以上		心身の機能の減退を防止するための訓練を行います。

3. 提供するサービス内容

サービス区分と種類	サービスの内容
通所介護計画の作成	・利用者に係る居宅介護支援事業者や包括支援センターが作成した居宅サービス計画(ケアプラン)又は介護予防サービス・支援計画に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護・介護予防通所介護及び第1号通所事業の通所介護計画を作成します。
入浴	・入浴又は清拭を行います
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
給食	・栄養と利用者の身体の状況に配慮した食事を提供します。
相談・援助等の生活指導 レクリエーション	・利用者とその家族からのご相談に応じ、指導、援助を行います。 ・利用者の状況により集団活動に参加していただき、必要な援助を行います。
個別機能訓練	・機能訓練指導員による利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康チェック	・看護職員が血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
送迎	・自宅から施設までの送迎を行います

#### 4. 利用料

サービスを利用した場合にお支払いただく「利用者負担金」は原則として利用料金の1割(一定以上の所得のある方は2割、現役並みの所得のある方は3割)の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所介護の利用料

##### 【基本部分：通所介護費（通常規模型）】

利用時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通 所 介 護 費			
		基本利用料 ※(注1)参照	利 用 者 負 担 金		
			(自己負1割) ※(注2)参照	(自己負2割) ※(注2)参照	(自己負3割) ※(注2)参照
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,700円	370円	740円	1,110円
	要介護2	4,230円	423円	846円	1,269円
	要介護3	4,790円	479円	958円	1,437円
	要介護4	5,330円	533円	1,066円	1,599円
	要介護5	5,880円	588円	1,176円	1,764円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,880円	388円	776円	1,164円
	要介護2	4,440円	444円	888円	1,332円
	要介護3	5,020円	502円	1,004円	1,506円
	要介護4	5,600円	560円	1,120円	1,680円
	要介護5	6,170円	617円	1,234円	1,851円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,700円	570円	1,140円	1,710円
	要介護2	6,730円	673円	1,346円	2,019円
	要介護3	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護4	8,800円	880円	1,760円	2,640円
	要介護5	9,840円	984円	1,968円	2,952円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,840円	584円	1,168円	1,752円
	要介護2	6,890円	689円	1,378円	2,067円
	要介護3	7,960円	796円	1,592円	2,388円
	要介護4	9,010円	901円	1,802円	2,703円
	要介護5	10,080円	1,008円	2,016円	3,024円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
	要介護2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービス利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加 算 額			
		基本利用料	利用者負担金		
			自己負担 1割	自己負担 2割	自己負担 3割
入浴介助加算(Ⅰ)	利用者の入浴介助を行った場合(1日)	400円	40円	80円	120円
入浴介助加算(Ⅱ)		550円	55円	110円	165円
中重度者ケア体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し指定通所介護を行った場合(1日)	450円	45円	90円	135円
個別機能訓練加算Ⅰイ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合(1日)	560円	56円	112円	168円
個別機能訓練加算Ⅰロ	※それぞれの要件を満たした上で、機能訓練を行った場合、加算Ⅰイと加算Ⅰロのどちらかを算定する。	760円	76円	152円	228円
認知症加算	当該加算の体制・人材要件を満たし、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者に対して指定通所介護を行った場合(1日)	600円	60円	120円	180円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合(1日) ※ただし、認知症加算を算定している場合は、算定しない	600円	60円	120円	180円
口腔機能向上加算	利用者へ口腔清掃指導や、摂食・嚥下機能訓	1,500円	150円	300円	450円

	練等の口腔機能向上サービスを行った場合 (1回につき)月2回まで				
口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	職員が口腔や栄養状態を確認し、必要に応じてケアマネジャーに情報提供する場合に、(Ⅰ)または(Ⅱ)のいずれかを算定する。(6月に1回)	200円	20円	40円	60円
口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		50円	5円	10円	15円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 ※(注3)(1回につき)	220円	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算Ⅱ		180円	18円	36円	54円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※(注3)	基本単位に各種加算減算を加えた単位数に9.2%を乗じて算定	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本利用料	利用者負担金		
			自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合(片道につき)	470円	47円	94円	141円

(2) 介護予防通所介護及び第1号通所事業の利用料

【基本部分：介護予防通所介護及び第1号通所事業】

利用者の 要介護度	介護予防通所介護・第1号通所事業費（1月につき）			
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金		
		（自己負担1割）	（自己負担2割）	（自己負担3割）
事業対象者 要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

（注1）上記の基本利用料は、仁淀川町で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額				
		基本利用料	利用者負担金			
			自己負担 1割	自己負担 2割	自己負担 3割	
生活機能向上 グループ活動加算	利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合 （1月につき） ※但し、運動機能向上加算・口腔機能加算のいずれかを算定している場合は算定しない	1,000円	100円	200円	300円	
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合（1月につき）	2,400円	240円	480円	720円	
口腔機能向上加算	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合（1月につき）	1,500円	150円	300円	450円	
口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	職員が口腔や栄養状態を確認し、必要に応じてケアマネジャーに情報提供する場合に、	200円	20円	40円	60円	
口腔栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	（Ⅰ）または（Ⅱ）のいずれかを算定する。 （6月に1回）	50円	5円	10円	15円	
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 ※（注2） （1月につき）	要支援1	880円	88円	176円	264円
		要支援2	1,760円	176円	352円	528円

選択的サービス 複数実施加算 1	利用者へ選択的サービスのうち複数のサービスを行った場合 (1月のうち) ※ただし、運動器機能向上加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	4,800円	480円	960円	1440円
介護職員等 処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場合 ※(注2)	基本単位に各種加算減算を加えた単位数に9.2%を乗じて算定	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

(注2) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます

【減算】

減算の種類	減算の要件	減 算 額			
		基本利用料	利用者負担金		
			自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合(片道につき)	470円	47円	94円	141円

(3) 介護保険の対象とならないサービス

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを提供した場合延長料金をいただきます。
食費	食事の提供をする場合、1食につき650円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供をする場合、その実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品等)について、費用の実費をいただきます。

☆ 利用者がまだ要介護・要支援認定等を受けていない場合には、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

#### (4) 交通費

利用者の居宅が、仁淀川町以外の市町村の場合、運営規程の定めに基づき、仁淀川町を越えた地点からお宅までの距離に応じ、交通費として1kmあたり20円とし、往復距離分の実費をご負担いただきます。なお仁淀川町より30km以内の範囲とさせていただきます。

#### (5) 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月の15日頃に請求書をお届けします。お支払いは、その月の25日に指定の口座から自動引き落としとさせていただきます。自動引き落としができない場合は、下記の事業者が指定する口座へその月の月末までに金融機関からお振り込みください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後翌月の請求時にお届けします。

支払方法	支払要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日に（祝休日の場合は直後の平日）利用者が指定する口座より引き落とします。 ※ご利用できる金融機関 高知県農協各支所、郵便局、高知銀行、高知信用金庫
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日までに（祝休日の場合は直後の平日）事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 高知県農協 吾川支所 普通預金 口座No.0001891 名義 <small>しゃかいふくしほうじん</small> 社会福祉法人 <small>によどがわちやうしゃかいふくしきやうぎかい</small> 仁淀川町社会福祉協議会

### 5. サービスの利用にあたって

- (1) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (2) 体調や容体の急変等によりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (3) 事業所内の居室や設備・器具は、本来の用法に従って利用してください。これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- (4) 所持品は自己管理を原則とします。人の多い場所ですので、多額の金額・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- (5) 必要に応じて利用当日の健康状態等を事業所に伝え、また特に感染症の疑いが少しでもあるような場合は必ず事前に事業所へ連絡ください。

### 6. 利用の中止、変更、追加

利用者は、利用期日前において、サービスの利用を中止又は変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

ただし、利用者の体調や容体の急変等、やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。また、介護予防通所介護及び第1号通所事業は、利用料が月単位の定額であるため、キャンセル料は不要とします。

(通常の営業時間外は、留守番電話で対応します。)

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

サービスの利用の変更、追加の申し出に対して、通所介護の稼働状況により利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議するものとします。

## 7. サービス実施時の留意事項

### (1) 事業者及びサービス従事者の義務

- 一 サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、生活環境の安全に配慮するものとし、利用者の体調・健康状態等の必要な事項について看護職、若しくは主治医又は予め定めた協力医療機関との連携及び利用者から聴取、確認したうえでサービスを提供します。
- 二 サービス提供時において利用者の体調や容態の急変、その他必要な場合は、速やかに主治医又は予め定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。

### (2) サービスの提供にあたって

- 一 介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。住所等に変更があった場合は速やかにお知らせください。
- 二 利用者にかかる「居宅サービス計画」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、機能訓練の目標、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「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- 三 サービス提供は、「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更することができません。

### (3) 人権擁護・虐待の防止について

- 一 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じるものとします。
  - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
  - ② 身体拘束の適正化・虐待の防止のための指針を整備し、従事員に対し定期的に研修を実施します。
  - ③ 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由、その他必要な事項を記録します。
- 二 事業所はサービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（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、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

## 8. 秘密の保持と個人情報保護

<p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>ア. 事業者は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>イ. 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービスの提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ. また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ. 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約時に結びます。</p>
<p>個人情報の保護について</p>	<p>ア. 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。</p> <p>また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>イ. 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ. 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写等が必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

## 9. 身元引受人

- (1) 契約締結にあたり、家族等の身元引受人を立てていただくようお願いします。
- (2) 身元引受人は、これまでのご利用者の最も身近にして、そのお世話をされてきた家族や親せきになっていただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。
- (3) 身元引受人は、下記の内容に関して責任を負うことになります。
  - 一 利用者の利用料等の経済的な債務についての連帯履行義務
  - 二 利用者が疾病等により医療機関に入院、受診する場合の申し込み、費用の支払い手続き並びに送迎
  - 三 その他、利用者に関わる事項
- (4) 身元引受人が死亡した時や破産宣告を受けた場合は、新たに身元引受人を立てていただき、再契約をしていただくことになります。

## 10. 緊急時における対応方法

サービス提供時において、利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医又は協力医療機関及び利用者が予め指定する連絡先にも連絡を行う等、必要な措置を講じるものとします。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講ずるものとします。

## 11. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、市町村、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し、必要な措置を講じるとともに事故の状況及び事故に際して採った処置について記録をします。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおい損害保険株式会社
保 険 名	社会福祉施設総合保険
補償の概要	対人・対物・管理財物賠償補償等

- (2) 事業者の責に帰すべからざる事由

- 一 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- 二 利用者が、サービスの実施に当たって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- 三 利用者の急激な体調の変化等事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- 四 利用者が、事業者若しくはサービス従事者の指示、依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

## 12. 非常災害対策・業務継続計画の策定

- (1) 事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として必要な訓練を行っており、消防法上必要な設備を備えております。

(2) 事業者は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護等の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

## 13. 衛生管理等

- (1) 事業所の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。

## 14. サービス従業者の禁止行為

サービス従業者は、サービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- (1) 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療補助行為を除く。）
- (2) 利用者又はその家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類の預かり
- (3) 利用者又はその家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (4) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
- (5) 利用者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## 15. 心身の状況の把握

サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じ

て、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

#### 16. 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) サービスの提供に当たり、居宅介護支援事業者及び包括支援センター、保健医療サービス又は福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービスの提供の開始に際し、この重要事項説明書に基づき作成する「通所介護計画等」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

#### 17. サービス提供の記録

- (1) サービスの実施ごとにサービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- (2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

#### 18. サービスの終了

次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- (1) 要介護認定により心身の状況が自立と判定された場合
- (2) 利用者が介護保険施設に入所した場合
- (3) 利用者から契約解除の申出があった場合
- (4) 利用者及び身元引受人によるサービス利用料の支払いが3か月以上遅延し、その支払いを催告したにもかかわらずこれが支払われない場合
- (5) 利用者が亡くなられた場合
- (6) 事業者から契約解除の申し出を行った場合
- (7) 事業者が解散した場合又は止むを得ない事由により当事業所を閉鎖した場合
- (8) 事業所の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- (9) 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

#### 19. サービス提供に関する相談、苦情窓口

- (1) 当事業所のサービスについて、不明な点や疑問、苦情については下記の利用相談窓口担当者が対応します。

相談担当者	連絡先	対応時間
管理者 中川かおり 相談員 川上 勇	0889-34-2069	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分

- (2) 公共機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

仁淀川町役場 医療保険課	所在地	仁淀川町大崎200
	電話番号	0889-35-1018
	FAX番号	0889-35-0228
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分

仁淀川町役場 池川総合支所 地域課	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	仁淀川町土居甲916-3 0889-34-2112 0889-34-3796 午前8時30分～午後5時15分
仁淀総合支所 地域課	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	仁淀川町森2552-1 0889-32-1132 0889-35-1100 午前8時30分～午後5時15分
高知県社会福祉協議会 運営適正委員会	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	高知市朝倉戊375-1 088-802-2611 088-844-9443 午前9時～午後4時
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間	高知市丸ノ内2-6-5 088-820-8410 088-820-8413 午前9時～12時 午後1時～4時

(3) 提供するサービスの第三者評価の実施について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	無
実施した評価機関の名称	無
評価結果の開示状況	無

## 【重要事項説明確認欄】

令和 年 月 日

私は指定通所介護、指定介護予防通所介護及び第1号通所事業の契約締結に際し、利用者及び身元引受人に重要事項の説明を行いました。

事業所 所在地 高知県吾川郡仁淀川町土居甲 921-1  
事業所名 デイサービスセンター池川  
説明者氏名 ⑩

私は、本書面に基づいてデイサービスセンター池川の、上記職員から重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 高知県吾川郡仁淀川町  
氏 名 ⑩

署名代筆者

利用者は、心身の状況等により署名が出来ない為、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所  
氏 名 ⑩

身元引受人（連帯保証人）

私は、重要事項につき説明を受け身元引受人の責任について理解しました。

身元引受人 住 所  
氏 名 ⑩  
利用者との続柄（ ）