



2025. 11. 1 改正

様

デイサービス重要事項説明書

社会福祉法人 櫻灯会

デイサービスセンター ほのかおぎくぼ

【重要事項説明書】

(令和7年4月現在)

1. サービス事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地

事業者名	社会福祉法人 櫻灯会
事業所名	デイサービスセンター ほのかおぎくぼ
所在地	東京都杉並区荻窪三丁目7番30号
指定事業者番号	1371509405 13A1500399(総合事業)
通常の事業の実施地域	杉並区

※上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください

(2) 同事業所の職員体制

区 分	職 員 数
管理者	1名(兼務)
生活相談員	2名(内1名が介護職員と兼務)
介護職員	5名以上(相談員兼務、非常勤を含む)

(3) 営業時間

営業日	月～土(日曜日および12/31～1/3休み)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間帯	午前9時～午後5時15分

2. サービス内容

- ①送迎 サービス時に自宅からセンターまでの送迎を行います。
- ②食事 利用者に対し昼食を提供し、介護の必要な利用者には食事介助サービスの提供を行います。
- ③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、整髪、洗身、その他必要な入浴の介助
※ただし、機械浴の設備はありません。
- ④機能訓練 訓練を通して自らの身体機能の向上を図り、日常生活が楽しく送れるよう機能回復サービスを行います。
- ⑤健康チェック 利用者の身体的状況をチェックし、また、利用中の生活動作・表情等の観察を行い、健康管理を図って家族の負担を軽減します。

3. 料 金

総合事業 通所型サービス（要支援 1、2）

基本的なサービス費：要支援状態区分別のサービス単位数および保険給付額と自己負担額（1割負担・2割負担・3割負担）

要支援状態区分別のサービス単位数	要支援 1 要支援 2 (週 1 回) 1,798 単位	要支援 2 (週 2 回) 3,621 単位
サービス利用料金	19,598 円	39,468 円
自己負担額 1 割負担	1,960 円	3,947 円
自己負担額 2 割負担	3,920 円	7,894 円
自己負担額 3 割負担	5,880 円	11,841 円

※ 料金は、地域加算(1 単位＝10.9 円)が考慮された金額となっています。

要支援 1 は 1 回/週、要支援 2 は 1～2 回/週の利用となります。

- (1) 月の途中からサービスを利用した場合、当月料金は、下記の料金に契約した日から数えて当月末までの日数を乗じた料金になります。もしくは、月の途中でサービス提供を中止した場合、当月料金は、サービスを利用していた日までの日数に下記料金を乗じた料金になります。

要支援状態区分別のサービス単位数	要支援 1 要支援 2 (週 1 回) 59 単位	要支援 2 (週 2 回) 119 単位
サービス利用料金	643 円	1,297 円
自己負担額 1 割負担	65 円	130 円
自己負担額 2 割負担	129 円	260 円
自己負担額 3 割負担	193 円	390 円

(2) 各種加算

①科学的介護推進体制加算（算定単位：1 月につき）

加算の種類	加算単位	1.加算料金	自己負担額 1 割負担	自己負担額 2 割負担	自己負担額 3 割負担
科学的介護推進 体制加算	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円

※ 料金は、地域加算(1 単位＝10.9 円)が考慮された金額となっています。

②介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

1 カ月にご利用された総単位数（要支援状態区分別サービス費に各種加算を加えた総単位数）に、下記のサービス別加算率を乗じて算出されたものを言います。

（１）サービス別加算率 ……9.2%

（２）当該加算は、すべてのご契約者に加算されます。

（３）当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象外です。

※ 算出された料金は、更に地域加算(1 単位＝10.9 円)が考慮された金額となります。

職員の配置状況により算定される加算が変更となる場合があります。

③サービス提供体制加算（Ⅱ）（算定単位：1 月につき）

加算の種類	加算単位	1.加算料金	自己負担額 1 割負担	自己負担額 2 割負担	自己負担額 3 割負担
サービス提供体制加算（Ⅱ） 要支援 1 要支援 2(週 1 回)	72 単位	784 円	79 円	157 円	236 円
サービス提供体制加算（Ⅱ） 要支援 2(週 2 回)	144 単位	1569 円	157 円	314 円	471 円

（３）食費

食費負担額

食費（1 食）	750 円
おやつ	100 円

（４）その他の実費

①おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となる場合があります。

くわしくは生活相談員にお尋ねください。

②通常の実施地域（杉並区）を越えた場合、送迎に課される利用料は 1km あたり 300 円とする。

（５）キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

1	ご利用日の前日 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
2	ご利用日の午前 9 時までにご連絡いただいた場合	デイサービス利用料の 30%
3	ご利用日の午前 9 時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の 70%

※ 但し、ご利用日の前日が日曜日の場合は土曜日までとし、また、上記2，3の場合でも利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情のある場合、キャンセル料金はかかりません。

4. 料 金

通所介護サービス（要介護1～5）

基本的なサービス費：要介護度別のサービス単位数および保険給付額と自己負担額（1割負担・2割負担・3割負担）

サービス提供時間 8時間以上9時間未満の場合

要介護度別の サービス単位数	要介護1 669単位	要介護2 791単位	要介護3 915単位	要介護4 1,041単位	要介護5 1,168単位
サービス利用料金	7,292円	8,621円	9,973円	11,346円	12,731円
自己負担額 1割負担	730円	863円	998円	1,135円	1,274円
自己負担額 2割負担	1,459円	1,725円	1,995円	2,270円	2,547円
自己負担額 3割負担	2,188円	2,587円	2,992円	3,404円	3,820円

サービス提供時間 7時間以上8時間未満の場合

要介護度別の サービス単位数	要介護1 658単位	要介護2 777単位	要介護3 900単位	要介護4 1,023単位	要介護5 1,148単位
サービス利用料金	7,172円	8,469円	9,810円	11,150円	12,513円
自己負担額 1割負担	718円	847円	981円	1,115円	1,252円
自己負担額 2割負担	1,435円	1,694円	1,962円	2,230円	2,503円
自己負担額 3割負担	2,152円	2,541円	2,943円	3,345円	3,754円

サービス提供時間 6時間以上7時間未満の場合

要介護度別の サービス単位数	要介護1 584単位	要介護2 689単位	要介護3 796単位	要介護4 901単位	要介護5 1,008単位
サービス利用料金	6,365円	7,510円	8,676円	9,820円	10,987円

自己負担額 1割負担	637 円	751 円	868 円	982 円	1,099 円
自己負担額 2割負担	1,273 円	1,502 円	1,736 円	1,964 円	2,198 円
自己負担額 3割負担	1,910 円	2,253 円	2,603 円	2,946 円	3,297 円

サービス提供時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護度別の サービス単位数	要介護1 570 単位	要介護2 673 単位	要介護3 777 単位	要介護4 880 単位	要介護5 984 単位
サービス利用料金	6,213 円	7,335 円	8,469 円	9,592 円	10,725 円
自己負担額 1割負担	622 円	734 円	847 円	960 円	1,073 円
自己負担額 2割負担	1,243 円	1,467 円	1,694 円	1,919 円	2,145 円
自己負担額 3割負担	1,864 円	2,201 円	2,541 円	2,878 円	3,218 円

サービス提供時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護度別の サービス単位数	要介護1 388 単位	要介護2 444 単位	要介護3 502 単位	要介護4 560 単位	要介護5 617 単位
サービス利用料金	4,229 円	4,839 円	5,471 円	6,104 円	6,725 円
自己負担額 1割負担	423 円	484 円	548 円	611 円	673 円
自己負担額 2割負担	846 円	968 円	1,095 円	1,221 円	1,345 円
自己負担額 3割負担	1,269 円	1,452 円	1,642 円	1,832 円	2,018 円

サービス提供時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護度別の サービス単位数	要介護1 370 単位	要介護2 423 単位	要介護3 479 単位	要介護4 533 単位	要介護5 588 単位
サービス利用料金	4,033 円	4,610 円	5,221 円	5,809 円	6,409 円
自己負担額 1割負担	404 円	461 円	523 円	581 円	641 円
自己負担額 2割負担	807 円	922 円	1,045 円	1,162 円	1,282 円

自己負担額 3割負担	1,210 円	1,383 円	1,567 円	1,743 円	1,923 円
---------------	---------	---------	---------	---------	---------

※料金は、地域加算(1単位＝10.9円)が考慮された金額となっています。

(1) 各種加算

①入浴介助加算 (I) (算定単位：1日につき)

加算の種類	加算単位	加算料金	自己負担額 1割負担	自己負担額 2割負担	自己負担額 3割負担
入浴介助加算 (I)	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円

※ 料金は、地域加算(1単位＝10.9円)が考慮された金額となっています

②科学的介護推進体制加算 (算定単位：1月につき)

加算の種類	加算単位	加算料金	自己負担額 1割負担	自己負担額 2割負担	自己負担額 3割負担
科学的介護 推進体制加算	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円

※ 料金は、地域加算(1単位＝10.9円)が考慮された金額となっています。

③延長加算

時間	加算単位	加算料金	自己負担額 1割負担	自己負担額 2割負担	自己負担額 3割負担
9 時間以上 10 時間未満	50 単位	545 円	55 円	109 円	164 円
10 時間以上 11 時間未満	100 単位	1,090 円	109 円	218 円	327 円
11 時間以上 12 時間未満	150 単位	1,635 円	164 円	327 円	491 円
12 時間以上 13 時間未満	200 単位	2,180 円	218 円	436 円	654 円
13 時間以上 14 時間未満	250 単位	2,725 円	273 円	545 円	818 円

※料金は、地域加算(1単位＝10.9円)が考慮された金額となっています。

④介護職員処遇改善加算 (I)

1カ月にご利用された総単位数（要支援状態区分別サービス費に各種加算を加えた総単位数）に、下記のサービス別加算率を乗じて算出されたものを言います。

(1) サービス別加算率 ……9.2%

(2) 当該加算は、すべてのご契約者に加算されます。

(4) 当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象外です。

※ 算出された料金は、更に地域加算(1単位＝10.9円)が考慮された金額となります。

職員の配置状況により算定される加算が変更となる場合があります。

⑤サービス提供体制加算(Ⅱ)(算定単位：1回につき)

加算の種類	加算単位	加算料金	自己負担額 1割負担	自己負担額 2割負担	自己負担額 3割負担
サービス提供 体制加算(Ⅱ)	18単位	196円	20円	40円	59円

※ 料金は、地域加算(1単位＝10.9円)が考慮された金額となっています

(2) 食費

食費負担額

食費(1食)	750円
おやつ	100円

(3) その他の実費

①おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となる場合があります。

くわしくは生活相談員にお尋ねください。

②通常の実施地域(杉並区)を越えた場合、送迎に課される利用料は1kmあたり300円とします。

(4) キャンセル規程

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

1	ご利用日の前日5時までにご連絡いただいた場合	無料
2	ご利用日の午前9時までにご連絡いただいた場合	デイサービス利用料の30%
3	ご利用日の午前9時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の70%

※但し、ご利用日の前日が日曜日の場合は土曜日までとし、また、上記2、3の場合でも利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情のある場合、キャンセル料金はかかりません。

5.サービス支払方法

(1) 前月のサービス利用料金を毎月20日ごろまでに明細を付して請求し、27日にご利用者が指定する預金口座からの自動引落によるお支払いとします。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算

した金額とします。)

(2) 預金口座自動引落の手数料は、ご利用者負担となります。

6. サービス利用方法

(1) 電話等でお申し込み下さい。

事前に重要事項の交付、説明を行い、契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者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1週間前までに文書でお申し込み下さい。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

職員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

次の場合は、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。

- ・ 利用者が介護保険施設、小規模多機能型居宅介護またはグループホームに入所した場合。
- ・ 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ・ 利用者が死亡した場合。
- ・ 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。
- ・ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は廃止した場合。

④ その他

- ・ 事業者が正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で解約を通知することによりサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、支払の勧告をしたにもかかわらず2週間以内に支払われない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってのサービスが利用不可能な場合、利用者やご家族等が事業者及びサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより契約を終了させていただく場合があります。

7.本事業所の特色

居宅の虚弱高齢者及び寝たきり高齢者が日中、利用施設に通所することにより、生活リズムを作り、社会性や身体機能の維持及び精神安定を図るため1日でも長く居宅での生活が可能になるよう質の高いサービスを提供します。

- ① 利用者が日々生き生きと健康で楽しく通える憩いの場となるように努めます。
- ② 各種サービスを提供するにあたり個々人に合った援助を行います。
- ③ 日常生活の観察を深め、問題点を早期発見し検討、情報交換に努めます。

8.サービス利用にあたっての留意事項

- ・ 送迎時間の変更は、なるべくご利用日の前日午後5時（月曜日利用の場合は土曜日の午後5時）までにご連絡下さい。
- ・ ご利用当日、事業所に到着時健康をチェックし、体調の確認を行います。
- ・ 体調不良等によるサービスの中止・変更は、できるだけ早急に相談員にご相談ください。
- ・ サービス日の振替の場合は、なるべくご利用日の1週間前までにお知らせ頂き、振替日の利用状況を踏まえ、決定いたします。
- ・ 契約時には、介護保険被保険者証を提示してください。
介護保険被保険者証の更新や介護度の区分変更があった場合は、介護保険被保険者証の提示をお願いします。
- ・ サービス提供に付帯するもの以外（例えば、美術館の入場料など）は実費を頂きます。
- ・ 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります
- ・ 事業所内での喫煙はご遠慮ください。
- ・ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・ 貴重品は、お持ちにならないで下さい。万一お持ちになって紛失してしまった場合、事業所では責任を負いかねます。
- ・ 事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ・ 飲酒、喫煙はご遠慮ください。

9.緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者の容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	病院名	
	住所	
	電話番号	
ご家族	氏名	
	連絡先	

10.非常災害対策

防火時の対応	有
防火設備	有（スプリンクラー・自動火災通報装置連動・異常過熱防止コンロ）
防火訓練	年1回
避難訓練	年1回
通報訓練	年1回
防火管理者	管理者

11.虐待防止

事業所は、虐待の発生及び再発を防止するため、下記に掲げる措置を講じます。

- ①虐待の防止に係る対策を検討するための委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知します。
- ②虐待の防止のための指針を整備します。
- ③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
実施するための担当者は管理者とします。

12.第三者評価

当事業所は第三者評価機関による評価を実施しておりません。

13.サービス内容に関する相談・苦情

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます

○苦情受付窓口：管理者・生活相談員 [TEL 03-6915-1595]

○受付時間：営業日の午前8時30分～午後5時30分

○行政機関その他苦情受付機関

杉並区役所 介護保険課 [TEL 03-3312-2111]

東京都国民健康保険団体連合会 [TEL 03-6238-0011]

14.櫻灯会の概要

法人名	社会福祉法人 櫻灯会
代表者氏名	理事長 櫻井 真里
法人所在地	東京都西多摩郡日の出町大字大久野231-1
電話番号	042-597-1941
FAX番号	042-597-1949
当法人が行っている事業	1.特別養護老人ホーム 2.ショートステイ 3.居宅介護支援事業 4.認知症対応型デイサービスセンター（介護予防含む） 5.グループホーム（介護予防含む）
設立年月日	平成7年3月22日

総合事業 通所型サービスまたは通所介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面を交付し、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 <住所> 東京都杉並区荻窪三丁目7番目30号
<事業者名> 社会福祉法人 櫻灯会
デイサービスセンター ほのかおぎくぼ
<説明者> 氏名 _____ 印

私は、本書面の交付を受け、事業者から総合事業 通所型サービスまたは通所介護サービスについて重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

ご利用者 <住所>

<氏 名> _____ 印

ご家族 <住所>

<氏 名> _____ 印



デイサービスセンター ほのかおぎくぼ



様

通常通所介護・介護予防通所介護契約書

社会福祉法人 櫻灯会

デイサービスセンター ほのかおぎくぼ

通所介護・介護予防通所介護契約書

____様（以下、「利用者」といいます）とデイサービスセンターほのかおぎくぼ（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・介護予防通所介護について、次のとおり契約します。

① （契約の目的）

1. 事業者は、利用者に対し、介護保険法の趣旨にしたがって、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を営むことが出来るよう通所介護を提供し、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。

② （契約期間）

1. この契約の契約期間は令和 ____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満了日までとします。
2. 契約満了の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

③ （通所介護計画・介護予防通所介護計画）

1. 事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえ、「居宅サービス計画（介護予防サービス計画）」に沿って「通所介護計画」又は「介護予防通所介護計画」を作成します。事業者はこの「通所介護計画」又は「介護予防通所介護計画」の内容を利用者および家族に説明します。
2. 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合は、事業者に申し出ることができます。その場合、事業者は、速やかに担当の介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

④ （サービスの提供の記録）

1. 事業者は一定期間ごとに、サービス提供の状況、目標等の達成状況等を評価し、その結果を書面に記録することし、これを契約終了後2年間保管するものとします。
2. 事業者は前項の記録を利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付するものとします。

第5条（利用者負担金及び支払方法）

1. 事業者が提供するサービスに対する利用者負担金及びその支払方法は、別紙「重要事項説明書」に記載するとおりとします。

第6条（サービスの中止）

- (2) 利用者は、事業者に対してサービス提供日の前日午後5時まで（前日が日曜日の場合は金曜日の午後5時まで）に通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
- (3) 利用者が前日の午後5時までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業者は利用者に対して重要事項説明書に定める計算方法により、料金の全部又は一部を請求することができます。

- (4) 事業者は、利用者の体調不良などの理由により、通所介護・介護予防通所介護の実施が困難と判断した場合はサービスを中止することができます。この場合の取り扱いについては、重要事項説明書に記載したとおりです。

第7条（契約の終了）

- ① 利用者は、事業者に対して1週間前までに文書で通知をすることにより、この契約を解除することができます。但し、利用者の病変、急な入院など、やむを得ない事情がある場合は契約終了希望日の1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- ② 次の事由に該当した場合、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (ア) 事業者が正当な理由がなく、サービスを提供しない場合。
 - (イ) 事業者が守秘義務に反した場合。
 - (ウ) 事業者が利用者やその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合。
- 3 次の事項に該当した場合は、事業者はその理由を記載した文章を通知することにより、直ちにこの契約を解約することができるものとします。
 - ① 利用者負担金の支払が、2ヶ月以上遅延し、支払の催告をしたにもかかわらず2週間以内に支払われない場合。
 - ② 利用者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。
 - ③ 利用者の行動が他の利用者の生命、または健康（身体及び精神）に重大な影響を及ぼす恐れがあり、事業所において十分な介護を尽くしても、これを防止できない場合。
- 4 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了するものとします。
 - ① 利用者が介護保険施設に入所した場合。
 - ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
 - ③ 利用者が死亡した場合。

第8条（料金の変更）

1. 事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用単位毎の料金および食材費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。

第9条（秘密保持）

1. 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およ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。
2. 事業者は、利用者およびその家族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、利用者及びその家族の個人情報を用いません。

第10条（損害賠償）

1. 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して損害を賠償します。
2. 利用者により施設の物品・設備に損害を与えた場合はサービス終了までの間にその損害を賠償していただきます。

第11条（緊急時の対応）

- ・ 事業者は、現に通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

第12条（連 携）

1. 事業者は、通所介護の提供にあたり、介護支援専門員等および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
2. 2 事業者は、利用者と契約を結んだ場合はこの契約書の写しを必要であれば介護支援専門員等に送付します。
3. 3 事業者は、この契約の内容が変更された場合または契約が終了した場合は、その内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員等に送付します。なお第7条2項または4項に基づいて、解約通知をする際は、自前に介護支援専門員等に連絡します。
4. 事業者は、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
5. 通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね6月に1回以上運営推進会議を開催します。
6. 運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

第13条（相談・苦情対応）

1. 事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、通所介護に関する利用者の要望、苦情などに対し、迅速かつ適切に対応します。

第14条（信頼誠実の原則）

1. 利用者および事業者は、信頼誠実をもってこの契約を履行するものとします。
2. この契約に定めない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを遵守し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第15条（裁判管轄）

- (3) この契約に関してやむをえず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを合意します。

上記の契約を証するため本通二通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、一通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者 <住 所> 東京都杉並区荻窪三丁目7番30号
<事業者名> 社会福祉法人 櫻灯会
デイサービスセンター ほのかおぎくぼ

契約者
《住 所》 _____
《氏 名》 _____ 印

保証人
《住 所》 _____
《氏 名》 _____ 印
ご関係 ()

(第9条の規定における情報提供に関する同意について)

第9条の規定を理解し、介護保険制度上必要な機関に対し、その情報を提供することに対して同意します。

《氏 名》 _____ 印
《ご家族氏名》 _____ 印

- ①使用目的

 - ・利用者のサービス計画を立案し、円滑にサービス提供を行うために開催するサービス担当者会議における情報提供。
 - ・介護支援専門員等、サービス事業所との連絡調整において必要な場合。
 - ・サービス提供に関して主治医又は保険者の意見を求める必要がある場合。

②使用にあたっての条件

- ・情報の提供は必要最小とし、関係する者以外の者に漏れることのないよう十分注意する。
- ・情報を使用した会議の内容や相手方などについて記録する。



デイサービスセンター ほのかおぎくぼ