

総合事業通所介護 重要事項説明書

～デイサービス サンライフ岡田～

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(姫路市指定 第 2874010446 号)

当事業所は、ご契約者に対して総合事業通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用される上でのご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 ささゆり会
- (2) 法人所在地 〒 670-0072
兵庫県姫路市御立東5丁目1番-1号
- (3) 電話番号及びFAX番号 電話番号 (079)-291-6666
FAX (079)-291-6667
- (4) 代表者氏名 理事長 笹山 周作
- (5) 厚生労働大臣（兵庫県知事）認可年月日 平成7年12月26日
- (6) インターネットアドレス <https://sasayurikai.or.jp>

2 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨造かわらぶき2階建
- (2) 建物の延べ床面積 864.02 m²
- (3) 施設の周辺環境 姫路の市街地の中に位置し、交通至便でコンビニエンスストア、大型飲食店も近くにあり、日常生活に大変便利な環境です。

事業所の説明

- (1) 事業所の種類 総合事業通所介護事業所
指定介護予防通所介護事業所・令和3年 1月 1日 兵庫県指定 第 2874010446 号
- (2) 事業所の目的
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、食堂及び機能訓練室等をご利用いただき、総合事業通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイサービス サンライフ岡田

- (4) 事業所の所在地 姫路市岡田 51 番
交通機関 JR 姫路駅より神姫バス姫路商業高校前行 西庄バス停下車 徒歩 8 分
- (5) 電話番号及び F A X 番号 TEL 079-299-6633 FAX 079-299-6634
- (6) 施設長（管理者）氏名 管理者 岩谷 由佳子
- (7) 事業所の運営方針
- ① 在宅における要支援者または事業対象者が事業所を利用することにより社会的孤独感の解消・心身機能の維持向上、更に自立的生活の助長等の援助を行うと共に、家族の身体的・精神的な負担の軽減を図るように努める。
 - ② 事業者は、要支援者または事業対象者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより心身機能の維持回復を図ると共に生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
 - ③ 事業者は、事業の実施に当たっては地域包括支援センター等と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設（サービス開始） 総合事業通所介護 令和 3 年 1 月 1 日
- (9) 事業所が行っている他の業務 [通所介護] 令和 3 年 1 月 1 日 姫路市指定 第 2874010446 号
- (10) 通常の実施地域 姫路市（灘中・大津中・朝日中・網干中・林田中・大的中・家島中・坊勢中学校区を除く）とする。
- (11) 営業日及び営業時間 営業日時 月曜日～土曜日（定休日 日曜日）
（年始 1 / 1 ～ 1 / 3 までは除く）
営業時間 8 時 3 0 分～ 1 7 時 3 0 分
サービス提供時間 9 時 0 0 分～ 1 6 時 3 0 分
- (12) 利用定員 3 5 名 （通所介護事業をあわせて）

3 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、「介護予防サービス計画（介護予防プラン）」または「介護予防ケアマネジメント」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る総合事業通所介護計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。

(1) 契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第 3 条）

- ① 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、同意を得た上で決定します。
- ③ 個別サービス計画は、介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントが変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、個別サービス計画を変更します。

- 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) ご契約に係る「介護予防サービス計画」または「介護予防ケアマネジメント」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要支援認定または事業対象者認定を受けている場合

- 地域包括支援センター、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を提供します。
- 地域包括支援センター等が作成した介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントに沿って、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。
- 総合事業の事業費の給付対象サービスについては、介護保険の予防給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

② 要支援認定または事業対象者認定を受けていない場合

- 要支援認定または事業対象者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。
- 総合事業の事業費の給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）。

(ア) 要支援 1、2 または事業対象者と認定された場合

- 介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントを作成していただきます。必要に応じて、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の紹介等必要な支援を行います。
- 地域包括支援センター等が作成した介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントに沿って、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。
- 総合事業の事業費の給付対象サービスについては、介護保険の予防給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

(イ) 自立、要介護と認定された場合

- 契約は終了します。
- 自立の場合、既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。要介護の場合、介護保険から介護給付が行われることになります。

4 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して総合事業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	配置人員	指定基準	備考
施設長（管理者）	1 人	1 人	兼務
生活相談員	1 人	1 人	

介護職員	5 人	5 人	
看護職員	1 人	1 人	
機能訓練指導員	1 人	1 人	兼務

〈主な職種の業務内容及び勤務体制〉

職 種	業務内容及び勤務体制
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。 ● 標準的な時間帯 8：30～17：30
介護職員	● ご契約者の日常生活上の支援並びに健康保持のために相談・援助等を行います。 ● 標準的な時間帯 8：30～17：30
看護職員	● 主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の支援・介助等も行います。 ● 標準的な時間帯 8：30～17：00、9：00～17：00
機能訓練指導員	● 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。

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）総合事業の事業費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、食費を除き利用料金の大部分（通常7～9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

サービスの種類	概 要
入浴	・入浴に際してご契約者の心身の状況に応じて必要な支援を行います。
食事	・栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
生活相談	・ご契約者に対して、生活相談員等による日常生活上の相談に応じます。
健康管理	・看護職員により、健康管理を行います。
送迎	・ご契約者に対して、通常の実施地域での送迎を行います。
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。

〈サービス利用料金〉（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要支援・事業対象者の認定区分に応じたサービス利用料金から総合事

業の事業費の給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の認定区分に応じて異なります。）

○ ご契約者の認定区分とサービス利用料金（月額）【1割負担】

	要支援1・要支援2・事業対象者	要支援2・事業対象者
① 単位数	1, 798 単位	3, 621 単位
②介護保険料（①×10.14 倍）	18, 231 円	36, 716 円
③うち、介護保険から給付される金額（②の9割）	16, 407 円	33, 044 円
④サービス利用に係る自己負担額（②の1割）	1, 824 円	3, 672 円

○ 加算料金（月額）

	口腔機能向上 加算Ⅰ	口腔機能向上 加算Ⅱ	一体的サービス 提供加算	科学的介護推 進体制加算
①単位数	150 単位	160 単位	480 単位	40 単位
②介護保険料(①の 10.14 倍)	1,521 円	1,622 円	4,867 円	405 円
③うち、介護保険から 給付される金額（②の9割）	1,368 円	1,459 円	4,380 円	364 円
④サービス利用に係る 自己負担額（②の1割）	153 円	163 円	487 円	41 円

	介護職員処遇 改善加算Ⅰ	介護職員処遇 改善加算Ⅱ	介護職員処遇 改善加算Ⅲ	介護職員処遇 改善加算Ⅳ
①単位数	所定単位数の 9.2%	所定単位数の 9.0%	所定単位数の 8.0%	所定単位数の 6.4%
②介護保険料①×10.14 倍)				
③うち、介護保険から給付さ れる金額（②の9割）				
④サービス利用に係る自己負 担額（②の1割）				

	サービス提供体 制強化加算(Ⅰ) 要支援1 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅰ) 要支援2 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅱ) 要支援1 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅱ) 要支援2 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅲ) 要支援1 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅲ) 要支援2 事業対象者
①単位数	88 単位	176 単位	72 単位	144 単位	24 単位	48 単位
②介護保険料①×10.14 倍)	892 円	1784 円	730 円	1460 円	243 円	486 円
③うち、介護保険から給付さ れる金額（②の9割）	802 円	1605 円	657 円	1314 円	218 円	437 円
④サービス利用に係る自己負 担額（②の1割）	90 円	179 円	73 円	146 円	25 円	49 円

○ ご契約者の認定区分とサービス利用料金（月額）【２割負担】

	要支援１・要支援２・事業対象者	要支援２・事業対象者
①単位数	１，６７２単位	３，４２８単位
②介護保険料（①の１０．１４倍）	１８，２３１円	３６，７１６円
③うち、介護保険から給付される金額 （②の８割）	１４，５８４円	２９，３７２円
④サービス利用に係る自己負担額 （②の２割）	３，６４７円	７，３４４円

○ 加算料金（月額）

	口腔機能向上 加算Ⅰ	口腔機能向上 加算Ⅱ	一体的サービ ス提供加算	科学的介護推 進体制加算
①単位数	１５０単位	１６０単位	４８０単位	４０単位
②介護保険料①の１０．１４倍	１，５２１円	１，６２２円	４，８６７円	４０５円
③うち、介護保険から 給付される金額（②の９割）	１，２１６円	１，２９７円	３，８９３円	３２４円
④サービス利用に係る 自己負担額（②の１割）	３０５円	３２５円	９７４円	８１円

	介護職員処遇 改善加算Ⅰ	介護職員処遇 改善加算Ⅱ	介護職員処遇 改善加算Ⅲ	介護職員処遇改 善加算Ⅳ
①単位数	所定単位数の ９．２％	所定単位数の ９．０％	所定単位数の ８．０％	所定単位数の ６．４％
②介護保険料①×１０．１４倍				
③うち、介護保険から給付さ れる金額（②の９割）				
④サービス利用に係る自己負 担額（②の１割）				

	サービス提供体 制強化加算（Ⅰ） 要支援１ 事業対象者	サービス提供体 制強化加算（Ⅰ） 要支援２ 事業対象者	サービス提供体 制強化加算（Ⅱ） 要支援１ 事業対象者	サービス提供体 制強化加算（Ⅱ） 要支援２ 事業対象者	サービス提供体 制強化加算（Ⅲ） 要支援１ 事業対象者	サービス提供体 制強化加算（Ⅲ） 要支援２ 事業対象者
①単位数	８８単位	１７６単位	７２単位	１４４単位	２４単位	４８単位
②介護保険料①×１０．１４倍	８９２円	１７８４円	７３０円	１４６０円	２４３円	４８６円
③うち、介護保険から給付さ れる金額（②の９割）	７１３円	１４２７円	５８４円	１１６８円	１９４円	３８８円
④サービス利用に係る自己負 担額（②の１割）	１７９円	３５７円	１４６円	２９２円	４９円	９８円

○ ご契約者の認定区分とサービス利用料金（月額）【3割負担】

	要支援1・要支援2・事業対象者	要支援2・事業対象者
①単位数	1, 7 9 8 単位	3, 6 2 1 単位
②介護保険料（①の10.14倍）	1 8, 2 3 1 円	3 6, 7 1 6 円
③うち、介護保険から給付される金額（②の7割）	1 2, 7 6 1 円	2 5, 7 0 1 円
④サービス利用に係る自己負担額（②の3割）	5, 4 7 0 円	1 1, 0 1 5 円

○ 加算料金（月額）

	口腔機能向上 加算Ⅰ	口腔機能向上 加算Ⅱ	一体的サービス 提供加算	科学的介護推 進体制加算
①単位数	150 単位	160 単位	480 単位	40 単位
②介護保険料(①の10.14倍)	1,521 円	1,622 円	4,867 円	405 円
③うち、介護保険から 給付される金額（②の9割）	1,064 円	1,135 円	3,406 円	283 円
④サービス利用に係る 自己負担額（②の1割）	457 円	487 円	1,461 円	122 円

	介護職員処遇 改善加算Ⅰ	介護職員処遇 改善加算Ⅱ	介護職員処遇 改善加算Ⅲ	介護職員処遇 改善加算Ⅳ
①単位数	所定単位数の 9.2%	所定単位数の 9.0%	所定単位数の 8.0%	所定単位数の 6.4%
②介護保険料①×10.14倍）				
③うち、介護保険から給付さ れる金額（②の9割）				
④サービス利用に係る自己負 担額（②の1割）				

	サービス提供体 制強化加算(Ⅰ) 要支援1 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅰ) 要支援2 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅱ) 要支援1 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅱ) 要支援2 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅲ) 要支援1 事業対象者	サービス提供体 制強化加算(Ⅲ) 要支援2 事業対象者
①単位数	88 単位	176 単位	72 単位	144 単位	24 単位	48 単位
②介護保険料①×10.14倍）	892 円	1784 円	730 円	1460 円	243 円	486 円
③うち、介護保険から給付さ れる金額（②の9割）	624 円	1248 円	511 円	1022 円	170 円	340 円
④サービス利用に係る自己負 担額（②の1割）	268 円	536 円	219 円	438 円	73 円	146 円

☆要支援または事業対象者の認定区分別の自己負担金額に利用された各種加算金額を足したものが 1 ヶ月当たりのご利用者の負担金額になります。

☆要支援 2 の方の利用が週 1 回の場合、要支援 1 と同じ単位数となります。

☆介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆ご利用者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上記と異なることがあります。

☆送迎を実施していない場合(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は、47 単位の減算の対象になります。1 割(片道 48 円減額) 2 割(片道 96 円減額) 3 割(片道 143 円減額)。(限度)通所型サービス費 1 及び通所型サービス費/22 を算定している場合は、376 単位を、通所型サービス費 2 を算定している場合は、752 単位を限度とします。

※一定以上の所得者のご利用者負担の見直し

一定以上の所得がある第 1 号被保険者(65 歳以上)のご利用者の負担が 2 割・3 割となります。

年金収入等	負担割合	備考
280 万円未満の方	1 割	
280 万円以上の方	2 割	「合計所得金額 160 万円以上」かつ「年金収入+その他合計取得金額 280 万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合 346 万円以上)」単身で年金収入のみの場合 280 万円以上に相当
340 万円以上の方	3 割	「合計所得金額 220 万円以上」かつ「年金収入+その他合計取得金額 340 万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合 463 万円以上)」単身で年金収入のみの場合 344 万円以上に相当

(2) 総合事業の事業費の給付の対象とならないサービス(契約書第 5 条、第 7 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。

〈サービスの概要と利用料金及び自己負担額〉

サービス	サービス内容	自己負担額
レクリエーション クラブ活動	● ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。	要した費用の実費
日常生活	● 日常生活用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただく場合があります。 連絡用ノート 及び クリアケースはご希望者のみ実費をお支払いいただきます。	要した費用の実費
食費	● 食材料費及び調理に係る費用の実費を負担していただきます。	一食あたり 600 円

(i) 〈サービスの概要と利用料金〉介護保険対象外

①介護保険給付の支給限度額を超えてサービス

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は、前記 5(1)(iii)のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の金額（サービス利用にかかる自己負担額ではありません）が必要となります。

②複写物の交付

ご契約者は、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には実費相当分をご負担いただきます。 1 枚につき 2 0 円

③連絡ファイル・クリアケース代（実費）

利用初日にご用意させていただき、利用日のご様子や連絡事項の記載をさせていただきます。

④食費

ご契約者の食費です。 料金：1 回あたり 6 0 0 円

⑤レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に無料で参加していただくことができます

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品は、本人又はご家族様をご用意して下さい。

おむつ代（実費相当額）がかかります。

☆ 経済状況の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) 利用料金のお支払い方法（契約書第 7 条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は次のとおりお支払い下さい。

料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求します。

- 原則、ご契約者様の銀行口座からの引き落としになります。
- ご利用月の翌月の 22 日を引き落とし日にします。残高不足により引き落としが出来なかった場合はご利用月の翌月末までに指定口座にお振込み下さい。（振込手数料はご契約者の負担となります。）

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 8 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、事業者（2 日前までに）申し出て下さい。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により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、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。
- ご契約者の体調不良や状態の改善等により個別サービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は個別サービス計画に定めた期日より多かった場合であっても日割りでの割引又は増額はいたし

ません。

○ ご契約者の状態の変化等によりサービス提供量が個別サービス計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、地域包括支援センター等と調整のうえ、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

○ 月ごとの定額制となっているため、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

① 月途中で認定区分が変更となった場合

(要支援1⇔要支援2、事業対象者→要支援、要介護⇔要支援、事業対象者→要介護)

② 同一保険者内での転居等により事業所を変更した場合

③ 月途中に利用開始となった場合

④ 月途中に利用解除となった場合

月途中で認定区分が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

6 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終了の申入れがない場合には、契約は更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ない限り、継続して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。（契約書第17条参照）

① ご契約者が死亡した場合

② ご契約者が要支援者・事業対象者でなくなった場合

③ 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

④ 事業所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又は指定を辞退した場合

⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合

(詳細は以下をご参照下さい。)

⑦ 事業所から契約解除を申し出た場合

(詳細は以下をご参照下さい。)

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

契約の有効期間中であっても、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・解除届出書をご提出下さい。

但し、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。

- ① 総合事業の事業費の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 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院及び入所された場合
- ④ ご契約者の「介護予防サービス計画」または「介護予防ケアマネジメント」が変更された場合
- ⑤ 事業所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サービスを実施しない場合
- ⑥ 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑧ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を原則、ただちに解除させていただきます。ただし、生命・身体に危険が及ぶ恐れや重大な不利益が生じる場合は 1 ヶ月の猶予をもうける。

- ① ご契約者が、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いが 3 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事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行うことなどによって、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事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）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
- ⑤ 契約者または、その家族等による言動が、身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為、例としてコップを投げつける、蹴られる、唾を吐くなど）、精神的暴力（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、例として大声を発する、怒鳴る、高圧的な態度、特定の職員に嫌がらせをする、「この程度できて当然」と理不尽な要求をする、過大な要求など）、セクシャルハラスメント（意に沿わない性的声かけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為、例えば必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、入浴介助中あからさまな性的な話をするなど）などのサービス従事者へのハラスメントへあたる場合

(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、事業所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。

7 サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11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って、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10条、第11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。但し、コピー代は有料となります。
- 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。
但し、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、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ 事業者及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ご家族等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）。但し、ご契約者の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の情報を提供します。また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。
- ⑦ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、運営規程に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ⑧ ご契約者に対する褥瘡予防のため、褥瘡が発生しないよう適切な支援を行うとともに、その発生を防止するための体制を整備します。
- ⑨ ご契約者に対する感染症対策及び食中毒の発生やまん延を防ぐため、職員へ周知徹底し、感染症対策指針を作成し、職員への研修を定期的に行うものとします。
- ⑩ ご契約者に対する事故発生・再発防止のための措置として、事故発生時の対応等の指針を整備し、事故発生の報告、分析、改善策の職員への周知徹底を図る体制を整備するとともに、事故防止のための委員会、職員への研修を定期的に行うものとします。
- ⑪ 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、人権擁護・虐待防止等に関する責任者の選定及び必要な体制の整備、成年後見制度の利用支援、虐待の防止を啓発・普及するための職員に対する研修を実施します。また、職員は、利用者に対し、身体的苦痛を与え、人格を辱める等の虐待を行いません。

8 サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、危険と思われるようなものは原則として持ち込むことができません。

(2) 事業所・設備の使用上の注意事項（契約書第12条、第13条参照）

食堂、訓練室及び共用施設、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、事業所、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。

○ 当事業所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。

(3) 禁煙

事業所内は禁煙となっております。

9 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やその家族、市町に対して、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。

10 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は、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場合には、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 ご契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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つぱら起因して損害が発生した場合
- ② ご契約者（その家族も含む）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

☆ 当事業所では賠償責任保険の損害保険へ加入しています。保険契約の内容については、サービス提

供の事務室までお問い合わせ下さい。

11 苦情の受付について（契約書第 24 条参照）

（1）当事業所における苦情受付

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。

苦情受付担当者	氏 名	勝目 彩恵
	職 名	相 談 員
受付時間	毎週 月 曜日～ 土曜日	（定休日 日曜日を除く）
	午前 8：30～午後 17：30	
電話番号	079-299-6633	

第三者委員 民生委員	牧 伸明	079-292-1134
	位田 芳代子	079-291-1145
	小野山 久美子	079-294-4726

苦情解決責任者	氏 名	岩谷 由佳子
	職 名	管 理 者
	電話番号	079-299-6633

なお、苦情受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。更に第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

（2）行政機関その他苦情受付機関

○ 国民健康保険団体連合会

所在地	神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1－1801 号
電話番号	078-332-5617
FAX 番号	078-332-5650
受付時間	8：45～17：15 （月）～（金）

○ 姫路市役所 介護保険担当課

所在地	姫路市安田 4 丁目 1 番地
電話番号	079-221-2923
FAX 番号	079-221-2925
受付時間	8：35～17：20 （月）～（金）

12 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合には、重要事項が変更された場合に、利用者に書類を交付して口頭でその内容を通知し、契約者、事業者、身元引受人が署名又は記名捺印のうえ同意確認を得ることとする。

総合事業通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき本重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

日時： 年 月 日 時 分～ 時 分

場所：

● 説明者

所 属 デイサービス サンライフ岡田

氏 名 印

● 事業者

住 所

事業所名

代表者氏名 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、総合事業通所介護サービスの提供開始に同意しました。

● ご契約者（利用者）

住 所

氏 名 印

● 身元引受人

住 所

氏 名 印

（契約者との関係： ）

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、総合事業通所介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

● 署名代行者

住 所

氏 名 印

（契約者との関係： ）