

# 慶生会 リハb y デイ豊南

## 「指定通所介護相当サービス」重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して指定通所介護相当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、契約上ご注意くださいことを次の  
通りご説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が  
対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能で  
す。

### ◆◆目次◆◆

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. 事業者 .....                      | 1 |
| 2. 事業所の概要 .....                   | 2 |
| 3. 事業実施地域及び営業時間.....              | 2 |
| 4. 職員の配置状況 .....                  | 2 |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....        | 3 |
| 6. 身元引受人について（契約書第2 1 条参照） .....   | 7 |
| 7. 高齢者虐待防止について.....               | 7 |
| 8. 事故発生時の対応.....                  | 7 |
| 9. 緊急時の対応方法.....                  | 7 |
| 1 0. 天災及び悪天候時の営業及び臨時休業.....       | 8 |
| 1 1. 苦情の受付について（契約書第2 2 条参照） ..... | 8 |
| 1 2. 身体拘束について.....                | 8 |
| 1 3. 秘密保持と個人情報の保護.....            | 9 |
| 1 4. サービス提供の記録.....               | 9 |

### 1. 事業者

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 慶生会               |
| (2) 法人所在地 | 大阪府大阪市生野区巽東四丁目1 1 番1 0 号 |
| (3) 電話番号  | 0 6 - 6 7 5 8 - 0 0 8 8  |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 永井 正史                |
| (5) 設立年月  | 昭和6 1 年3 月2 5 日          |

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護相当サービス・令和4年2月1日指定  
大阪府指定 第2774009647号
- (2) 事業所の目的 慶生会リハb y デイ豊南は、介護保険法令に従い、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、介護予防通所サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 慶生会 リハb y デイ豊南
- (4) 事業所の所在地 豊中市豊南町東2丁目10番1号
- (5) 電話番号 06-6335-0295
- (6) 事業所長(管理者)氏名 北村 英樹
- (7) 当事業所の運営方針 法人の綱領である「和敬・愛語・感謝」を精神的支柱として人と和を重んじ人間の良き関係を求めて社会福祉事業に邁進し役割を果たす。地域においては、他施設や保健・医療機関など関連施設との連携を強化しその中心的役割を担い、地域福祉の向上に努める。
- (8) 開設年月 令和4年2月1日
- (9) 利用定員 40人

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域  
豊中市（豊南地区、高川地区、小曾根地区、北条地区、千成地区、庄内地区、野田地区、島田地区、豊島地区）  
吹田市一部（芳野町、江の木町、豊津町、広芝町、南金田町、南吹田町、江坂町）

### (2) 営業日及び営業時間

|          |                              |
|----------|------------------------------|
| 営業日      | 月～金（祝祭日は営業）※土・日 12/31～1/3は休業 |
| 受付時間     | 月～金 8：30～17：00               |
| サービス提供時間 | 月～金 9：00～16：30               |

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定介護予防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。※職員の配置については、指定基準を遵守していません。

| 職種                  | 現員<br>(常勤換算) | 指定基準 |
|---------------------|--------------|------|
| 1. 事業所長 (管理者) 兼 相談員 | 1名           | 1名   |
| 2. 介護職員             | 6名           | 6名   |
| 3. 生活指導員 (管理者兼務)    | 1名           | 1名   |
| 4. 看護職員             | 1名           | 1名   |
| 5. 機能訓練指導員          | 1名           | 1名   |

<主な職種の勤務体制>

| 職種      | 勤務体制                                    |
|---------|---|
| 1. 介護職員 | 勤務時間 8:30～17:00                         |
| 2. 看護職員 | 勤務時間 8:30～17:00<br>☆原則として1名の看護職員が勤務します。 |

## 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、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (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負担いただく場合

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、自己負担割合に応じて利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

#### ① 食事の介助 (ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。)

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ 栄養士 (管理栄養士) の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 12:00～13:00

#### ② 排泄

- ・ 利用者の身体能力・状況に応じた、排泄介助を行います。

#### ③ 日常生活動作訓練

- ・ 機能訓練指導員及び看護職員により、利用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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④送迎

- ・ご自宅と施設間の送り迎えを致します。

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額を負担割合に応じ、追加料金としてご負担いただきます。

①個別機能訓練

・機能訓練指導員により、ご契約者の心身などの状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し、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。

②入浴

入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、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（自己負担に応じた金額）をお支払い下さい。

（計算例） 地域加算 10.54にて算出

|                    |                | 通所介護相当サービス費（Ⅰ）                | 通所介護相当サービス費（Ⅱ）                 |
|--------------------|----------------|-------------------------------|--------------------------------|
|                    |                | 対象者要支援1<br>週1回程度の<br>利用が必要な場合 | 対象者・要支援2<br>週2回程度の<br>利用が必要な場合 |
| ご利用<br>単<br>位<br>数 | 基本サービス         | 1,798 単位                      | 3,621 単位                       |
|                    | 注1；日割り計算となった場合 | 59 単位×日数                      | 119 単位×日数                      |
|                    | 科学的介護推進体制加算    | 40 単位                         |                                |
|                    | サービス提供体制加算Ⅱ    | 72 単位                         | 144 単位                         |
|                    | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ   | 176 単位                        | 350 単位                         |
|                    | 単位合計           | 2,086 単位                      | 4,125 単位                       |
| ご利用<br>金<br>額      | 1月あたりのご利用金額    | 21,986 円                      | 43,793 円                       |
|                    | 自己負担（1割）       | 2,199 円                       | 4,380 円                        |
|                    | 自己負担（2割）       | 4,398 円                       | 8,760 円                        |
|                    | 自己負担（3割）       | 6,597 円                       | 13,140 円                       |

※口腔機能向上サービスを受けられた方は 160 単位（1ヶ月当たり）

上記介護サービス料金に加え 1ヶ月分の負担金額は 約 169 円 追加となります

※生活機能向上連携加算を受けられた方は 100 単位（1ヶ月当たり）

上記介護サービス料金に加え 1ヶ月分の負担金額は 約 106 円 追加となります  
注1 ; 日割りとなる場合とは、以下のような場合で、( ) 内の日をもって日割り計算  
を行います。

- ・ 月途中からサービス利用を開始した場合 (契約日)
- ・ 月途中でサービス利用を終了した場合 (契約解除日)
- ・ 月途中に要介護から要支援に変更になった場合 (変更日)
- ・ 月途中に要支援から要介護に変更になった場合 (変更日)
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合 (変更日)

※ サービスの提供にかかる時間や加算の有無などで料金は変化致します。

※ 1 か月当りのお支払い額 (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

|          |   |
|----------|---|
| お支払い額の目安 | 円 |
|----------|---|

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。

実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※この見積もりの有効期限は、説明の日から 1 ヶ月以内とします。

☆利用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一旦  
お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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、利用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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額  
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 (契約書第 5 条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

#### <サービスの概要と利用料金>

① 食事の材料の提供 (食費) 650 円 (喫茶代) 50 円

利用者に提供する食事の材料費や調理などにかかる費用です。

喫茶を希望の方は、お飲み物を提供致します。

②通常の実業実施区域外への送迎

通常の実業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される  
場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、5km ごとに 500 円を徴収。

③複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要と  
する場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

#### ④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用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ご負担いただきます。

(例) おむつ代：アテントタイプ 120円      フラットタイプ 80円  
尿取りパッド 30円  
安心パンツ Mサイズ 170円      Lサイズ 180円  
リハビリパンツ 150円      など

☆経済状況の著しい変化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。その場合変更の内容と変更する事由について、事前にご説明します。

#### (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、一ヶ月ごとに計算し、翌月10日前後からご請求致しますので、現金でお支払される方は、翌月初回ご利用時に現金でお支払い下さい。各金融機関及びゆうちょ銀行より引落としの方は、指定口座からの引落としになります。

引落日に関して

【ゆうちょ銀行、その他金融機関】

※引落日：毎月27日

但し、引落日が土日祝祭日の場合は、翌営業日となります

(手数料) 三菱UFJ銀行 55円      その他銀行(ゆうちょ)：110円

#### (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、利用者の都合により、通所介護相当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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、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きます。但しご契約者の急激な体調変化等、正当な事由がある場合は、この限りではありません。

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 利用予定日の前日 17:30 までに<br>申し出があった場合  | 無料        |
| 利用予定日の前日 17:30 までに<br>申し出がなかった場合 | 650円(食費分) |

○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利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. 身元引受人について（契約書第21条参照）

- 一 身元引受人は、本契約に基づく利用者の事業者に対する一切の責務につき、利用者と連帯してその履行の責任を負います。
- 二 事業者は、利用者が入院を必要とする場合ならびに本契約が終了した場合、身元引受人にその旨連絡するものとします。
- 三 利用者は、社会通念上、身元引受人を立てることが出来ないと認められる理由がある場合には、これを立てないことができます。
- 四 事業者は、身元引受人から希望がある場合には、利用料金の変更、通所介護相当サービス計画の変更などがあつた時には、これを身元引受人にお知らせします。

## 7. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 一 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- 二 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- 三 従業者が支援にあつての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 8. 事故発生時の対応

事業所が利用者に対して行う通所介護相当サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事業所が利用者に対して行った通所介護相当サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、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保
- 【保 険 名】 介護保険・社会福祉事業者総合保険
- 【 保険内容 】 業務遂行中又は業務の結果に起因する対人・対物損害賠償  
事故対応費用、対人見舞費用からなる。

## 9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師へ連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が以下に指定する連絡先にも連絡します。

緊急時の連絡先を2ヶ所及びかかりつけ医をお知らせ下さい。又、連絡先の変更がありましたら早急に連絡して下さい。

利用中に体調が悪くなった場合には家族又は連絡先に連絡させていただいた上でお送りするか迎えにきていただきます。又、搬送先病院の指定には必ずしも添えません。

必要な場合に限って関係機関に契約者やその家族等の個人情報を提供します。

## 10. 天災及び悪天候時の営業及び臨時休業

警報発令に関しては休業とはなりません。危険と判断した場合は臨時休業、若しくは営業中にサービスを中止する場合があります。

- (1) 前日若しくは当日に契約者への連絡を行い、利用の有無の確認を実施します。
- (2) 請求については当日の実績分を請求するものとします。
- (3) 公共機関などがストップし、何らかの理由で職員が出勤できない場合は休業する場合があります。

## 11. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は施設内事務所にて受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者：中原 英昭）

電話番号 06-6335-0295 FAX 06-6335-0299

受付時間 毎週月曜日～金曜日

9:00～17:00

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 豊中市役所<br>福祉部長寿社会政策課   | 所在地 豊中市桜塚3-1-1<br>電話番号 06-6858-2838<br>FAX 06-6858-3611<br>受付時間 8:45～17:15       |
| 豊中市役所<br>話して安心、困りごと相談 | 所在地 豊中市桜塚3-1-1<br>電話番号 06-6858-2815<br>FAX 06-6854-4344<br>受付時間 9:00～17:15       |
| 吹田市役所<br>介護保険担当課      | 所在地 吹田市泉町1-3-40<br>電話番号 06-6384-1343<br>FAX 06-6368-7348<br>受付時間 9:00～17:30      |
| 国民健康保険団体連合会           | 所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号<br>電話番号 06-6949-5418<br>FAX 06-6949-5417<br>受付時間 9:00～17:00 |

### (3) 苦情解決の手順



苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

## 1 2. 身体拘束について

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事が考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- (2) 非代替性…身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止する事が出来ない場合に限りです。
- (3) 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 1 3. 秘密保持と個人情報の保護

事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）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の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供が終了した後においても継続します。

事業者は利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても同様のものとします。

## 1 4. サービス提供の記録

①指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、その完結した日から5年間保存します。

②利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15. 第三者による評価の実施状況

|      |       |        |              |
|------|-------|--------|--------------|
| 実施状況 | 1. あり | 実施日    |              |
|      |       | 評価機関名称 |              |
|      |       | 結果の開示  | 1 あり    2 なし |
|      | 2. なし |        |              |

令和 7 年 月 日

私は、通所介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

慶生会 リハbyデイ豊南

説明者職名 生活相談員    氏名 北村 英樹

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

利用者住所

氏名

契約者住所

氏名

続柄 ( )

身元引受人住所

氏名

続柄 ( )

[緊急時の連絡先 (家族)] (※常時、繋がり易いご連絡先を記入して下さい。)

第一連絡先氏名 (続柄 )

住所

電話番号

第二連絡先氏名 (続柄 )

住所

電話番号

[緊急時の連絡先（医療機関名等）]

主治医：氏名

医療機関名

所在地

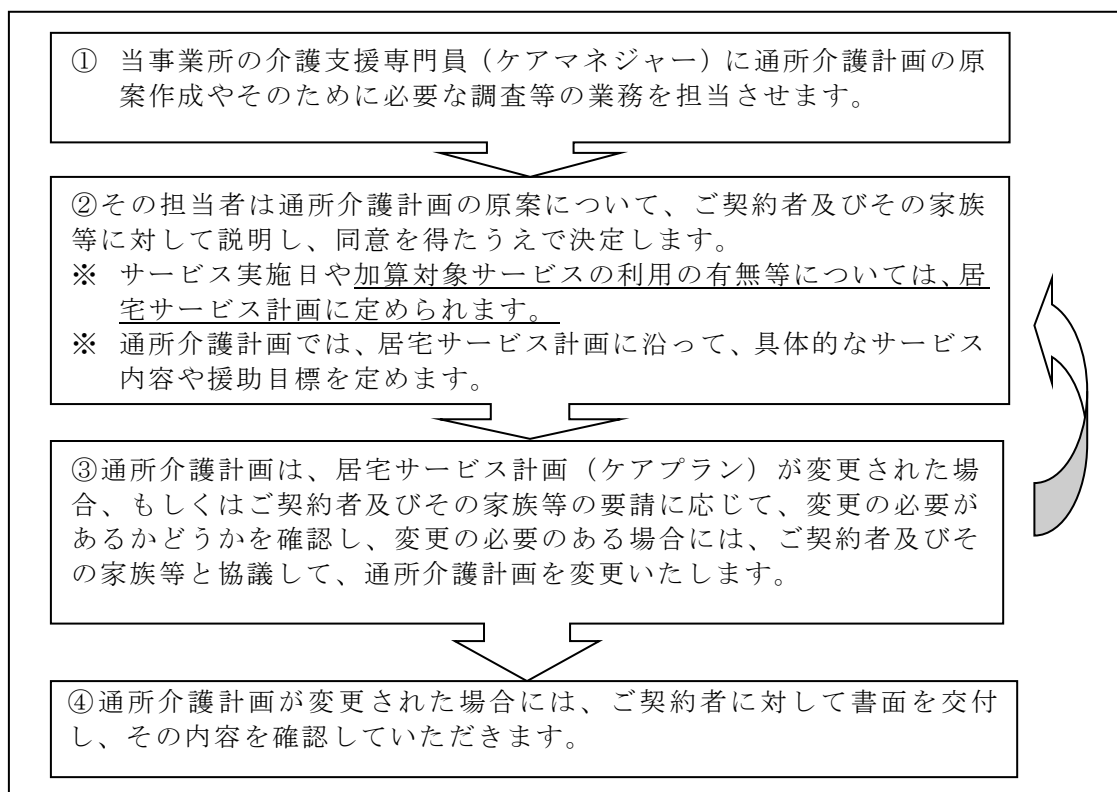
電話番号

※この重要事項説明書は、「大阪市通所型サービス（第1号通所事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年4月1日）」の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<重要事項説明書付属文書>

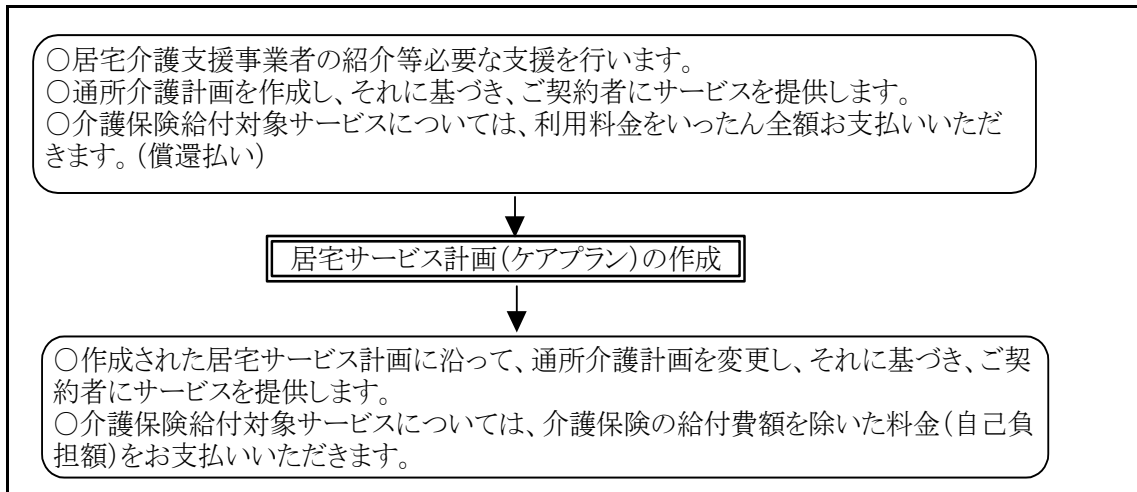
1. 契約締結からサービス提供までの流れ

(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。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条参照）

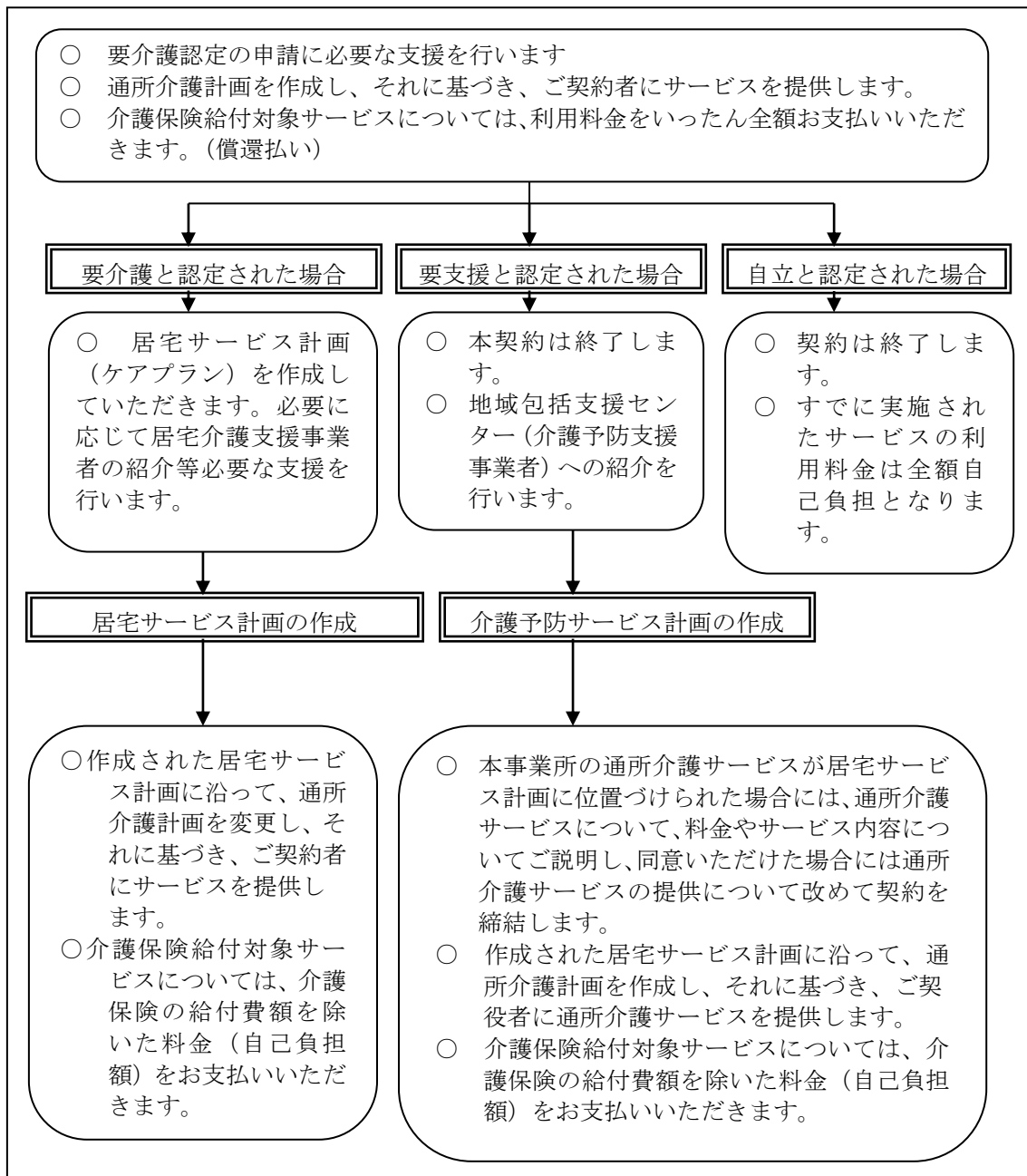


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

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



## 2. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10条参照）

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には、医師又は看護職員と連携のうえ、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、2年間保管するとともに、ご契約者又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、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又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）
  - ・ ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
  - ・ サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

## 3. サービスの利用に関する留意事項

### （1）ご利用に際して

○利用の際に所定の健康情報提供書が必要です。再利用時身体状況に変化があった場合には再度医師の健康情報提供書を提出していただきます。

#### ○所持品について

介護保険証、介護保険負担割合証  
薬効シート

初回及び変更・切り替えのあった場合  
(コピー可)

連絡ファイル(当センターでご用意いたします。)

常備薬

おむつ(必要な方のみ)

入浴時の着替え(肌着、衣類、靴下等必要な方のみ)

利用時毎回

○持ち物には必ず名前を記入して下さい。

○高額のお金は持参しないで下さい。紛失・利用者同士の貸借は一切責任を負えません

○保険証の変更や有効期限の切り替えなどの場合は新保険証を必ずご持参下さい。

○利用始めには環境の違い等で若干体調や情緒が不安定になることも考えられます。

○薬の変更があった場合、薬効シートは必ずご持参下さい。

(2) 施設・設備の使用上の注意 (契約書第 11 条参照)

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又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。
- 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、営利活動を行うことはできません。

(3) 体調について

- 送迎時職員に健康状態を必ずお知らせ下さい。発熱や体調不良の場合利用をお断りするか、又は通常の運動サービスを中止する場合があります。
- 職員は細心の注意を払って介助しますが予測し得ない事故が起こり得ることがあります。例えば転倒による骨折や状態に応じた食事を提供しているにもかかわらず誤嚥する場合等。
- 体調により入浴できない時もあります。(発熱、血圧の高低など)  
その場合、可能な状態であれば衣類交換・清拭を行います。
- 飲酒が認められる場合には、こちらの判断により、入浴、運動サービス等を中止させて頂く場合もあります。

4. 損害賠償について (契約書第 12 条、第 13 条参照)

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、契約者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時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

5. 長期間のお休みについて

- 入院や他施設利用等で長期間休まれる場合は担当者にお知らせ下さい。疾病や長期休まれた後の利用再開時は健康情報提供書(必要に応じプログラム参加同意書)を再提出して頂く場合がございます。
- 長期間休まれた後のご利用日は以前と曜日や送迎時間が異なる場合があります。
- 入院、入所、その他の事情により 2 ヶ月続けてお休みになりますと自動的に登録を解除させて頂きます。利用再開時は再度の利用申し込みとなりますので、利用をお待ち頂く場合がございます。
- 連絡のないまま利用中止されますと登録を解除させて頂くこととなります。

## 6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から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日前までに契約者から契約終了の申し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。（契約書第15条参照）

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①ご契約者が死亡した場合</li><li>②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合</li><li>③事業者が解散した場合、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</li><li>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</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。）</li><li>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下さい。）</li><li>⑧入院、入所、その他の事情により2か月続けてお休みになられた場合</li></ul> |
|--|

### (1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第16条、第17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（※最大7日）までに解約届出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。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>②ご契約者が入院された場合</li><li>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</li><li>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</li><li>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</li><li>⑥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</li><li>⑦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</li></ul> |
|--|

(2) 事業者からの契約解除の申し出 (契約書第 18 条参照)

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ことがあります。

- 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 (※最低 3 か月) 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生命・身体・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

(3) 契約の終了に伴う援助 (契約書第 15 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

7. その他

- 交通事情や利用者の増加等により送迎時間が多少異なることがあります。又、送迎車の運転に関しては細心の注意をはらいますが、急ブレーキ等避けられない事故が起こる可能性もあります。
- 利用者の代行業務は(買い物等)はできません。
- 受診や処置された場合料金がかかる場合もあります。
- 食べ物のアレルギー、特別食(例キザミ食)、車酔い等必ず事前に連絡して下さい。
- デイサービスご利用中の喫煙、飲酒はご遠慮下さい。喫煙できる場所はございません。
- 必要以上の飲食物の持参はご遠慮下さい。また、職員あるいは他の利用者へのお心遣いは、皆様が気持ち良くご利用していただくためにもご遠慮下さい。
- 施設の入浴利用時、石鹸、シャンプー等が肌に合わない方もおられます。合わないようであればご持参下さい。
- 天災地変等やむを得ない事情によりサービス提供ができない場合は当日午前 9 時までに電話連絡いたします。
- 年末、年始以外にもデイの都合によりデイサービスをお休みする場合があります。その時は必ず 1 ヶ月前に連絡し、希望があれば他の日に利用することは可能です。