

# 通所介護・介護予防日常生活支援総合事業

## [通所型サービス] 利用契約書

.....様（以下、「利用者」といいます）とラクアデイサービス関ひがし（以下、「事業者」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・介護予防日常生活支援総合事業〔通所型サービス〕（以下、「通所介護サービス」といいます）について、次のように契約します。

### 第1条（契約の目的）

事業者は利用者に対し、介護保険法その他関係法令及び、この契約書に従い、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日常生活ができるよう通所介護サービスを提供し、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います。

### 第2条（契約期間）

1. この契約の契約期間は 平成 年 月 日 から利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとします。
2. 契約満了の1週間前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動的に更新されるものとし、以後も同様とします。

### 第3条（居宅サービス計画・介護予防サービス計画変更の援助）

事業者は、利用者が居宅サービス計画または介護予防サービス計画（以下、ケアプランといっています）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員等に連絡するなど必要な援助を行います。

### 第4条（サービス内容の変更）

1. 事業者が提供する通所介護サービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険法適用の有無については、別紙重要事項説明書の通りとなります。
2. 利用者は、いつでも通所介護サービスの内容を変更するよう申し出ることができます。事業者は利用者からの申し出があった場合、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかに通所介護サービスの内容を変更します。

### 第5条（介護保険給付対象外のサービス）

1. 事業者は利用者との合意に基づき、介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービスを提供するものとします。
2. 前項のサービスについて、その利用料金は利用者が負担するものとします。
3. 事業者は第1項及び第2項に定める各種のサービスの提供について、必要に応じて利用者の家族等に対してもわかりやすく説明するものとします。

## 第6条（サービス利用料金の支払い）

1. 事業者は、利用者が支払うべき介護保険給付サービスに要した費用について、利用者が介護サービス費として市町村から給付を受ける額（以下、介護保険給付額という。）の限度において、利用者に代わって市町村から支払いを受けます。
2. 利用者は要介護度に応じて第1条に定めるサービスを受け、重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分※1）を事業者を支払うものとします。ただし、利用者が要介護認定および要介護認定の申請をする前に緊急その他やむを得ない理由でサービスの利用をされた場合（ケアプランが作成されていない場合を含む）、サービス利用料金の全額を事業者にいったん支払うものとします。（要介護認定後またはケアプラン作成後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます。）  
※1 自己負担分 = 介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合
3. 第5条に定めるサービスについては、利用者は、重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金を事業者を支払うものとします。
4. 前項の他、利用者は食材料費とおむつ代等利用者の日常生活上必要となる諸費用実費を事業者を支払うものとします。

## 第7条（利用料金の変更）

1. 第6条第1項及び第2項に定めるサービス利用料金について、介護給付費体系の変更があった場合、事業者は当該サービスの利用料金を変更することができるものとします。
2. 第6条第3項及び第4項に定めるサービス利用料金について、やむを得ない事由がある場合、事業者は利用者に対して、変更を行う日の1か月前までに説明をした上で、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、本契約を解約できます。

## 第8条（利用日の中止・変更・追加）

1. 利用者は、利用期日前において、通所介護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、利用者はサービス実施日の前日までに事業者またはケアプラン作成者に申し出るものとします。
2. 事業者は、利用者の急激な体調の変化・疾病等または安全な運営が著しく妨げられる状況が生じた場合には、その状況に応じて利用の中止・変更等をお願いすることがあります。
3. 事業者は、第1項に基づく利用者からのサービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所が満員で利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を利用者へ提示して協議するものとします。

## 第9条（利用料の滞納）

1. 利用者が、正当な理由なく事業者を支払うべき利用料の自己負担分を3ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し、1ヶ月以上の期間を定めて滞納額の全額支払いの促しをし、その期間内に支払いがされないときには、事業者は利用者に対してこの契約を解除する旨の催告をすることができます。

2. 事業者は、前項の催告をした場合には、利用者担当の介護支援専門員、利用者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解除後も利用者の健康・生命に支障のないように、必要な措置を講じます。
3. 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもってこの契約を解除することができます。

#### 第10条（守秘義務・事故対応等）

1. 事業者及び事業者の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対する通所介護サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
2. 事業者及び事業者の従業員は、別紙の『個人情報の使用に係る同意書』にある利用目的において守秘義務を遵守し、必要性がある場合のみ、各関係者に心身等の情報を提供できるものとします。
3. 事業者は、利用者の個人情報の使用に関して、別紙の『個人情報の使用に係る同意書』にて、利用者またはその家族に同意を得ることとします。
4. 事業者は、事故防止に努め、万が一利用者に病状の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治の医師・家族等に連絡する等の措置を講じ、必要に応じ保険者に報告を行うと共に再発防止に努めます。

#### 第11条（契約者の施設利用上の注意義務等）

1. 利用者は、事業所の施設、設備、敷地をその本来の用途に従って、利用するものとします。
2. 利用者は、事業所の施設、設備について、故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、又は相当の代価を支払うものとします。
3. 利用者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、利用者及びその家族等と事業者との協議により、施設、設備の利用方法等を決定するものとします。

#### 第12条（損害賠償責任）

1. 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。第10条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を汲み取り、相当と認められる時に限り、損害賠償額を減じることができるものとします。

2. 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

#### 第13条（損害賠償がなされない場合）

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

1. 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っぱら起因して損害が発生した場合

2. 利用者が、サービスの実施にあ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っぱら起因して損害が発生した場合
3. 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っぱら起因して損害が発生した場合
4. 利用者が、事業者も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っぱら起因して損害が発生した場合

#### 第14条（契約の終了）

次の各号のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

1. 利用者が死亡したとき。
2. 第15条に基づき、利用者から解約の意思表示がなされたとき。
3. 第16条に基づき、利用者から契約の解除の意思表示がなされたとき。
4. 第17条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
5. 利用者が介護保険施設へ入所した場合。
6. 利用者の要介護状態区分が、自立とされた場合。
7. 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により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、サービスの提供が不可能になった場合。
9. 事業者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。

#### 第15条（利用者の解約権）

利用者は、事業者に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。

この場合には、3日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に解約されます。

#### 第16条（利用者の解除権）

利用者は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

1. 事業者が、正当な理由なく、本契約に定める通所介護サービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合。
2. 事業者が、第10条に定める守秘義務に違反した場合。
3. 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき。

#### 第17条（事業者の解除権）

1. 事業者は、利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなしたり、他の利用者等に重大な損害（物質的・心理的等）を与えたりした場合に、事業者からの申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、この通所介護サービス利用契約の目的を達することが著しく困難となったときには、文書により、この契約を解除します。
2. 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合には、担当の介護支援専門員又は利用者が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な措置を講じます。

#### 第 18 条（精算）

第 14 条第 1 項から第九項により本契約が終了した場合において、契約者が、すでに実施されたサービスに対する利用料金支払義務及び第 11 条第 2 項（原状回復の義務）その他の条項に基づく義務を事業者に対して負担しているときは、契約終了日から 1 週間以内に精算するものとします。

#### 第 19 条（苦情処理）

1. 利用者又は利用者の家族は、提供された通所介護サービスに不満がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の苦情申立機関に、苦情を申し立てることができます。
2. 事業者は、利用者に提供した通所介護サービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
3. 利用者は、事業者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

#### 第 20 条（契約外条項）

本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。



# 通所介護・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

<平成30年4月1日現在>

### 1. ラクアデイサービス関ひがし が提供するサービスについての相談窓口

電話 0575-21-3233

担当 (管理者) 武藤 一樹

あなたに対する通所介護サービス・介護予防日常生活支援総合事業(通所型サービス)提供開始にあたり、当時業者があなたに説明すべく事項は次の通りです。

### 2. 事業者

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 法人の名称  | フロンティアーク        |
| 法人の所在地 | 岐阜県関市小瀬 1202-14 |
| 法人種別   | 株式会社            |
| 代表者氏名  | 三鴨 正貴           |

### 3. ご利用事業所

|                  |  |
|------------------|--|
| 事業所名称            | ラクアデイサービス関ひがし                          |
| 指定番号             | 2170201129                             |
| 指定年月日            | 平成24年12月1日                             |
| 事業所所在地           | 岐阜県関市平賀町 1-39                          |
| 管理者氏名            | 武藤 一樹                                  |
| サービスを提供する通常の実施地域 | 関市・岐阜市・美濃市・美濃加茂市<br>各務原市・加茂郡富加町・加茂郡坂祝町 |

### 4. 事業の目的と運営の方針等

|       |  |
|-------|--|
| 運営の目的 | 要介護状態にある利用者に対し、適正な介護サービスを提供する。   |
| 運営の方針 | 要介護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日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び、機能訓練を行なうことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 |

5. 利用定員

|         |     |
|---------|-----|
| 利 用 定 員 | 45名 |
|---------|-----|

6. 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種  | 人数 | 常勤 |    | 非常勤 |    |               |
|---------|----|----|----|-----|----|---------------|
|         |    | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |               |
| 管理者     | 1  |    | 1  |     |    | 介護福祉士・介護支援専門員 |
| 生活相談員   | 2  | 1  | 1  |     |    | 介護福祉士・ヘルパー1級  |
| 看護職員    | 3  | 1  |    | 2   |    | 准看護師          |
| 介護職員    | 11 | 4  | 1  | 6   |    | 介護福祉士・社会福祉士等  |
| 機能訓練指導員 | 2  | 2  |    |     |    | 作業療法士・理学療法士   |

7. 営業日および営業時間

|          |                           |
|----------|---------------------------|
| 営業日      | 月曜日～土曜日                   |
| 定休日      | 日曜日、年末年始<br>(12月31日～1月3日) |
| 営業時間     | 午前8時00分～午後5時00分           |
| サービス提供時間 | 午前9時00分～午後4時15分           |

8. 利用料金

1) 通所介護 利用単位表

【要介護の方の利用単位について】 大規模事業所Ⅰ

|            | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|------|------|------|------|------|
| 3時間以上4時間未満 | 350  | 401  | 453  | 504  | 556  |
| 4時間以上5時間未満 | 368  | 422  | 477  | 530  | 585  |
| 5時間以上6時間未満 | 533  | 631  | 728  | 824  | 921  |
| 6時間以上7時間未満 | 552  | 654  | 754  | 854  | 954  |
| 7時間以上8時間未満 | 617  | 729  | 844  | 960  | 1076 |

※2時間利用の場合は3時間利用の単位×70/100となります。(2時間未満の利用については料金算定を致しません)

※上記に当てはまらない利用時間の場合にも、介護保険制度上に定められた単位数となります。

|           |      |                  |                |
|-----------|------|------------------|----------------|
| 入浴加算      | 50/回 | 中重度者ケア体制加算       | 45/回           |
| 個別機能訓練加算Ⅰ | 46/回 | サービス提供体制強化加算Ⅰ(口) | 12/回           |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 56/回 | 介護職員処遇改善加算       | 当月の利用総単位数×5.9% |

※家族送迎等、施設で送迎を行わなかった場合には片道 -47単位 となります。

## 2) 介護予防日常生活支援総合事業（通所型サービス）利用単位表

【要支援または事業対象者の方の利用単位について】

|                              |          |
|------------------------------|----------|
| 要支援 1<br>(事業対象者の要支援 1 相当も含む) | ひと月 1647 |
| 要支援 2<br>(事業対象者の要支援 2 相当も含む) | ひと月 3377 |

※お住いの自治体（岐阜市・各務原市・美濃市）によっては、

要支援 1（事業対象者を含む）の方は 378 単位/1 回（ひと月 4 回までの単位）請求の上限 1647 単位

要支援 2（事業対象者を含む）の方は 389 単位/1 回（ひと月 8 回までの単位）請求の上限 3377 単位

となります。

|                      |                |                |
|----------------------|----------------|----------------|
| 運動器機能向上訓練加算          |                | ひと月 225        |
| 介護職員処遇改善加算           |                | 当月の総利用単位数×5.9% |
| サービス提供体制強化<br>加算Ⅰ（口） | 事業対象者<br>要支援 1 | ひと月 48         |
|                      | 事業対象者<br>要支援 2 | ひと月 96         |

## 3) 介護保険適用外分

### ・食材料費

1 日あたり 650 円（全額自己負担） おやつ代を含みます。

（※提供するが食べられなかった場合にも請求をさせていただきます。）

### ・通常の送迎サービス提供実施地域以外の送迎代

通常の事業の実施地域を超えた地点から、1 キロメートルあたり 500 円

### ・複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。（ただし、弊社で撮影した写真などに関しては個人情報保護の観点から、例えば本人が映っているお写真でも提供をお断りさせていただく場合があります。）

### ・おむつ代

リハビリパンツ 1 枚 150 円 紙おむつ 1 枚 100 円 パット 1 枚 50 円

※上記のほか、日常生活においても通常必要となるものに係る費用等は自己負担となります。

## 4) 自己負担額

・上記の単位数は介護保険の基本単位となります。該当する単位数に、地域区分※1に応じた単価をかけたものが利用料となり、そこから各個人の『介護保険負担割合証』※2に記載された負担割合が利用者の自己負担額となります。

※1 = 地域区分加算 地域によってはその地域の経済的実情に応じた単位数が定められています（例：岐阜市 [6級地] 1単位=10.27円 関市 [その他] 1単位=10円）

※2 = 介護保険負担割合証 お住いの自治体から各個人に配布されている負担割合証に記載されている負担割合（1割もしくは2割）

## 5) 介護保険外の介護サービスについて

サービス利用単位が介護保険から支給される上限額（区分支給限度額）を超える場合など、介護保険外の介護サービスは全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に担当の介護支援専門員からの説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

## 6) 取消料について

利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルにつきましては、下記の取消料をいただく場合がございますので、ご了承ください。

|     |            |
|-----|------------|
| 取消料 | 食事相当額 650円 |
|-----|------------|

## 7) お支払い方法

料金・費用につきましては月末までの利用実績を集計し、翌月の15日までに利用料金として請求します。支払いにつきましては下記の方法でお支払いください。

### ①現金でのお支払い

利用時に指定の集金袋にて利用料金を持参ください。（おつりの必要がないようにご協力お願い致します。）

※請求月の月末までにお支払いください。

※当事業所へ直接お支払いいただく場合には、[月曜日～金曜日 9:00～16:00] までに、おつりの必要がないように当事業所事務所までお持ちください。

### ②銀行（郵便局）引き落としでのお支払い

引き落とし日 請求月の27日（金融機関が休みの場合には翌営業日となります）

◆お支払いの確認をいたしましたら領収書の発行をいたします。

## 9. サービスの概要

### 1) 介護保険給付サービス

| 種類    | 内容   |
|-------|--|
| 入浴    | 必要な方に職員が介助をします。<br>利用者の身体的・健康的理由によってはシャワー浴を行います。 |
| 排泄の介助 | 必要な方に状況に応じた適切な介助を行います。<br>排泄の自立についても適切な援助を行います。  |

|        |   |
|--------|---|
| 機能訓練   | 身体状況や生活環境を勘案し、適切な訓練を実施する事により、利用者の身体機能を維持向上させることを目指します。また、施設内でのレクリエーションや日常生活なども通じて、健康維持・増進に努めます。 |
| 健康管理   | 利用時に血圧・体温・脈拍など、体調の確認をします。<br>異常時には受診の促しを関係者に行い、健康管理のお手伝いをします。                                   |
| 相談及び援助 | 利用者及び、家族からの相談にも誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。  |
| 送迎     | 利用者の移動状況にあった送迎車で送迎を行います。家族による送迎も可能です。   |

## 2) 介護保険給付外サービス

| 種類             | 内容                          |
|----------------|-----------------------------|
| 食事の提供          | バランスが良く、栄養のある食事を提供します。      |
| オムツの提供         | 希望時には事業所が用意したオムツ等を提供します。    |
| レクリエーション<br>行事 | 行事計画に基づき、各種レクリエーションの提供をします。 |

### 10. 苦情 相談等の窓口

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。

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 責任者   | 武藤 一樹 (管理者)                 |
| ご利用時間 | 営業日 9:00 ~ 17:00            |
| ご利用方法 | 1. 電話<br>2. FAX<br>3. 直接の面談 |

公的機関においても苦情申し立てができます。

|      |  |                           |
|------|--|---------------------------|
| 行政機関 | 岐阜県国民保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口<br>TEL : 058-275-9826 | 8:30 ~ 17:15<br>(土日祝日を除く) |
|      | 岐阜市役所 介護保険課<br>TEL : 058-214-2089              | 8:30 ~ 17:15<br>(土日祝日を除く) |
|      | 関市役場 高齢福祉課<br>TEL : 0575-23-7730               | 8:30 ~ 17:15<br>(土日祝日を除く) |
|      | 各務原市役所 高齢福祉課<br>TEL : 058-383-1779             | 8:30 ~ 17:15<br>(土日祝日を除く) |
|      | 美濃市役所 健康福祉課 (高齢福祉係)<br>TEL : 0575-33-1122      | 8:30 ~ 17:15<br>(土日祝日を除く) |
|      | 富加町役場 福祉保健課<br>TEL : 0574-54-2183              | 8:30 ~ 17:15<br>(土日祝日を除く) |

## 1 1. 感染症対策

利用者が感染症に感染した場合、事業者は下記の対応をとらせていただきます。対応にあたっては各所管の保健所の指示に従い、感染拡大リスク軽減と共に利用者の人権に配慮した対応をいたします。

| 感染症名称             | 感染経路 | 対応期間      | 具体的対応方法   |
|-------------------|------|-----------|---|
| 疥癬<br>(疑われる場合)    | 接触感染 | 医師の指示による  | 送迎は個別対応 入浴順は最後<br>個別テーブル席の利用 (状態によっては利用の相談をさせていただきます) |
| 疥癬(発症)<br>ノルウェー疥癬 |      |           | 利用の休止   |
| インフルエンザ           | 飛沫感染 | 感染リスク消滅まで | 発症から5日間、解熱から48時間の利用の休止                                |
| ノロウイルス            | 接触感染 | 医師の指示による  | 医師の許可が出るまでは、利用の休止                                     |
| 結核                | 空気感染 | 医師の指示による  | 結核菌排出が陽性時は、利用の休止                                      |
| B型肝炎<br>C型肝炎      | 血液感染 | 利用終了まで    | 専用歯ブラシや髭剃りの使用 *出血時に職員は手袋を使用します                        |

## 1 2. 当事業所をご利用いただく際の留意事項

|                      |  |
|----------------------|--|
| 設備・器具の利用             | 施設内の設備・器具は本来の用途に従ってご使用ください。これに反した使用により破損等が生じた場合には、賠償していただく事があります。          |
| 喫煙・飲酒                | 敷地内は禁煙となっております。また、施設での飲酒もご遠慮願います。  |
| 迷惑行為等                | 騒音等、他の利用者に迷惑をかける行為はご遠慮願います。  |
| 所持品・現金等の管理           | 持ち物には記名をしていただき、基本的には自己管理をお願いいたします。現金につきましては、必要以上をお持ちにならないようお願いします。         |
| 宗教活動<br>政治活動<br>営業活動 | 施設内での宗教活動や政治活動はご遠慮願います。また、当社に関係のない営業活動(勧誘・チラシ等の配布)もご遠慮願います。                |
| その他                  | 利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。<br>施設内への飲食物の持ち込みもご遠慮願います。<br>職員への金品の貸借・譲渡もご遠慮願います。 |

### 1 3. 損害賠償

利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき理由により、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、その責任の範囲において、利用者に対して損害の賠償をします。

### 1 4. 虐待防止等

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

◇虐待防止に関する責任者

|     |             |
|-----|-------------|
| 責任者 | 武藤 一樹 (管理者) |
|-----|-------------|

◇成年後見人制度の利用を支援します。

◇苦情解決体制を整備しております。

◇従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施していきます。

当施設は、原則として利用者に対しての身体拘束をいたしません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時には、利用者に対して説明をし、同意を得たうえで次にあげること留意して、必要最低限の範囲内で行うことがあります。その場合には身体拘束を行った日時・理由及び態様等について記録を行います。

また、事業者として身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ①緊急性 … 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ②非代替性 … 身体拘束以外に利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- ③一時性 … 利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

### 1 5. 秘密保持

当事業所及び、従業員は正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスにあたって知りえた利用者またはその家族の秘密を洩らしません。

当事業所は従業員が退職後、在職中に知りえた利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らす事がないように必要な措置を講じます。

当事業所は文章により利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で利用者の情報を用いる事ができるものとします。

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（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）については、管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

## 16. 通所介護計画・通所型サービス計画の作成

事業所は利用者に対して、居宅サービス計画の内容に沿って、利用者の心身の状況、希望及び環境をふまえ通所介護計画・通所型サービス計画を作成します。通所介護計画・通所型サービス計画の作成にあたっては、その内容について、利用者またはその家族に説明し同意を得ると共に、通所介護計画・通所型サービス計画の交付をいたします。

## 17. 災害時・緊急時の対応

非常災害時等の対応については下記となります。

|                 |   |
|-----------------|---|
| 非常時の対応          | 別途定める『フロンティア株式会社 消防規程』にのっとり、対応いたします。                          |
| 平常時の訓練等<br>防火設備 | 別途に定める『フロンティア株式会社 消防規程』にのっとり、年2回以上サービス提供時間内の災害を想定した避難訓練を行います。 |

利用者に対する通所介護の提供により、自己が発生した場合は、利用者の家族・自治体・関係する居宅介護支援専門員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して講じた措置の記録をします。

|        |          |   |
|--------|----------|---|
| ご家族    | 氏名       | : |
|        | 連絡先      | : |
|        | 勤務先／携帯電話 | : |
| かかりつけ医 | 医療機関名    | : |
|        | 主治医      | : |
|        | 連絡先      | : |

**【説明確認欄】**

平成 年 月 日

サービス契約締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者

所在地 : 岐阜県関市平賀 1-39

事業者名 : ラクアデイサービス関ひがし

職名 :

説明者 : 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所介護・介護予防日常生活支援総合事業（通所型サービス）の提供開始に同意しました。

利用者

住 所 :

氏 名 : 印

(代理人又は立会人)

住 所 :

氏 名 : 印 続柄