

プライバシーポリシー

(個人情報保護方針)

1. 個人情報の取得について

当社は、適法かつ公正な手段によって、個人情報を取得します。

2. 個人情報の利用目的

当社の提供するサービス申込みの際にご提出いただいた個人情報について、利用者様との連絡の為に利用させていただくほか、利用者及び家族がお申込みのサービスの手配および受領の為に必要な範囲内で利用させていただきます。

また、個人情報を第三者との間で共同利用し、または、個人情報の取り扱いを第三者に委託する場合には、当該第三者につき厳正な調査を行ったうえ、秘密を保持させるために、適正な監督を行います。

また、当社グループでは、よりよいサービスや、サービス提供のご案内をお客様にお届けする為に、利用者及び家族の個人情報を利用させていただくことがあります。

3. 個人情報の第三者提供について

当社は、法令に定める場合を除き、個人情報を、事前に利用者及び家族の同意を得ることなく第三者に提供しません。

4. 個人情報の管理について

- ・ 当社は、個人情報の正確性を保ち、これを完全に管理致します。
- ・ 当社は、個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏洩などを防止するため、不正アクセス、コンピュータウイルス等に対する適正な情報セキュリティ対策を講じます。
- ・ 当社は、個人情報を持ち出し、外部へ送信する等により漏洩させません。

5. 個人情報の開示・訂正・利用停止・消去について

当社は、利用者及び家族が自己の個人情報について、開示・訂正・利用停止・消去等を求める権利を有していることを確認し、これらの要求ある場合には、異議なく速やかに対応します。

なお、当社の個人情報の取り扱いにつきましてご意見、ご質問がございましたら、下記までご連絡下さいますようお願い申し上げます。

当社個人情報相談窓口

担当者：前川 優希

電話番号：098-972-7101

M a i l : maekawa@swimshuu.com

6. 組織・体制

- ・ 当社は、個人情報保護管理者を任命し、個人情報の適正な管理を実施します。
- ・ 当社は、役員及び従業員に対し、個人情報の保護及び適正な管理方法について研修を実施し、日常業務における個人情報の適正な取り扱いを徹底します。

個人情報管理責任者：石川 大貴

住 所：うるま市栄野比753-2

電 話 番 号：098-972-7101

7. 個人情報保護コンプライアンス・プログラムの策定・実施・維持・改善

当社は、この方針を実行するため、【個人情報保護マニュアル】を策定し、これを当社従業員その他関係者に周知徹底させて実施し、維持し、継続的に改善致します。

平成31年 4月 1日改定
有限会社ソーシャルサービス周
代表取締役 石川 大貴

1:印鑑(自分)

個人情報の利用目的について

_____{1: (契約関係)利用者/入居者氏名}____ 殿

当社が保有する個人情報については、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその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。この守秘義務は契約終了後も同様です。

【事業所内での利用目的】

- ①当該利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③事業所の会計、経理
- ④介護事故、緊急時等の報告
- ⑤当該利用者の介護・医療サービスの向上

【他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的】

- ①他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携
- ②サービスの担当者会議等、照会への回答
- ③当該利用者の診療等に当たり、外部の意思の意見・助言を求める場合
- ④家族等への心身の状況説明
- ⑤保険事務の委託、レセプトの提出、保険者からの照会への回答等

【上記以外の利用目的】

- ①介護サービスや業務の維持・改善のための事業所内資料の作成
- ②事業所において行われる事例検討等
- ③外部監査、評価機関等への情報提供

尚、予め利用者本人の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことは致しません。

説明日: _____{1: (契約関係)契約日/説明日}____

【住 所: 沖縄市池原3-10-112】
【名 称: デイサービススイム池原苑】
【法 人 名: 有限会社ソーシャルサービス周 代表取締役石川大貴】
【電話番号: 098-937-9727】

1:印鑑(自分)

個人情報利用同意書

【事業者】住所：うるま市みどり町1-12-8

社名：有限会社ソーシャルサービス周

代表者：代表取締役 石川 大貴



【事業所】住所：沖縄市池原3-10-112

名称：デイサービススィム池原苑

代表者：代表取締役 石川 大貴



＜個人情報保護の趣旨＞

当社が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

＜個人情報利用範囲＞

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- サービス利用にかかわる管理運営のため
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人様などへの報告のため
- 当社サービスの、維持・改善にかかる資料のため
- 当社の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

＜肖像権について＞

当社の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして同意する場合は同意する、同意しない場合は同意しないと入力下さいませ。

肖像権使用有無 {{2: (契約関係) 同意する/同意しない}}

本同意成立の証として、双方にて署名捺印に代わる電磁的处理を施し、双方各自保管を行います。なお、電磁的处理を施した者の電子印のみ表記する。

記入日： {{1: (契約関係) 契約日/説明日}}

【ご利用者】 住 所：{{2: (契約関係) 利用者/入居者住所}}
氏 名：{{2: (契約関係) 利用者/入居者氏名}}

【利用者家族】 住 所： {{2: (契約関係) 利用者家族住所}}

氏 名：{{2: (契約関係) 利用者家族氏名}}
ご利用者との関係:{{2: (契約関係) 利用者との関係}}

【代理人】 住 所：{{2: (契約関係) 代理人住所}}

氏 名：{{2: (契約関係) 代理人氏名}}

ご利用者との関係:{{2: (契約関係) 利用者との関係②}}

署名代行理由:{{2: (契約関係) 署名代行理由}}



2:印鑑(相手)

【通所利用時リスク説明書】

当通所施設では利用者が快適な通所利用を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》

歩行時の転倒、利用者同士の接触、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。

当通所施設は、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。

当通所施設はサービスにてカミソリを使った髭剃り、まゆ剃りを行っていますが高齢者の皮膚は敏感な為出血する事がございます。

当通所施設は、健康増進を目的とした機能訓練を取り入れております。留意して活動を行いますが、訓練時に事故の可能性があります。

高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。

高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。

高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。

加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。

本人の全身状態が急に悪化した場合、当通所施設の看護職員及び、介護職員、生活相談員の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

当通所施設は通所利用時の送迎サービスを行っております。利用者が自家用車を運転し来所することは基本的にご遠慮いただいております。万が一運転し来所された際に事故等が起こった場合は責任を取ることができませんのでご了承下さい。

迎え及び送りの送迎に関しては、可能な限り決まった時間に送迎が出来るよう配慮いたしますが、交通状況や緊急時の対応等によりお時間が前後する場合があります。

デイサービス利用中の面会は活動内容によりお待たせする場合がありますことと、社会情勢や感染症まん延等を理由に面会をお断りする場合がございます。

食事の注文については前日に注文している関係上前日17:30迄に休みの連絡がない場合は、請求させていただきますのでご了承下さいませ。

このことは、ご自宅でも起こりうることで、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、デイサービススイム池原苑の職員より、通所利用者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

本内容同意の証として、本書の電磁的記録を作成し双方にて署名捺印に代わり電磁的処理を施し、双方各自で保管する。

なお、電子印については、本同意書に署名をした者のみを表記する。

説明日:{{1:(契約関係)契約日/説明日}}

説明者:{{1:(契約関係)説明者名}}

有限会社ソーシャルサービス周 代表取締役 石川大貴

1:印鑑(自分)

利用者名:{{2:(契約関係)利用者/入居者氏名}}

ご家族:{{2:(契約関係)利用者家族氏名}}

利用者との関係:{{2:(契約関係)利用者との関係}}

代理人:{{2:(契約関係)代理人氏名}}

利用者との関係:{{2:(契約関係)利用者との関係②}}

2:印鑑(相手)

令和 6年 4月 1日版

通所介護サービス重要事項説明書
利用者名:{{1:(契約関係)利用者/入居者氏名}}様
デイサービススイム池原苑

この「重要事項説明書」は「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」の規程に基づき、通所介護サービス提供の契約締結に際して、事業所が予め説明しなければならない内容を記したものです、

1. 通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	有限会社ソーシャルサービス周
代表者名	代表取締役 石川大貴
所在地	〒904-2215 うるま市みどり町一丁目12番8号 TEL:098-973-2267

2. 利用者へのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地

事業所名	デイサービススイム池原苑
利用定員	定員:40名
介護保険 指定事業所番号	指定年月日:平成29年8月1日 事業所番号:4770402131
事業所所在地	〒904-2141 沖縄市池原3—10—112
連絡先	TEL:098—937—9727 FAX:098—937—9728
管理者	管理者 石川大貴
事業所の通常の 事業実施地域	うるま市、沖縄市、北谷町、嘉手納町

(2) 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	有限会社ソーシャルサービス周が開設するデイサービススイム池原苑(以下「事業所」という。)が行う指定通所介護の事業(以下「事業」という。)の適切な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護職員その他の従業者(以下「従業者」という。)が介護保険法に従い、高齢者がその有する能力に応じ可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを目的とします。
-------	---

運営方針	- 通所介護サービスの提供にあたっては、事業所の従業者は、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日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行う事によって、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利用者の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 - 事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、近隣その他の保険・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総
------	---

	合的なサービスの提供に努める。
--	-----------------

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日 休日は日曜日とする(ただし、日曜日以外の祝日は営業)
営業時間	8時30分から17時30分まで サービス提供時間は、1単位:8時45分～16時45分

(4) 事業所の従業者体制

(5)

職種	職務内容	人員数
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関連する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。	1名

機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するために必要な機能訓練を行う。	1名以上
生活相談員	利用者及び家族に対し生活指導並びに介護に関する相談及び助言を行う。利用者の心身の状況等を踏まえて通所介護計画の作成等を行う。関係機関と連携し必要な調整を行う。	1名以上 (常勤換算)
介護職員	利用者の心身の状況などを的確に把握し、適切な介助を行う。	6名以上 (常勤換算)
看護職員	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行う。	1名以上

* 上記表の生活相談員及び介護職員等については常勤換算とする。

3. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービス内容について

サービス区分と種類	サービス内容
機能訓練	体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う。
送迎	利用者に対し送迎サービスを提供する。
相談・助言	利用者及びその家族の生活指導並びに日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。
健康チェック	利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行う。
食事	給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する。配膳下膳の解除、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助を行う。
入浴	家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。衣類着脱の介護、身体の清拭、先発、洗身、その他入浴介助を行う。

(2) 提供するサービスの利用料自己負担額について(介護保険を適用する場合)

事業所規模: 大規模型通所介護費(Ⅰ)

法改正令和 6年 4月版

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (3時間以上4時間未満)	要介護1	357単位	357円	714円
	要介護2	409単位	409円	818円
	要介護3	462単位	462円	924円
	要介護4	513単位	513円	1,026円
	要介護5	568単位	568円	1,136円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (4時間以上5時間未満)	要介護1	376単位	376円	752円
	要介護2	430単位	430円	860円
	要介護3	486単位	486円	972円
	要介護4	541単位	541円	1,082円
	要介護5	597単位	597円	1,194円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (5時間以上6時間未満)	要介護1	544単位	544円	1,088円
	要介護2	643単位	643円	1,286円
	要介護3	743単位	743円	1,486円
	要介護4	840単位	840円	1,680円
	要介護5	940単位	940円	1,880円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (6間以上7間未満)	要介護1	564単位	564円	1,128円
	要介護2	667単位	667円	1,334円
	要介護3	770単位	770円	1,540円
	要介護4	871単位	871円	1,742円
	要介護5	974単位	974円	1,948円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (7間以上8時間未満)	要介護1	629単位	629円	1,258円
	要介護2	744単位	744円	1,488円
	要介護3	861単位	861円	1,722円
	要介護4	980単位	980円	1,960円
	要介護5	1,097単位	1,097円	2,194円

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

種別	介護度	単位数	自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
基本料 通所介護 (8時間以上9時間未満)	要介護1	647単位	647円	1,294円
	要介護2	765単位	765円	1,530円
	要介護3	885単位	885円	1,770円
	要介護4	1,007単位	1,007円	2,014円
	要介護5	1,127単位	1,127円	2,254円
			自己負担額	
			1割負担の場合	2割負担の場合
加 算 料	入浴介助加算Ⅰ	40単位	40円	80円
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56単位	56円	112円
	処遇改善加算Ⅲ	全ての介護費の合計額より8.0%を乗じた額		
	食事代(1食)	・食事代:500円 ※1回の食事の料金となります。		

※自己負担額については負担割合証の負担割合となります。

- * 地域区分単価について沖縄県はその他となり「1単位:10.00円」となります。
- * 介護保険負担割合証の記載に応じて、利用料の自己負担割合が決定します。
介護保険負担割合証の更新があった場合、負担割合が変更になる場合がございます。
その際は負担割合証に応じた自己負担分の請求を致します。
- ※上記表には1割負担及び2割負担までの記載しかありませんが介護保険負担割合証の負担割合に応じて3割以上もございますのでご了承ください。
- * 生活保護等の公費受給者証をお持ちの場合、自己負担額が軽減できる場合もございます
- * 昼食代金については1回ごとの食事形態ごとに600円～750円の請求となります。
- * 事業所の備品の購入やおむつ等を購入した場合実費にて請求致します。
- * 上記料金については、利用1回あたりのおおよその金額となっており利用回数等により算定致します。

4. 利用料その他の費用の請求及び支払方法について

通所介護サービス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、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証の負担割合の額とします。

利用料の支払いを受けた場合は、利用者に対して領収書を交付します。事業所は当月の利用者負担金の請求書に明細を付して翌月10日前後までに利用者に請求し、利用者指定の口座より集金代行業者の所定引落日に引き落とすものとします。

現金支払ご希望の場合には、事務窓口での支払いをお願いします。

- * 引落が確認できたら、領収書を発行いたしますので保管をお願いします。
- * 利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から3か月以上経過し、さらに支払の督促からお支払いがない場合は契約を解約した上で未払分をお支払いいただきます。

5. サービス提供に関する相談・苦情について

サービス提供に関する相談・苦情に関しましては、事業所にご連絡いただくか、沖縄県国民健康	相談担当者名:石川大貴(管理者) 新屋広樹(生活相談員)
---	---------------------------------

保険団体連合会・市町村相談窓口にお問い合わせ ください。	電話番号:098-937-9727 FAX番号:098-937-9728 沖縄県国民健康保険団体連合会:098-860-9026
---------------------------------	--

6. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族 に関する秘密の保持に ついて	事業者及び従業者はサービス提供をする上で知り得た利用者及び家族 等に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を 保持する義務は契約が終了した後も継続します。
--------------------------------	---

個人情報の保護につ いて	事業者は利用者及びご家族など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。また、利 用者の家族など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において利用者の家族等の個人情報を用いま せん。事業者は利用者及びその家族などに関する個人情報が含まれる 記録物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。
-----------------	---

事業所における個人情報保護についての取り扱いについては「有限会社ソーシャルサービス周にお
ける個人情報の適正な取り扱いのために 個人情報保護規定等」に則って取り扱う事とします。プ
ライバシーポリシー、個人情報取り扱い業務概要説明書は別紙にて説明し、交付を行います。

7. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合はデイサービスにおける「緊急時対応マニュアル
等」に沿って対応させていただきます。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定下さい。夜
間や、営業時間外の緊急事態におきましては対応しかねますのでご了承ください。

8. 家族などへの連絡について

利用者より希望があった場合には家族などへ連絡を行います。

9. 記録の保管について

事業者はサービス提供に関する記録を整備し、サービスの完結の日から5年間保管致します。ま
た記録物の閲覧等については実費を支払っていただき写しの交付については本人及び家族に
限り可能です。必要時にご相談ください。

10. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場
合には、その責任の範囲において利用者に対しその損害を賠償致します。この契約においてやむ
を得ず訴訟となる場合は利用者の所在地を管轄する裁判所を第1管轄裁判所とすることをあら
かじめ同意します。(合意裁判管轄)

11. 虐待防止

虐待等におきましては「身体拘束排除マニュアル等」に沿って対応させていただきます。

12. 利用者代理人

利用者は代理人を選任してこの契約を締結することができ、また、契約に定める権利の行使と義

務の履行を代理して行わせることが出来ます。

利用者の代理人選任に際して必要がある場合は、事業者は成年後見制度や日常生活自立支援事業の内容を説明するものとします。

13. 重要事項内容の変更

1 利用料などの変更

1. 事業者はこの契約に定める内容のうち利用料の変更(増額又は減額)を行おうとする場合には重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、利用料など変更予定日から期間を置いて利用者にその内容を通知するものとします。
2. 利用者は利用料等の返納を承諾しない場合にはその旨を事業者文書で通知することで、この契約を解除することができます。

2 利用サービス内容の変更

1. 利用者はいつでもサービス内容を変更する様申し出ることができます。事業者は利用者からの申出があった場合変更を拒む正当な理由がない限り、関係機関と連携して速やかにサービス内容を変更します。
2. サービス内容を変更した場合、利用者と事業者とは変更後のサービス内容について記載した利用サービス変更合意書を交わします。

14. 留意事項

- 1 サービスのキャンセルにつきましては利用者又は、家族、ケアマネージャーによりサービス提供日の当日午前8時30分までにご連絡下さい。(なお食事につきましては前日の17時に注文をかけている関係上利用がなくても請求致しますのでご了承下さい。)ただし、急変ややむを得ない事情によるキャンセルはこの限りではありません。
- 2 事業所では、基本的に禁煙とさせていただいており、事業所内には喫煙室を設けておりません。禁煙にご理解ご協力をよろしくお願いします。
- 3 事業所では随時、在宅ケア従事者の育成や地域の高校生の社会活動の一環として研修生の受け入れを行っておりますので、何卒ご協力の程お願いします。
- 4 1か月以上休みがつづく(入院等は除く)場合ご連絡をさせていただき、契約を継続するかご確認させていただきますのでご了承下さい。
- 5 災害時の対応(地震・台風・警報・その他災害等)
地震・台風・警報やその他災害等によりサービスを継続できない気象状況や状態となった場合はやむを得ずサービスを打ち切りとさせていただく場合がございます。その際はご連絡させていただきますのでご了承下さい。
- 6 安全で円滑な送迎の為、お知らせした時間よりも前後する場合にはご了承下さいませ。

重要事項説明年月日:{{1:(契約関係)契約日/説明日}}

事業所は重要事項説明書に基づき、重要事項を説明しました。

事業者: 有限会社ソーシャルサービス周
代表取締役 石川 大貴

1:印鑑(自分)

事業所名: デイサービススイム池原苑
所在地: 〒904-2141 沖縄市池原3-10-112
TEL: 098-937-9727 FAX: 098-937-9728

説明者氏名: {{1:(契約関係)説明者名}}

私は重要事項説明書に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

本同意成立の証として、本書の電磁的記録を作成し双方にて署名捺印に代わる電磁的処理を施し、双方各自で保管する。

※なお、電磁的処理を施した者の電子印のみを表記する。

利用者 住所: {{2:(契約関係)利用者/入居者住所}}

氏名: {{2:(契約関係)利用者/入居者氏名}}

利用者家族 住所: {{2:(契約関係)利用者家族住所}}

氏名: {{2:(契約関係)利用者家族氏名}}

(続柄) {{2:(契約関係)利用者との関係}}

2:印鑑(相手)

代理人 住所: {{2:(契約関係)代理人住所}}

氏名: {{2:(契約関係)代理人氏名}}

利用者との関係: {{2:(契約関係)利用者との関係②}}

署名代行理由: {{2:(契約関係)署名代行理由}}

有限会社ソーシャルサービス周【デイサービススイム池原苑】
管理者殿

令和 6年 4月 1日

通所介護サービス契約書
利用者名: {{1:(契約関係)利用者/入居者氏名}}様
デイサービススイム池原苑

{{1:(契約関係)利用者/入居者氏名}}様(以下「利用者」という)と有限会社ソーシャルサービス周(以下「事業者」という)とは、指定通所介護の利用(目的)に関して、次のとおり契約を締結した。

事業者は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むこと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。

(契約期間)

- 1、この契約の契約期間は契約締結日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2、期間満了日までに利用者から契約終了の申し出がないとき、契約は自動的に1年間延長されるものとし、以降も同様とします。

(契約内容の変更、契約の解約、契約の満了、契約の解除)

この契約内容の変更、契約の解約、契約の満了、契約の解除については次のとおりです。

<1> 契約内容の変更

1 利用料等の変更

- ア 事業者はこの契約に定める内容のうち利用料の変更(増額又は減額)を行おうとする場合には重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、利用料等の変更予定日から1か月以上の期間において利用者にその内容を通知するものとします。
- イ 利用者は利用料等の変更を承諾する場合にはこの契約の一部変更契約を事業者と締結します。
- ウ 利用者は利用料等の変更を承諾しない場合にはその旨を事業者に文書で通知することでこの契約を解除することができます。

2 利用サービス内容の変更

- ア 利用者はいつでもサービス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変更を拒む正当な理由がない限り、関係機関と連携し速やかにサービス内容を変更します。
- イ サービス内容を変更した場合、利用者と事業者とは変更後のサービス内容について記載した利用サービス変更合意書を交わします。

<2> 契約の解約

- 1、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1か月以上の予告期間をもって届けるものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

2 利用者は次の各号に事業者が該当する場合は直ちに契約を解除することが出来ます。

- ア 事業者又はサービス担当者が正当な理由なく、介護保険法関係法令及び本契約に定めた事項を遵守せずにサービス提供を怠ったとき。
- イ 事業者又はサービス担当者が守秘義務に違反したとき。
- ウ 事業者が破産等、事業を継続する見通しが困難になったとき
- エ 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱するような行為を行ったとき。

<3> 契約の満了

次のいずれかに該当する場合はこの契約は満了します。

- ア 利用者が死亡したとき
- イ 利用者から解約の意思表示がなされ予告期間が満了したとき

ウ 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

エ 利用者が介護保険施設に入所したとき

オ 利用者が医療機関に入院したとき

カ 利用者の要介護状態区分が、非該当(要支援又は自立)と認定された場合

1か月以上サービスを中止されている場合は、ご連絡の上契約を継続するか確認させていただきます。継続が不可能な場合契約を満了とさせていただきますのでご了承下さい。

<4> 契約の解除

1.事業者は事業規模の縮小、事業者の休廃止等この契約に基づくサービスの提供が困難になる等やむを得ない事情がある場合には利用者に対してこの契約の解除を予定する日から1か月以上の期間において利用者に解除理由を示した文書を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。但し、次の場合には1か月以上の事前申出の期間なしにこの契約を解除する事が出来ます。

ア 利用者がこの契約に定める利用料等の支払を2か月以上遅滞し、文書による利用料等の支払催告を行ったにもかかわらず、催告の日から14日以内にその支払いがなかった場合。

イ 利用者又はその家族などが事業者やサービス担当者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合。

2.事業者は前項によりこの契約を解除する場合はこのサービス提供を調整した居宅介護支援事業者又は利用者が住所を有する市町村等と協議し、必要な措置を講じます。

(居宅サービス計画書作成前のサービス提供について)

サービス計画書が作成される前であっても緊急に必要な場合はサービスを提供します。

(要介護認定前にサービス提供を行う場合について)

要介護認定前にサービスを提供する場合は要介護認定後に提供するサービス内容を見直し、要介護認定後に契約継続の意思確認を行いますまた、自立(非該当)と判定された場合には利用料は全額利用者自己負担となり、利用継続の意思確認を行います。

(相談窓口と苦情相談について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(秘密の保持と個人情報の保護について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(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。

(利用料について)

重要事項説明書に記載したとおりを契約内容とします。

(送迎について)

利用者が通所に際し、自己における送迎を行う場合もしくは家族の送迎により事業所へ来所する際には、万一事故に遭遇しても事業者が一切の責任を負いません。

本契約成立の証として、本書の電磁的記録を作成し双方にて署名捺印に代わる電磁的処理を施し、双方各自で保管する。

事業所名: 有限会社ソーシャルサービス周
代表取締役 石川 大貴
事業所所在地: 〒904-2141
事業所名称: デイサービススイム池原苑

1:印鑑(自分)

利用者 住所: {{2:(契約関係)利用者/入居者住所}}
氏名: {{2:(契約関係)利用者/入居者氏名}}

利用者家族 住所: {{2:(契約関係)利用者家族住所}}
氏名: {{2:(契約関係)利用者家族氏名}}
続柄: {{2:(契約関係)利用者との関係}}

代理人 住所: {{2:(契約関係)代理人住所}}
氏名: {{2:(契約関係)代理人氏名}}
利用者との関係: {{2:(契約関係)利用者との関係②}}
署名代行事由: {{2:(契約関係)署名代行理由}}

2:印鑑(相手)

※なお、電磁的処理を施した者の電子印のみを表記する。

契約締結日: {{1:(契約関係)契約日/説明日}}