

「指定通所介護」重要事項説明書

社会福祉法人 秀幸福社会
庄栄エルダーデイサービスセンター

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」の規定の基づき、指定通所介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。しかし、緊急を要する状況にある方は、要介護認定申請後、暫定的にご利用していただくことも可能です。

1. 事業者について

| | |
|-------|---|
| 事業者名 | 社会福祉法人 秀幸福社会 |
| 法人所在地 | 大阪府茨木市庄2丁目7番35号 |
| 電話番号 | 072-631-5151 |
| 代表者氏名 | 理事長 中尾 巖 |
| 設立年月日 | 1979年2月6日 |
| 事業内容 | ・介護老人福祉施設事業 ・短期入所生活介護事業 ・通所介護、日常生活支援総合事業 ・認知症対応型通所介護事業 ・訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業 ・地域包括支援センター事業 ・居宅介護支援事業 ・CSW 配置事業 |

2. 事業所について

| | |
|-----------|--------------------|
| 事業所名 | 庄栄エルダーデイサービスセンター |
| 事業所所在地 | 大阪府茨木市庄2丁目7番38号 |
| 電話番号 | 072-631-5151 |
| 事業所長（管理者） | 施設長 中尾 巖 |
| 事業所指定番号 | 大阪府指定 第2774200675号 |
| 開設年月日 | 2000年1月11日 |
| 利用定員 | 一般型49名 |

3. 事業実施地域及び営業時間

| | |
|-----------|---------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日 祝祭日 |
| 休日 | 日曜日 1月1日から1月3日 |
| 受付時間 | 月曜日から土曜日 午前9時から午後6時15分 |
| サービス提供時間 | 月曜日から土曜日 午前9時30分から午後5時45分 |
| 通常の事業実施地域 | 茨木市全域 高槻市 摂津市 吹田市 |

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

4. 職員の配置状況（2025年5月1日 現在）

| 職 種 | 資 格 等 | 常 勤 | 非 常 勤 | 担 当 業 務 | 合 計 |
|---------|-----------|-----|-------|----------|-----|
| 管理者 | 事業所長 | 1名 | 名 | 施設内管理業務 | 1名 |
| 生活相談員 | 社会福祉主事任用 | 1名 | 名 | 相談業務 | 1名 |
| | 介護福祉士 | 1名 | 名 | 相談業務 | 1名 |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士 | 名 | 名 | 機能訓練指導業務 | 名 |
| | 作業療法士 | 1名 | 名 | 機能訓練指導業務 | 1名 |
| 介護・看護職員 | 看護師 | 1名 | 2名 | 看護業務 | 3名 |
| | 准看護師 | 名 | 名 | 看護業務 | 名 |
| | 介護福祉士 | 6名 | 1名 | 介護業務 | 7名 |
| | 介護職員実務者研修 | 名 | 名 | 介護業務 | 名 |
| | 介護職員初任者研修 | 2名 | 3名 | 介護業務 | 5名 |
| | その他 | 名 | 3名 | 送迎業務等 | 3名 |

*常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合

常勤換算では…

1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

主な職種の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|------------|--|
| 1. 介護職員 | 勤務時間：午前9時から午後5時15分 / 午後6時15分 *原則として職員1名あたり8名のお世話をします。 |
| 2. 看護職員 | 勤務時間：午前9時から午後5時15分 / 午後6時15分 *原則として1名の看護職員が勤務します。 |
| 3. 機能訓練指導員 | 勤務時間：午前9時から午後5時15分 |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- ①利用料金が介護保険から給付される場合。
- ②利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合。

（1）介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分9割が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

①入 浴

入浴または、清拭を行います。

②排 泄

ご契約者の排泄介助を行います。

③機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④送 迎

ご自宅の玄関からセンターまでの送り迎えを安全に行います。

【サービス利用料金（1回あたり）】

下記の料金表により、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

* 前記サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

*** 5時間以上6時間未満の場合**

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 1. ご契約者の要介護度 サービス利用料金 | 要介護1 6,416円 | 要介護2 7,545円 | 要介護3 8,684円 | 要介護4 9,792円 | 要介護5 10,931円 |
| 1のうち、介護保険から 給付される金額 | 5,774円 | 6,791円 | 7,816円 | 8,813円 | 9,838円 |
| 2. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） | 642円 | 754円 | 868円 | 979円 | 1,093円 |

*** 6時間以上7時間未満の場合**

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ご契約者の要介護度 サービス利用料金 | 要介護1 6,646円 | 要介護2 7,817円 | 要介護3 8,987円 | 要介護4 10,147円 | 要介護5 11,317円 |
| 1のうち、介護保険から 給付される金額 | 5,981円 | 7,035円 | 8,088円 | 9,132円 | 10,185円 |
| 2. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） | 665円 | 782円 | 899円 | 1,015円 | 1,132円 |

*** 7時間以上8時間未満の場合**

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ご契約者の要介護度 サービス利用料金 | 要介護1 7,388円 | 要介護2 8,694円 | 要介護3 10,032円 | 要介護4 11,391円 | 要介護5 12,728円 |
| 1のうち、介護保険から 給付される金額 | 6,649円 | 7,825円 | 9,029円 | 10,252円 | 11,455円 |
| 2. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） | 739円 | 869円 | 1,003円 | 1,139円 | 1,273円 |

*** 8時間以上9時間未満の場合**

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. ご契約者の要介護度 サービス利用料金 | 要介護1 7,587円 | 要介護2 8,935円 | 要介護3 10,304円 | 要介護4 11,694円 | 要介護5 13,063円 |
| 1のうち、介護保険から 給付される金額 | 6,828円 | 8,042円 | 9,274円 | 10,525円 | 11,757円 |
| 2. サービス利用に係る 自己負担額（1-2） | 759円 | 893円 | 1,030円 | 1,169円 | 1,306円 |

*** 加算について**

実施した場合や事業所が加算適用となる場合に料金が発生します。

| | 利 用 料 金 | 介護保険適用時の 自己負担額 |
|---------------------------|----------------|-------------------|
| 入浴介助加算（*1） | 介助浴1回あたり 418円 | 42円 |
| 個別機能訓練加算Ⅰ（イ）（*1） | サービス1回あたり 585円 | 59円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ（※2）加算の有無（有） | | |
| サービス1回あたり | 188円 | 19円 |

- ※1…入浴介助加算及び個別機能訓練加算は、実施した場合に料金が発生します。
- ※2…介護福祉士が50%以上配置されている事業所です。
- *上記の金額は、特甲地の人件費割合、10.45を掛け合せた金額です。
- *上記の金額は、介護職員処遇改善加算として単位数に9.2%を掛け合せた金額です。
- *上記のサービス利用料の中にサービス提供体制加算(Ⅱ)18単位が含まれます。
入浴介助体制40単位は、ご契約者のご要望により加算させていただきます。
個別機能訓練加算体制加算は、ご契約者のご要望によりセラピスト(理学療法士または、作業療法士)が行った場合に個別機能訓練加算Ⅰ(Ⅰ)(56単位)の加算をさせていただきます。
(入浴介助体制加算、個別機能訓練体制加算につきましても、特甲地の人件費割合10.45を掛け合
わせた金額となります)
- *科学的推進体制加算、1ヵ月40単位加算させていただきます。
- *1ヵ月当たりのお支払額(利用料、利用者負担額、(介護保険を適用する場合)とその他の費用
の合計)の目安

| | |
|----------|--|
| お支払の額の目安 | |
|----------|--|

ご契約者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦、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介護保険から払い戻されます。(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。
償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
介護保険の給付額に変更があった場合変更された額に合わせてご契約者のご負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービスについて

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者のご負担となります。

① 食事の材料の提供(食材料費)

ご契約者に提供する食事代: 1回あたり850円

② 日常生活上必要となる物品

パット、おむつ: 各自持参または当方で貸し出した物については、現物でご返却ください。

*経済状況の著しい変化や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。

③ 実施地域を越えての交通費

(1) 事業所から片道地図上直線距離5キロメートル未満 : 300円

(2) 事業所から片道地図上直線距離10キロメートル以上 : 500円

(3) 利用料金の支払い方法について

前記(1)(2)の料金・費用は、サービス利用開始月から毎月、月末締め翌月27日にあらかじめ指定した銀行口座より引き落としさせていただきます。また、請求書は利用明細を添えて利用月の翌月10日以降にお渡しします。

(4) 利用料の変更について

- ①事業者はご契約者に対して介護報酬基準の改定等により利用料金の変更（増額または減額）を申し入れることができます。
- ②ご契約者が料金の変更を承諾する場合は、新たな料金を記載した文書を作成し、お互いに取り交わします。
ご契約者は、①の料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書で通知することにより、この契約を終了することができます。

(5) 契約の解除、変更、追加について

- ①ご契約者の都合で契約を終了する場合。
契約の解除を希望する日の1週間前までにお申し出ください。
- ②事業者の都合で契約を解除する場合。
やむを得ない事情により契約を解除させていただく場合は、解除1ヶ月前までに文書で連絡いたします。
- ③自動的に契約を終了する場合。
以下の場合には、双方の通知がなくても自動的に契約を終了いたします。
 - ・ご契約者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
 - ・被保険者が資格を喪失された場合（ご契約者が亡くなられた場合）。
 - ・最終サービス利用日から1年が経過した場合。
- ④その他、特別な理由による契約解除の場合。
 - ・ご契約者が文書にてお申し出いただくことにより、直ちに契約を解除することができます。
 - ・ご契約者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合。
 - ・ご契約者の入院もしくは病気などにより2ヶ月以上に渡ってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。
 - ・ご契約者の行動が、他の利用者の生活または行動に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつご契約者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ない場合。
 - ・伝染性疾患により、他の利用者の生活または健康に影響を及ぼす恐れがあり、かつ可能性がある場合。
 - ・ご契約者またはその家族が、事業者やサービス従事者または他の利用者に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
- ⑤利用の変更、追加
 - ・利用予定日の前にご契約者の都合により通所介護サービスの利用を変更、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、事業所にお申し出ください。

(6) キャンセル料について

ご契約者の都合でサービスをキャンセルされる場合、下表のキャンセル料をいただきます。キャンセルが必要となる場合は、至急以下へご連絡ください。

【連絡先】

庄栄エルダーデイサービスセンター 電話 072-631-5151

| | |
|-----------------------------|-------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無 料 |
| 利用日の当日、午前8時30分までにご連絡が無かった場合 | 昼食費の実費 850円 |

※ご契約者の緊急入院など特別な事情による場合には、この限りではありません。

6. 相談、苦情の窓口

(1) 事業所の窓口について

事業所が提供するサービスについての相談苦情を下記の窓口にて承り、迅速に対応してその内容を記録保管して再発予防に役立ちます。

| | |
|-------|--|
| 担当者 | 課長 今井 良 ^{いまい りょう} ・ 統括生活相談員 入江 誠 ^{いりえ まこと} |
| 住 所 | 大阪府茨木市庄2丁目7番38号 |
| 電 話 | 072-631-5151 |
| F A X | 072-631-5141 |
| 受付時間 | 月曜日から土曜日 午前9時から午後5時15分 |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | | |
|-------------------------|-------|---------------------------|
| 茨木市役所 健康医療部 長寿介護課 | 所在地 | 茨木市駅前3丁目8番13号 |
| | 電話番号 | 072-620-1639 |
| | F A X | 072-622-5950 |
| | 受付時間 | 月曜日から金曜日 午前8時45分から午後5時15分 |
| 高槻市役所 介護保険担当課 | 所在地 | 高槻市桃園2丁目1番 |
| | 電話番号 | 072-674-7176 |
| | F A X | 072-674-7183 |
| | 受付時間 | 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時15分 |
| 吹田市市役所 介護保険担当課 | 所在地 | 吹田市泉町1丁目3番40号 |
| | 電話番号 | 06-6384-1231 |
| | F A X | 06-6368-7348 |
| | 受付時間 | 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時15分 |

| | | |
|---|-------|------------------------|
| 摂津市役所 介護保険担当課 | 所在地 | 摂津市三島1丁目1番1号 |
| | 電話番号 | 06-6383-1111 |
| | F A X | 06-6383-9031 |
| | 受付時間 | 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時15分 |
| 大阪府国民健康保険 団体連合会 介護保険課介護保険室 | 所在地 | 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 |
| | 電話番号 | 06-6949-5418 |
| | F A X | 06-6383-7348 |
| | 受付時間 | 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時15分 |
| 大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会 福祉サービス苦情解決 委員会 | 所在地 | 大阪市中央区谷町7丁目4番15号 |
| | 電話番号 | 06-6191-3130 |
| | F A X | 06-6191-5660 |
| | 受付時間 | 月曜日から金曜日 午前10時から午後4時 |

7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

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

8. 事故発生時の対応措置について

当事業所が、ご契約者に対して行う指定通所介護の提供により事故が発生した場合には、速やかにご契約者の家族、所管の市町村などに連絡を行います。また賠償すべき内容である場合には、損害賠償を速やかに行います。

なお当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|-------|--------------------|
| 保険会社名 | あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
| 保険名 | 損害賠償保険 |
| 保険の概要 | 入院・見舞い等 |

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) ご契約者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者および事業従事者は、サービスの提供で知り得たご契約者およびその家族に関する秘密は、正当な理由なく第3者に提示しません。

この秘密を保持する義務は、契約を解除した後も継続します。

本事業所は、通所介護に関する記録は整備し通所介護完結から5年間保存する。

(2) 個人情報の保護について

事業者は、ご契約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などにおいてご契約者およびその家族の個人情報を用いません。

事業者は、ご契約者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、厳重な環境のもと管理し、また処分の際にも第3者への漏洩を防止します。

10. 非常災害対策について

(1) 事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

非常災害に関する担当者： 中尾 巖

(2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報および連携体制を整備してそれらを定期的に従業員に周知します。

(3) 年2回定期的に避難救出その他、必要な訓練を実施します。

11. 衛生管理などについて

(1) 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備または飲用に供する水について衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。

(2) 食中毒および感染症の発生を防止するための措置などについて、必要に応じて所管の保健所の助言、指導を求めるとともに綿密な連携に努めます。

(3) 指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員長をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

② 事業所における感染症の予防及びまん延のための指針を整備しています。

③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

12. 虐待防止について

(1) 事業者は、ご契約者などの人権の擁護、虐待の防止に努めます。

(2) 事業所のご契約者などへの虐待防止に関する責任者を配置します。

虐待防止に関する責任者：課長 今井 良

(3) 地方公共団体が講ずる高齢者虐待防止のための啓発活動および虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力いたします。

(4) 虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに地域包括支援センター、所管の市町村などに報告・相談をします。

(5) 事業者は、高齢者虐待防止のためスタッフに研修を実施します。

1 3. 身体拘束の禁止について

ご契約者は緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他行動を制限されることはありません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、身体拘束による心身の損害よりも拘束をしないリスクの方が高い場合で、切迫性・非代替性・一時性の3要素全てを満たした場合のみご契約者、代理人もしくは、身元引受人への説明と同意を得て行います。

また身体拘束を行った場合には、その状況についての経過記録の整備を行い、出来るだけ早期に拘束を解除すべく努力をいたします。

1 4. 施設利用の留意事項

(1) 設備、器具の利用

施設内の設備、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、破損などが生じた場合には、賠償していただく場合がございます。

(2) 金銭、貴重品の管理

高額な金銭、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。紛失されても当施設では責任を負いかねます。

(3) 所持品の持ち込み

マッチ、ライターなど火気の持ち込みは禁止させていただきます。

1 5. 通所介護従事者の禁止行為

通所介護従事者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- (1) 医療行為（ただし、看護師、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- (2) 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- (3) 利用者又は家族からの金銭、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（利用者又は第三者等の生命や身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除く）
- (5) その他利用者又は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
- (6) 事業者の職員に対して行う暴言、暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- (7) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為

1 6. 送迎評価の見直し

- (1) 利用者が自ら通う場合。
- (2) 家族が送迎を行う場合。
- (3) 事業所が送迎を実施していない場合。
- (4) 送迎が行わない場合47単位/片道の減算対象となります。

1 7. 通所介護における延長加算について

- (1) 所要時間が9時間以上10時間未満の指定通所介護の前後に日常生活上の世話をを行った場合。
- (2) 指定通所介護の所要時間と指定通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上となる時。

1 8. ハラスメント対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3) 意に沿わない性的行動、行為的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

上記は当核法人職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。

- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基の即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対して、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

19. 業務継続計画の策定等について

- (1) 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朝の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当核業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- (3) 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います。

〈重要事項説明書附属文書〉

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上4階、地下1階
- (2) 建物の延べ床面積 3,572.57㎡
- (3) 事業所の周辺環境 南面日当たり良好、騒音なし

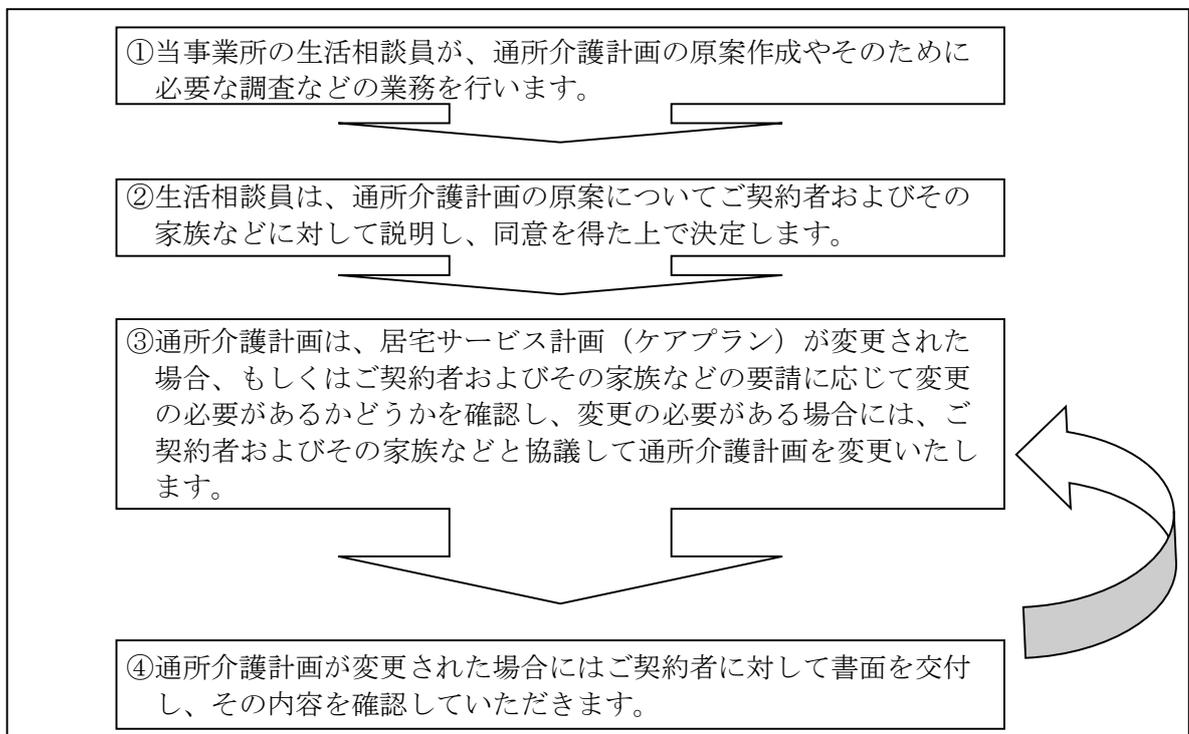
2. 職員の配置状況

(配置職員の職種)

- ・介護職員… ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談、助言などを行います。8名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。
- ・生活相談員… ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。2名の生活相談員を配置しています。
- ・看護職員… 主にご契約者の健康管理や療養上の処置を行いますが、日常生活上の介護、介助なども行います。2名の看護職員を配置しています。
- ・機能訓練指導員… ご契約者の機能訓練を担当します。1名の機能訓練指導員を配置しています。

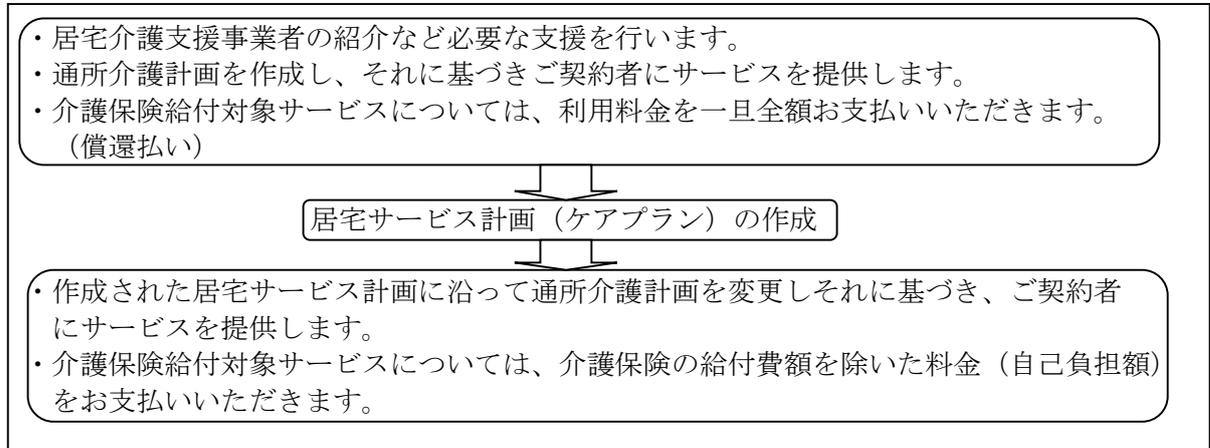
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービスの内容やサービス提供方針については「居宅サービス計画」(ケアプラン)がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画」に定めます。

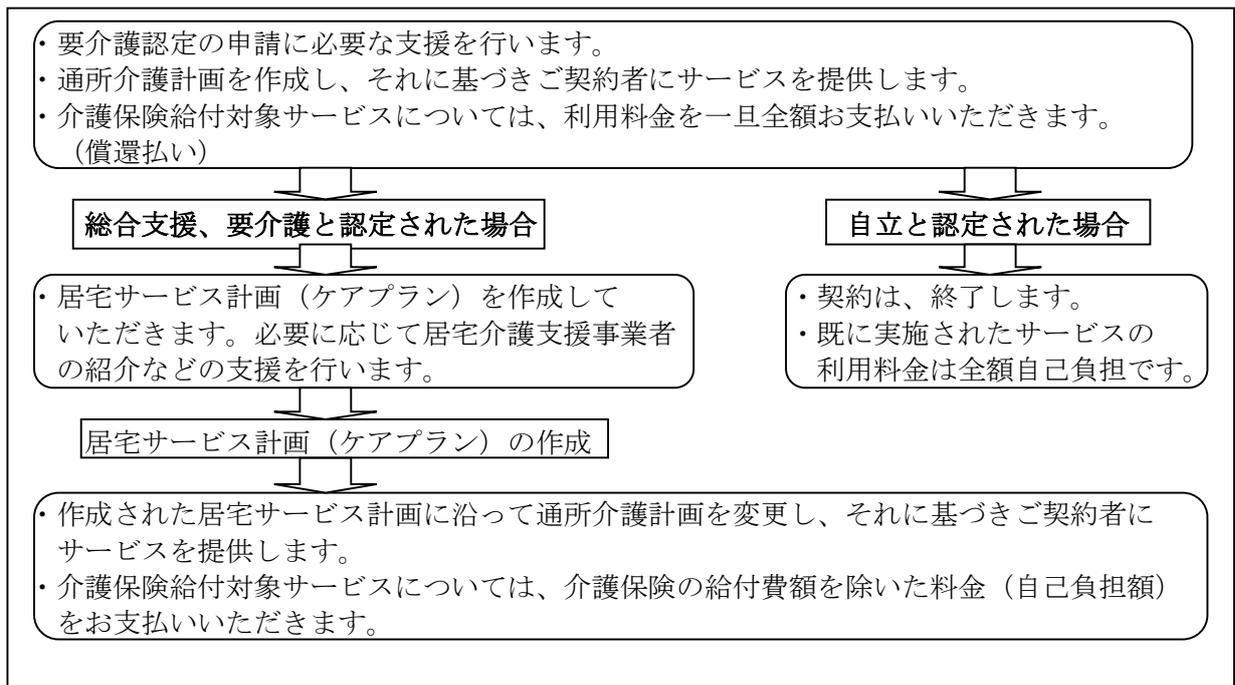


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは、次のとおりです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合は、医師または看護職員と連携の上ご契約者から聴取し確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともにご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ複写物を交付します。
- ④ご契約者のサービス提供において、ご契約者の病状に急変が生じた場合には、速やかに主治医への連絡を行うなどの措置を講じます。

- ⑤ご契約者に対する身体的拘束、その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体などを拘束する場合があります。
- ⑥事業者およびサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはそのご家族に関する事項を正当な理由なく第三者に提示しません（守秘義務）。ただし、ご契約者に緊急な医療上の処置が必要な場合には、医療機関などにご契約者の心身などの情報を提供します。また、ご契約者との契約の解除に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にてご契約者の同意を得ます。

5. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生についてご契約者に故意または過失が認められた場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. サービスの利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は契約締結の日からご契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日間前までにご契約者から契約終了の申し入れが無い場合には、契約はさらに同じ条件で更新され以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由が無い限り継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には当事業所との契約は終了します。

- ①ご契約者が亡くなった場合。
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合。
- ③事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ④施設の滅失や重大な毀損によりご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ⑤当事業所が、介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。
- ⑥ご契約者から解約または契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）。
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください）。

（1）ご契約者からの解約、契約解除の申し出

契約の有効期間であってもご契約者から利用契約を解約することができます。

その場合には、契約終了を希望する日の2日前までに解約届書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約、解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ②ご契約者が入院された場合。
- ③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合。
- ④事業者もしくはサービス従事者が、正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合。
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の心身、財物、信用などを傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合。
- ⑦他の利用者が、ご契約者の身体、財物、信用などを傷つけた場合もしくは傷つけられる恐れがある場合において、事業所が適正な対応を取らない場合。

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただく場合があります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴などの重要事項について故意にこれを告げずまたは不実の告知を行いその結果、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合。
- ④ ご契約者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ③ご契約者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者などの生命、身体、財物、信用などを傷つけまたは著しい不信行為を行うことなどによって本契約を継続し難い重大な事情を生じさせて場合。

(3) 契約の解除に伴う援助

契約を解除する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境などを勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

重要事項説明の年月日 令和 年 月 日

上記内容について「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並び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を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」の規定のに基づき、利用者に説明を行いました。

事業者

所在地 大阪府茨木市庄2丁目7番35号

事業者名 社会福祉法人 秀幸福社会

代表者名 理事長 中尾 巖 印

事業所

所在地 大阪府茨木市庄2丁目7番38号

事業所名 庄栄エルダーデイサービスセンター

指定番号 大阪府指定 第2774200675号

管理者名 施設長 中尾 巖 印

説明者 _____

私は、本書面により事業者から通所介護についての重要な事項の説明を受け、本書面を受領いたしました。

利用者

住 所

氏 名 印

代理人（代筆者）【利用者との関係： ｝

住 所

氏 名 印