

特別養護老人ホーム サンリットひまわり園

## デイサービスセンター

### 重要事項説明書

【指定通所介護（予防）】

---

殿

社会福祉法人 松波福社会

サンリット ひまわり園

## 「指定通所介護」

特別養護老人ホーム サンリットひまわり園 利用重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

指定通所介護

(兵庫県指定第2872100066号)

当施設は契約者に対し指定通所介護サービスを提供します。事業者の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### 1. 施設経営法人

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 松波福祉会      |
| (2) 法人所在地 | 高砂市高砂町松波町 440 番 5 |
| (3) 電話番号  | 079-443-0070      |
| FAX       | 079-443-0501      |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 小島 真美         |
| (5) 設立年月日 | 平成 5 年 12 月 28 日  |

### 2. ご利用施設の概要

- |             |                                                                                                                                                                         |          |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| (1) 建物の構造   | 鉄筋コンクリート造                                                                                                                                                               | 3 階建     |
| (2) 延床面積    | 6, 315. 42 m <sup>2</sup>                                                                                                                                               |          |
| (3) 併設事業    | ・ ケアハウス                                                                                                                                                                 | 30 名     |
|             | ・ デイサービス (通所介護)                                                                                                                                                         | 30 名/日   |
|             | ・ ショートステイ (短期入所生活介護)                                                                                                                                                    | 2 名・空床利用 |
|             | ・ シルバーハウジング事業                                                                                                                                                           | 35 戸     |
|             | ・ 在宅介護支援センター                                                                                                                                                            |          |
|             | ・ 居宅介護支援事業所                                                                                                                                                             |          |
| (4) 施設の周辺環境 | 高砂市の南東部に位置し、交通の便もよく (山陽電車高砂駅下車徒歩 8 分)<br>周辺にはコンビニエンスストアや商店があり、高砂市のユーアイタウン構想の一環として広大な福祉ゾーンの中に建設され、南向きで日当たりも良好です。隣接には、高砂市福祉交流センターや老人保健施設や噴水公園があり、駐車場も完備した都市型の特別養護老人ホームです。 |          |

### 3. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定通所介護事業所（老人デイサービス）

※当事業所は特別養護老人ホーム サンリットひまわり園に併設されています。

- (2) 施設の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、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、ご契約者に、日常生活を営むために必要な共用施設等をご利用いただき、通所介護サービスを提供します。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム サンリットひまわり園

- (4) 施設の所在地 高砂市高砂町松波町 440 番 5

交通機関 山陽電車 高砂駅下車 徒歩 8 分

- (5) 電話番号 079-443-0070

FAX 079-443-0501

- (6) 施設長（管理者） 施設長 藤本 政高

- (7) 当施設の運営方針

居宅サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行うことにより、利用者が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にすることを目指す。

- (8) 開設年月日 平成 6 年 8 月 8 日

- (9) 入所定員 通所介護 30 人／日（高砂市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスとの合計の範囲内）

- (10) 通常の事業の実施地域

高砂市・加古川市

- (11) 営業日及び営業時間

|              | 通所介護                       |
|--------------|----------------------------|
| 営業時間         | 月曜～土曜 8：30～17：30           |
| 受付時間         | 月曜～土曜 8：30～17：30           |
| サービス<br>提供時間 | 実質利用時間<br>月曜～土曜 9：20～16：30 |

#### 4. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス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ふまえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下、「個別サービス計画」という）に定めます。

##### （１）「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されている場合

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第３条参照）

① 当事業所の職員が個別サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当します。



② その担当者は個別サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



③ 個別サービス計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合やご契約者及びその家族等の要請がある場合には、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して変更します。



④ 個別サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

##### （２）「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合

サービス提供の流れは次の通りです。

##### ① 要介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づきご契約者にサービス提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、サービス利用料金合計をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

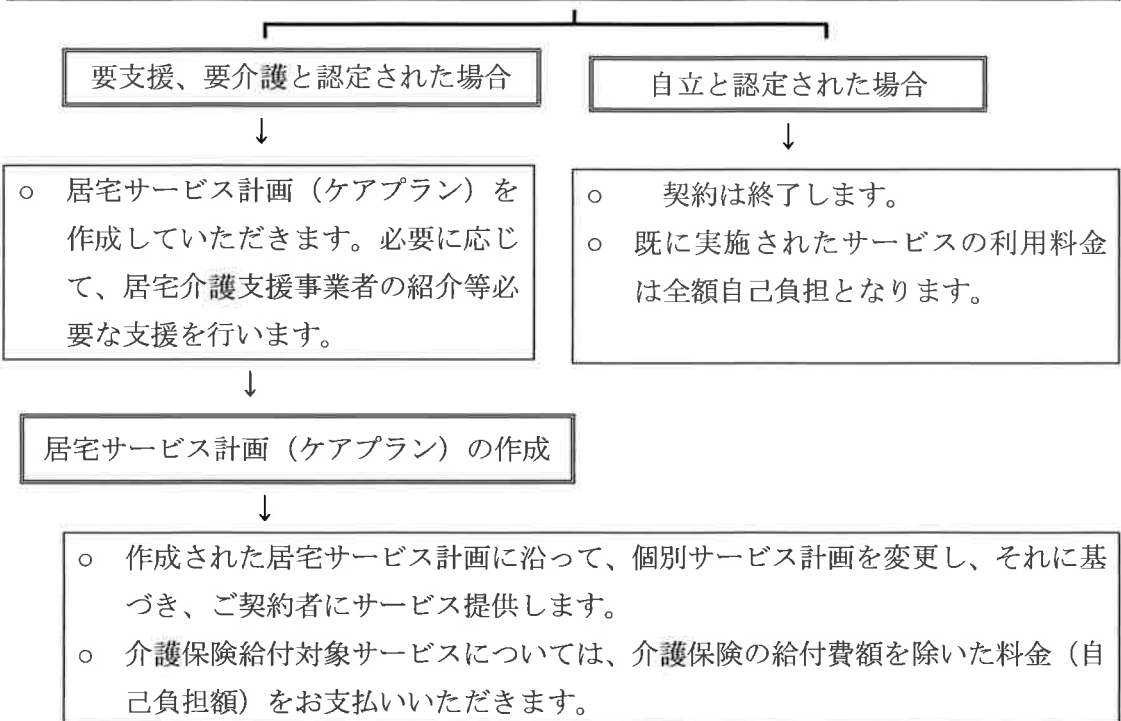


居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

- ↓
- 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
  - 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

② 要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、サービス利用料金合計をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）



## 5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

| 職 種         | 通所介護   |        |
|-------------|--------|--------|
|             | 常勤換算   | 指定基準   |
| 1. 施設長（管理者） | （兼務） 1 | （兼務） 1 |
| 2. 生活相談員    | 2      | 1      |

|            |        |        |
|------------|--------|--------|
| 3. 介護職員    | ※ 4    | ※ 4    |
| 4. 看護職員    | ※ 1    | ※ 1    |
| 5. 機能訓練指導員 | (兼務) 1 | (兼務) 0 |
| 6. 介護支援専門員 | 0      | 0      |
| 7. 医師      | —      | 必要数    |
| 8. 栄養士     | (兼務) 1 | (兼務) 0 |

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設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        | 通所介護              |
|------------|-------------------|
| 1. 施設長     | (兼務) 8:45 ～ 17:30 |
| 2. 生活相談員   | 8:30 ～ 17:30      |
| 3. 介護職員    | 8:30 ～ 17:30      |
| 4. 看護師     | 8:30 ～ 17:30      |
| 5. 機能訓練指導員 | 8:30 ～ 17:30      |
| 6. 介護支援専門員 | —                 |
| 7. 医師      | —                 |
| 8. 管理栄養士   | (兼務) 8:45 ～ 17:30 |

〈主な職員の職務内容〉

| 職 種        | 職 務 内 容         |
|------------|-----------------|
| 1. 施設長     | 職員の指導管理と事業運営の統括 |
| 2. 生活相談員   | 相談及び助言、連絡調整     |
| 3. 介護職員    | 介護全般            |
| 4. 看護師     | 健康管理全般          |
| 5. 機能訓練指導員 | 機能訓練全般          |
| 6. 介護支援専門員 | 施設サービス計画の作成     |
| 7. 医師      | 医療全般            |
| 8. 管理栄養士   | 給食、栄養全般         |

## 6. 当施設が提供するサービスと利用料金

ご契約者に対して介護保険の給付の対象となるサービスと介護保険の給付対象とな  
らないサービスとがあります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、ご契約者の利用者負担の割合に応じて介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 食事介護

当事業所では、管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、栄養ならびに契約者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。

② 入浴介護

毎日入浴を行っています。

また、機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄介護

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 個別機能訓練

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。

個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービスを提供します。

⑤ 健康管理

看護職員が、健康管理を行います。

⑥ 栄養マネジメント

低栄養状態にあるか又はその恐れがあるご契約者に対し、栄養管理士が看護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、サービスを実施して栄養改善に努めます。

⑦ 定例行事及びレクリエーション

定例行事により四季の季節が感じられるよう支援します。また、誕生会やレクリエーションにより、利用者の親睦を図ります。

〈各月の主なレクリエーション〉

1月＝お正月

7月＝七夕

2月＝節分

8月＝夏祭り

3月＝お雛祭り

9月＝敬老会

4月＝お花見

10月＝運動会

5月＝端午の節句

11月＝紅葉狩り

6月＝海岸散策

12月＝クリスマス

＜サービス利用料金＞（契約書第 8 条参照）

下記の料金表による自己負担額と食費の合計金額をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、要介護度に応じて異なります）

## 指定通所介護サービス利用料金表（1 日あたり）

【令和 8 年 7 月 1 日改正】

併設型通所介護「7 時間以上 8 時間未満」の場合

地域区分＝7 級地（地域区分単価 1 0.1 4）

|                  | 要介護 1 | 要介護 2  | 要介護 3  | 要介護 4  | 要介護 5  |
|------------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 通所介護（単位）         | 658   | 777    | 900    | 1,023  | 1,148  |
| 入浴介助加算（単位）       | 40    | 40     | 40     | 40     | 40     |
| 個別機能訓練加算（単位）     | 56    | 56     | 56     | 56     | 56     |
| サービス提供体制強化加算（単位） | 22    | 22     | 22     | 22     | 22     |
| 介護職員等処遇改善加算（単位）  | 93    | 107    | 122    | 137    | 152    |
| サービス利用料金合計（円）    | 8,811 | 10,159 | 11,559 | 12,958 | 14,378 |
| 介護保険給付額（9 割）（円）  | 7,928 | 9,141  | 10,402 | 11,661 | 12,938 |
| 〃（8 割）（円）        | 7,048 | 8,126  | 9,246  | 10,365 | 11,501 |
| 〃（7 割）（円）        | 6,167 | 7,110  | 8,090  | 9,070  | 10,063 |
| 自己負担額（1 割）（円）    | 883   | 1,018  | 1,157  | 1,297  | 1,440  |
| 〃（2 割）（円）        | 1,763 | 2,033  | 2,313  | 2,593  | 2,877  |
| 〃（3 割）（円）        | 2,644 | 3,049  | 3,469  | 3,888  | 4,315  |
| 食費（円）            | 650   | 650    | 650    | 650    | 650    |
| 自己負担額（1 割）合計（円）  | 1,533 | 1,668  | 1,807  | 1,947  | 2,090  |
| 〃（2 割）合計（円）      | 2,413 | 2,683  | 2,963  | 3,243  | 3,527  |
| 〃（3 割）合計（円）      | 3,294 | 3,699  | 4,119  | 4,538  | 4,965  |

※この他、栄養改善や口腔機能向上指導を受けられた場合は一回につき 1 5 0 単位の加算があり、送迎を行わない場合は一回につき 4 7 単位の減算があります。

その他、紙パンツ代（1 回 200 円）や特別な行事経費は実費を徴収する場合があります。

国における介護報酬改定に伴い上記の金額に変更が生じることがありますのであらかじめご了承ください。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

- ① 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合  
前記の利用料金表に定められたサービス利用料金合計が必要となります。
- ② サービス提供についての記録、その他複写物を必要とする場合  
1枚につき10円をご負担いただきます。
- ③ 食費  
昼食代として1日につき650円をご負担いただきます。
- ④ レクリエーション等で実費が必要な場合  
参加費は原則として無料ですが、特別な材料を使用する場合の材料費や、  
旅行をする場合の旅費など経費の実費を徴収する場合があります。
- ⑤ 通常の事業実施区域外への送迎（但し、片道50kmまで）  
ご契約者が、通常の事業実施区域外にお住まいの場合は、  
介護保険の送迎料金に加えて下記の料金を負担していただきます。  
「利用料金」：一律2,000円

- ⑥ 理髪サービス  
月に1回出張による理髪サービスをご利用いただけます。  
「利用料金」：1回あたり1,500円

- ⑦ 紙パンツを提供した場合  
1枚につき200円をご負担いただきます。

- ☆ ご契約者がま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いったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険に請求すると払い戻されます。（償還払い）  
償還払いの時は「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ 食事等は事前に「居宅サービス計画」に沿って準備しますので、ご契約者の都合による突発的な変更の場合は料金がかかることがあります。
- ☆ 送迎の範囲は原則として、ご家族の立会いのもと、自宅前までとさせていただきますが、ご家族の立会いが無い場合や住居の中まで行う場合は、別途ご相談ください。
- ☆ 介護保険の給付額に変更があった場合は、変更された額に沿って負担額を変更します。
- ☆ ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

### (3) 利用料金のお支払方法

前記の料金及び費用は、1 か月毎に請求させていただきます。翌月 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1 か月に満たない期間のサービス利用料金は、利用日数により計算した金額とします。)

#### ○ 預金口座振替 (手数料はかかりません)

本人またはご家族の預金口座から施設の口座へ自動振替が便利です。振替日は毎月 20 日としますが、当日が金融機関の休日となる場合はその翌日となります。

ただし、預金口座振替をする場合は、事前に手続が必要です。詳しくは係りの者にご相談ください。

#### ○ 下記指定口座への振込み (振込手数料がかかります)

金融機関名 : 但陽信用金庫 高砂中央支店  
預金種別 : 普通預金  
口座番号 : 5 0 8 2 7 6 5  
口座名義 : 社会福祉法人 松波福祉会  
特別養護老人ホームサンリットひまわり園  
理事長 小島 真美

#### ○ 施設窓口での現金支払

### (4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第 9 条参照)

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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、利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消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。但し、ご契約者の体調不良等、正当な事由がある場合には、この限りではありません。

(利用取消料)

|                        |          |
|------------------------|----------|
| ・利用予定日の前々日 (2 日) までの取消 | 無 料      |
| ・利用予定日の前日 (1 日) までの取消  | 利用料の 50% |
| ・利用予定日の当日の取消           | 利用料全額    |

○ 介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の 50%もしくは全額となります。

○ サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業者の状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間または日時を契約者に提示して協議します。

(5) サービス利用中の医療の提供について

緊急な医療を必要とする場合は、契約者及びご家族の希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。ただし、下記医療機関での優先的な診療、入院治療を保証するものではなく、この医療機関での診療、入院治療を義務づけるものではありません。

なお、診療に係る医療費は別途自己負担となります。

〈協力医療機関〉

|         |                  |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 社団 松本会 松本病院 |
| 所在地     | 加古川市加古川町栗津 232-1 |
| 診療科目    | 内科・外科・整形外科・放射線科  |
| 電話番号    | (079) 424-0333   |

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の7日前までに契約者から契約の終了の申し入れがない場合には、契約は新しい「要介護認定期間」同じ条件で更新され、以降も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、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、当事業者との契約は終了します。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が死亡した場合。</li><li>② ご契約者が施設入所した場合。</li><li>③ 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。</li><li>④ 事業所の滅失や重大な毀損により契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合。</li><li>⑤ 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。</li><li>⑥ 契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合。（詳細は以下参照）</li><li>⑦ 事業者から契約解除の申し出を行った場合。（詳細は以下参照）</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1) ご契約者からの中途解約・契約解除の申し出（契約書第19条、第20条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部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7日前までに「解約届」をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約解除）（契約書第21条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。その場合には、契約終了を希望する日の30日前までにその理由を通知します。

- ① ご契約者が、契約締結に際して、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い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払が6か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合。
- ③ ご契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ ご契約者の行動が他の利用者やサービス従業者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第22条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第18条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第11条、第12条参照）

事業者は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第11条第12条に規定される義務を負います。

事業者は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、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、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。  
ただし、複写費用については、重要事項説明書記載のコピー代をいただきます。
- ④ 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等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたり知り得たご契約者又はその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。  
(守秘義務)

ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等情報を提供します。また、ご契約者の円滑な契約終了のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得て行います。

## 9. サービス利用に関する留意事項

サービス利用にあたり、下記の事項をお守り下さい。

### (1) 持ち込みの制限

- ・事業者以下に以下の物は原則として持ち込むことができません。

例) ・危険物  
・ストーブ、コンロ等の火気を伴う器具  
・ペット類  
・その他、施設長が認めないもの

### (2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第10条・第11条参照）

- ・共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には必要な措置をとることができるものとします。  
但し、その場合はご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。
- ・当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。
- ・他人の迷惑となる行為は禁止します。（けんか、口論、泥酔、中傷、ハラスメント、他）

### (3) 喫煙

- ・施設内は禁煙となっております。決められた喫煙スペース以外での喫煙はご遠慮ください。

## 10. 衛生管理等

事業所において感染症が発生、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。

- (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会をおおむね6か月に1回以上開催し、従業員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。

#### 1 1. 非常災害対策

- ・事業所は、非常災害にそなえて、消防計画・風水害・地震等の災害に対処する計画を作成し、年に2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ・事業所は、消防訓練・風水害・地震等の災害に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるように連携に努めます。

#### 1 2. 虐待防止の対応について

1. 事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。
  - (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
  - (2) 虐待防止のための指針の整備
  - (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施
  - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
2. 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します。

#### 1 3. 業務継続計画の策定等

1. 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、入所者にたいする指定介護入所生活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期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
2. 事業所は、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実施するものとする。
3. 事業所は、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する。

#### 1 4. ハラスメントの対応について

事業所は、適切な指定介護入所生活介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されること(ハラスメント等)を防止するための方針を明確化等の必要な措置を講じるものとします。

#### 15. 事故発生事業者の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明しその被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

#### 16. 損害賠償について（契約書第15条、第16条参照）

（1）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。

但し、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合において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は、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

（2）事業者は、自己の責に記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 契約者（その家族、身元引受人等含む）が契約締結に際し、契約者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
- ② 契約者（その家族、身元引受人等も含む）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つぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 契約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
- ④ 契約者が事業者もしくはサービス従事者の指示等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

## 17. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

### （1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付けます。

#### ○ 受付時間

毎週 月 ～ 金曜日

10:00 ～ 17:00

（電 話）079-443-0070

（FAX）079-443-0501

#### ○ 苦情受付担当者

生活相談員 夏木 美智

#### ○ 苦情解決責任者

施設長 藤本 政高

### （2）その他関係機関の相談窓口

高砂市 市民部介護保険課・・・ 079-443-9063

加古川市 福祉部介護保険課・・・ 079-427-9123

兵庫県国民健康保険団体連合会

（介護サービス苦情相談窓口）・・・（直通）078-332-5617

（FAX）078-332-5650

兵庫県加古川健康福祉事務所監査・地域福祉課・・・ 079-421-9296

加古川市加古川町寺家町天神木 97-1 加古川総合庁舎 3 階

令和 年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分 )  
通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

《事業者》 高砂市高砂町松波町 440 番 5  
社会福祉法人 松波福祉会  
特別養護老人ホーム サンリットひまわり園

説明者職名 \_\_\_\_\_

説明者名 \_\_\_\_\_ (印)

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、  
通所介護サービスの提供開始に同意しました。

《契約者》

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

契約者が署名出来ないことにより、契約者本人以外の者が署名する場合は、  
いずれかの番号に○を記してください。

1. 身元引受人が署名する。

《身元引受人》

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(契約者との関係 )

2. 身元引受人とは異なる下記の者が署名する。

《署名代行者》

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(契約者との関係 )