

介護予防・生活支援（通所型）サービス
重要事項説明書

社会福祉法人 そうび会

「介護予防・生活支援(通所型)サービス」

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(堺市指定 第 2770101695 号)

当事業所はご契約者に対して介護予防・生活支援(通所型)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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として「要支援」または「事業対象者」と認定された方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	3
3. 事業実施地域及び営業時間	4
4. 職員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
6. 事故発生時の対応	9
7. 非常災害対策	9
8. 個人情報の保護について	10
9. 損害賠償について	10
10. 高齢者虐待防止について	10
11. 苦情の受付について	10
12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	12

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 そうび会
(2) 法人所在地 大阪府堺市東区日置荘田中町1 4 3 番地 1
(3) 電話番号 0 7 2 - 2 8 6 - 2 8 2 8
(4) 代表者氏名 理事長 奥田 康司
(5) 設立年月 平成 5 年 4 月 2 7 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防・生活支援(通所型)サービス事業所
平成 1 8 年 4 月 1 日指定
※当事業所は、以下の選択的サービスを実施しています。
①運動器機能向上サービス
②栄養改善ケアサービス
③口腔機能向上サービス
- (2) 事業所の目的 介護保険法に従い、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必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護予防・生活支援サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 つるぎ荘デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 大阪府堺市東区日置荘田中町1 4 3 番地 1
- (5) 電話番号 0 7 2 - 2 8 6 - 2 8 2 8
- (6) 管理者名 森山 憲光
- (7) 当事業所の運営方針 (1) 老人は多年にわたり社会の進展に寄与してきた人達ですので、「敬愛」し、且つ「健全」で安らかな生活を保障する。
(2) 地域の人々との協力体制を作り、更に施設の機能を地域社会に開放し、積極的に施設の活用を図る。
(3) 常時の健康診断及びその結果に基づく適切な健康指導の徹底を図る。出来る限り、疾病にかかることを未然に防ぐ努力を老人自ら又、公共団体等の協力により行う。
- (8) 開設年月 平成 1 8 年 4 月 1 日
- (9) 利用定員 4 5 人

(10) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

事業の種類	堺市長の事業者指定	利用定数
・介護老人福祉施設	特別養護老人ホームつるぎ荘	84人
・短期入所生活介護(介護予防・生活支援)	特別養護老人ホームつるぎ荘	16人
・通所介護事業(介護予防・生活支援)	つるぎ荘デイサービスセンター	45人
・訪問介護事業(介護予防・生活支援)	つるぎ荘ヘルパーステーション	
・居宅介護支援事業	つるぎ荘ケアプランセンター	
・在宅介護支援センター	つるぎ荘老人介護支援センター	

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 堺市東区、中区、美原区

(2) 営業日及び営業時間

営業時間	月～土	8時20分～17時20分
受付時間	月～土	9時～17時
サービス提供時間	月～土	9時～16時30分

※12月31日から1月3日の期間はお休みとさせていただきます

4. 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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1	1名
2. 介護職員	7	5名
3. 生活相談員	2	2名
4. 看護職員	1.5	1名
5. 機能訓練指導員	1	名
6. 介護支援専門員		名
7. 管理栄養士	1	1名

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 生活相談員	勤務時間 8:20～17:20
2. 介護職員	勤務時間 8:20～17:20
3. 看護職員	勤務時間 8:20～17:20
4. 機能訓練指導員	勤務時間 8:20～17:20

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。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護予防日常生活支援総合事業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

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護予防・日常生活支援総合事業から給付されます。

※一般世帯並収入の方は8割あるいは7割が介護予防・日常生活支援総合事業から給付されます。

☆ 選択的サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、介護予防・生活支援サービス計画書(以下、ケアプラン)に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

<サービスの概要>

☆共通的服务

- ・ 契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

①食事

- ・ 食事の準備・介助を行います。
(食事時間)

11:30～12:45

②送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

☆選択的サービス

①運動器機能向上サービス

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、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための訓練を実施します。

②栄養改善サービス

管理栄養士等により、ご契約者の栄養状態、摂食・嚥下機能の状態等に応じて、栄養ケア計画を作成し、栄養状態を改善するためのサービスを実施します。

③口腔機能向上サービス

看護師等により、ご契約者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。

＜サービスの利用頻度＞

☆ 利用する曜日や内容等については、ケアプランに沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、通所介護計画に定めます。

ただし、契約者の状態の変化、サービス計画書に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

＜サービス利用料金＞

☆下記の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から日常生活支援総合事業給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）

☆利用料金は基本的に1ヶ月ごとの定額制です。ただし、月途中での利用開始・中止となった場合は回数毎に計算します。ケアプランにおいて位置づけられた支給区分によって次のとおりになります。

☆契約者の都合で通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は計画書に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

支給区分	通所型独自サービス 1 1 <支 1・㊦> (おおむね週 1 回)		通所型独自サービス / 2 1 2 <支 2> (おおむね週 1 回)		通所型独自サービス 1 2 <支 2・㊦> (おおむね週 2 回)	
	1 割	2 割	1 割	2 割	1 割	2 割
1. 利用料金	18,789 円		18,789 円		37,839 円	
2. うち、介護保険から給付される金額	16,910 円	15,031 円	16,910 円	15,031 円	34,055 円	30,271 円
3. サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	1,879 円 (172 円)	3,758 円 (345 円)	1,879 円 (172 円)	3,758 円 (345 円)	3,784 円 (348 円)	7,568 円 (696 円)

注) カッコ内は介護職員等処遇改善加算(I)相当額を記載しております。

(自己負担額の 9.2% を乗じた金額)

注) 一般世帯並収入の方は 2 割あるいは 3 割相当分の自己負担となります。

支給区分	通所型独自サービス 1回数量 要支援 1		通所型独自サービス 1・2回数量 要支援 2	
利用料金	4,556 円		4,671 円	
	1割	2割	1割	2割
2. うち、介護予防・生活支援 給付される 金額	4,100 円	3,644 円	4,203 円	3,736 円
3. サービス利用 に係る自己 負担額(1- 2)	456 円	912 円	468 円	935 円

☆月ごとの定額制となっておりますが、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であれば一回単位での請求となります。

- 一 月途中で介護度が変更となった場合
- 二 月途中でケアプラン変更により、利用回数を変更した場合
- 三 月途中の利用開始・終了、入退院による利用中断・再開の場合
- IV 月途中で事業対象者となった場合
- V 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆選択的サービス

1. 選択的サービス種類と サービス利用料金	生活機能向上 グループ 活動加算 1,045 円/月	若年性認知症利 用者受入加算 2,508 円/月	栄養アセスメント 加算 522 円/月	栄養改善 サービス 2,090 円/月
2. うち、介護予防・生活 支援給付される金額	940 円/月	2,257 円/月	469 円/月	1,881 円/月
3. サービス利用に係る 自己負担額(1-2)	105 円/月	251 円/月	53 円/月	209 円/月
1. 選択的サービス種類と サービス利用料金	口腔機能向上 サービス (I) 1,567 円/月	口腔機能向上 サービス (II) 1,672 円/月		
2. うち、介護予防・ 生活支援給付される 金額	1,410 円/月	1,504 円/月		
3. サービス利用に係る 自己負担額(1-2)	157 円/月	168 円/月		

選択的サービスを利用される場合には、それぞれ以下の料金が上記に加算されます。

	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）
通所型独自 サービス 1	919 円/月 （自己負担 92 円）	752 円/月 （自己負担 76 円）	250 円/月 （自己負担 25 円）
通所型独自 サービス/2 2			
通所型独自 サービス 2	1,839 円/月 （自己負担 184 円）	1,504 円/月 （自己負担 151 円）	501 円/月 （自己負担 51 円）

注) 介護職員の人員基準によりサービス提供体制強化加算が必要になります。

☆ご契約者がまだ要支援認定又は事業対象者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。要支援認定又は事業対象者認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険介護予防・日常生活支援総合事業から払い戻されます（償還払い）。また、ケアプラン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・介護予防・生活支援総合事業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、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の給付対象とならないサービス

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。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>

①介護保険給付の支給限度額を超える介護予防通所介護サービスの利用

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、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

②食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり 700 円

③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。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

ご契約者は、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

⑤おむつ代

実費相当額

☆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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月26日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 下記指定口座への振り込み
三菱UFJ銀行 大美野支店 普通預金 1283422
口座名義：社会福祉法人 そうび会 理事長 奥田康司
イ. 金融機関口座からの自動引き落とし
ウ. 現金支払い

(4) 利用の中止、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中止、変更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申し出て下さい。

☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、ケアプランに位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆サービス利用の変更の申し出に対して、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、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 事故発生時の対応

当施設において、契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、契約者の家族等に連絡を行うとともに、当該契約者に係る居宅介護支援事業所等に連絡をし、必要な措置を講じます。

また、事故が生じた際には、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じるものとします。

7. 非常災害対策

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

災害対策に関する担当者(防火管理者) 職・氏名:(施設長 森山憲光)

(2) 非常災害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及

び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

(3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期:(年 2 回以上)

8. 個人情報の保護について

(1) 事業者は、利用者から予め文章で同意を得た上で、契約者の個人情報や契約者の家族の個人情報について、サービス担当者会議において用います。

(2) 事業者は、契約者及びその家族に関する個人情報及び個人情報が含まれる記録物(時期媒体情報及び伝送情報を含む)については、個人情報保護法及び法人の個人情報保護規程に従って適切に利用し、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとする。

9. 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、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。

10. 高齢者虐待防止について

利用者等の人権擁護等のために、虐待はいたしません。その為次に掲げるとおり、必要な措置を講じます

(1) 研修を通じて、従業者の人権意識の向上、知識・技術の習得に努めます。

(2) 適切な個別援助(支援)計画の下にサービス提供を実施します。

(3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、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。

(4) 上記した内容を履行せしめる為、人権に関する委員会を活性化し、権利擁護及び虐待の防止に努める。尚、大阪府社会福祉施設人権活動推進協議会が発行したチェックリスト等を用い啓発に努めます。

11. 苦情の受付について

(1) 苦情解決の体制及び手順について

① 提供したサービスに係る利用者及びその家族等からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

② 相談及び苦情に円滑に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

・ 苦情又は相談があった場合、状況を詳細に把握するよう必要に応じ訪問を実施し

聞き取りや事情の確認を行います。

- ・管理者は職員に事実関係の確認を行い、解決に向けた会議を開催し、時下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、相談及び苦情の申立人に対して、必ず結果報告を行います。

お客様からの苦情に迅速にかつ適切に対応するため、相談窓口を設置しています。ご不明な点はお気軽にご相談ください。

つるぎ荘デイサービスセンター
 電話：072-286-2828
 平日：午前9時00分～午後5時00分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【事業者の窓口】 社会福祉法人そうび会 特別養護老人ホームつるぎ荘 受付担当 山本 陽子	所在地 〒599-8113 堺市東区日置荘田中町143番地1 電話番号 (072) 286-2828 FAX 番号 (072) 286-6868 受付時間 午前9時00分～午後5時00分
【市町村の窓口】 当該市区町村担当課	所在地 〒590-0078 堺市堺区南瓦町3-1 堺市役所健康福祉局長寿社会部介護保険課 電話番号 (072) 228-7513 FAX 番号 (072) 228-7853 受付時間 午前9時00分～午後5時30分
【堺区役所】 地域福祉課 介護保険係	所在地 堺市堺区南瓦町3-1(本館2階) 電話番号 (072) 228-7520 時間 午前9時00分～午後5時30分
【中区役所】 地域福祉課 介護保険係	所在地 堺市中区深井沢町2470-7 電話番号 (072) 270-8195 時間 午前9時00分～午後5時30分
【東区役所】 地域福祉課 介護保険係	所在地 堺市東区日置荘原寺町195-1 電話番号 (072) 287-8112 時間 午前9時00分～午後5時30分
【西区役所】 地域福祉課 介護保険係	所在地 堺市西区鳳東町6-600 電話番号 (072) 275-1912 時間 午前9時00分～午後5時30分
【南区役所】 地域福祉課 介護保険係	所在地 堺市南区桃山台1-1-1 電話番号 (072) 290-1812 時間 午前9時00分～午後5時30分
【北区役所】 地域福祉課 介護保険係	所在地 堺市北区新金岡町5丁1-4 電話番号 (072) 258-6771 時間 午前9時00分～午後5時30分

【美原区役所】 地域福祉課 介護保険係	所在地 堺市美原区黒山 167-1 電話番号 (072) 363-9316 時間 午前9時00分～午後5時30分
【公共団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 〒540-0028 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号 (中央大通り FN ビル内) 電話番号 (06) 6949-5446 FAX 番号 (06) 6949-5417 受付時間 午前9時00分～午後5時00分

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況	実施なし
------------	------

本説明書は、平成18年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成19年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成21年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成22年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成24年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成25年9月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成26年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成27年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成27年4月27日から一部改定する。
 本説明書は、平成28年8月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成29年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成30年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、平成30年8月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和1年5月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和1年10月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和3年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和4年1月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和4年10月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和5年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和6年4月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和6年6月1日から一部改定する。
 本説明書は、令和7年4月1日から一部改定する。

<重要事項説明書付属文書>

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5階
- (2) 建物の延べ床面積 3781.37 m²
- (3) 事業所の周辺環境 南海高野線「萩原天神駅」より徒歩10分
東、南には、生駒山、信貴山、二上山、葛城山、金剛山
又西、北には大阪湾、淡路島、六甲山が眺望でき、高級住宅
地に隣接した緑豊かな閑静な住まいは、お年寄りの方々が
心ゆくまでくつろげる素晴らしい環境です。又、交通の便
も良くご家族の方々もお気軽に面会にお越しいただけます。

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・助言等を行います。

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。

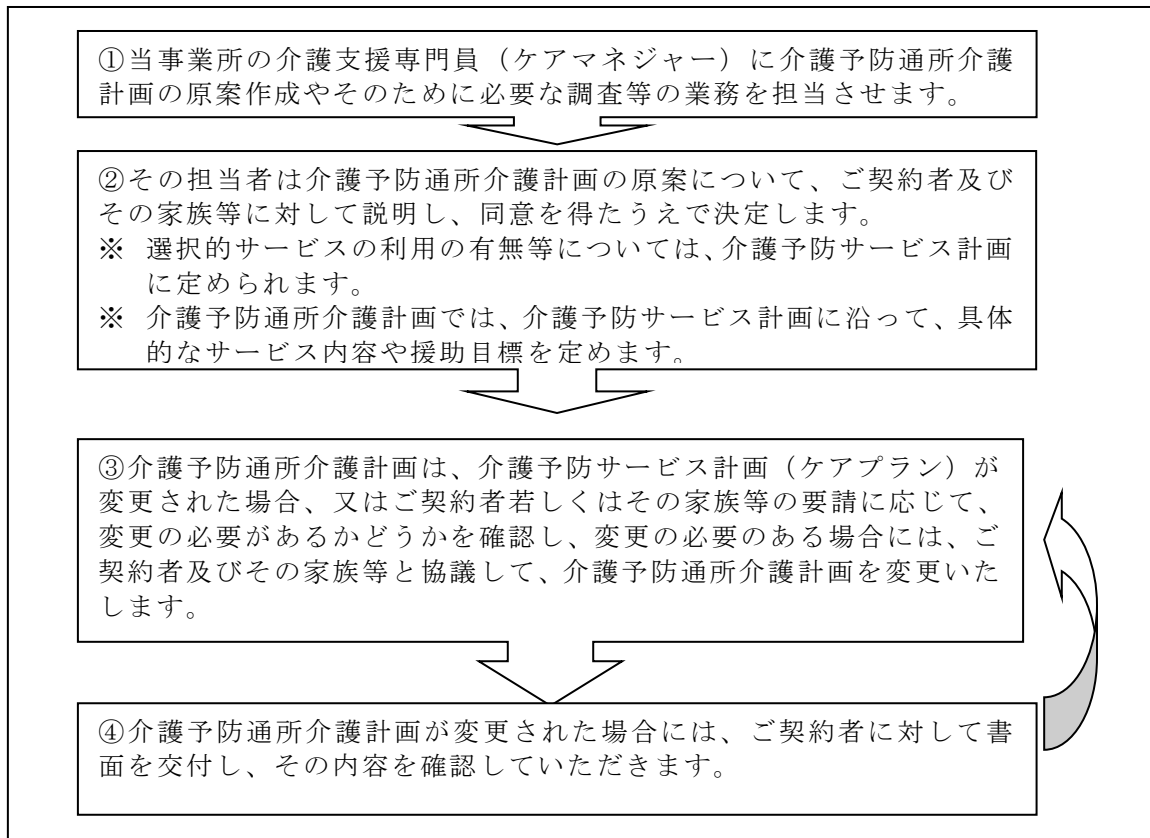
看護職員… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

管理栄養士…昼食の献立作成及び栄養ケアを担当します。

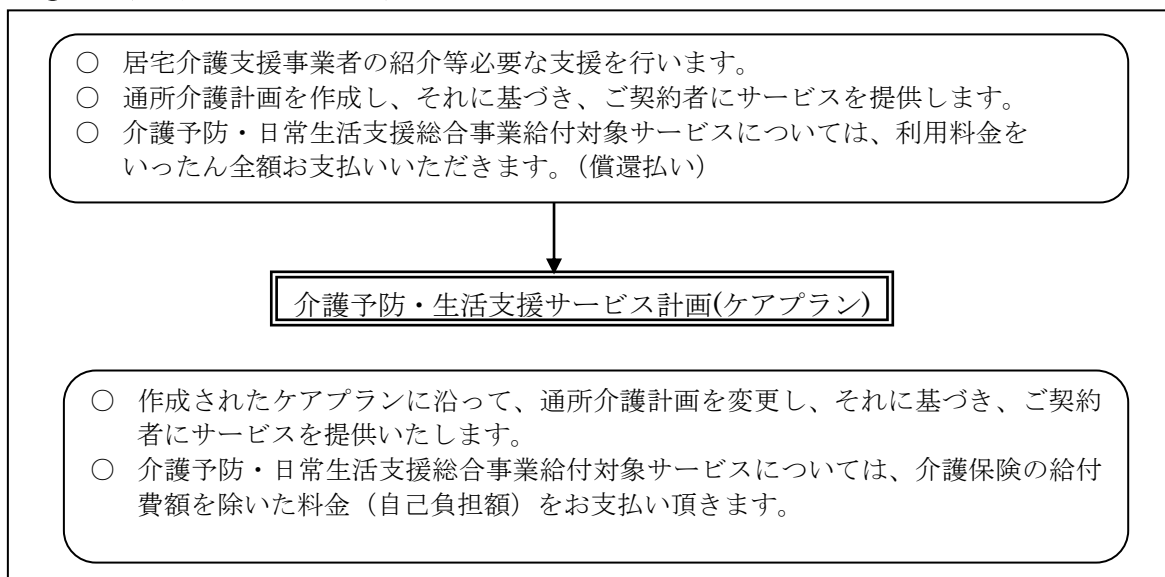
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(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（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「介護予防通所介護計画」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。

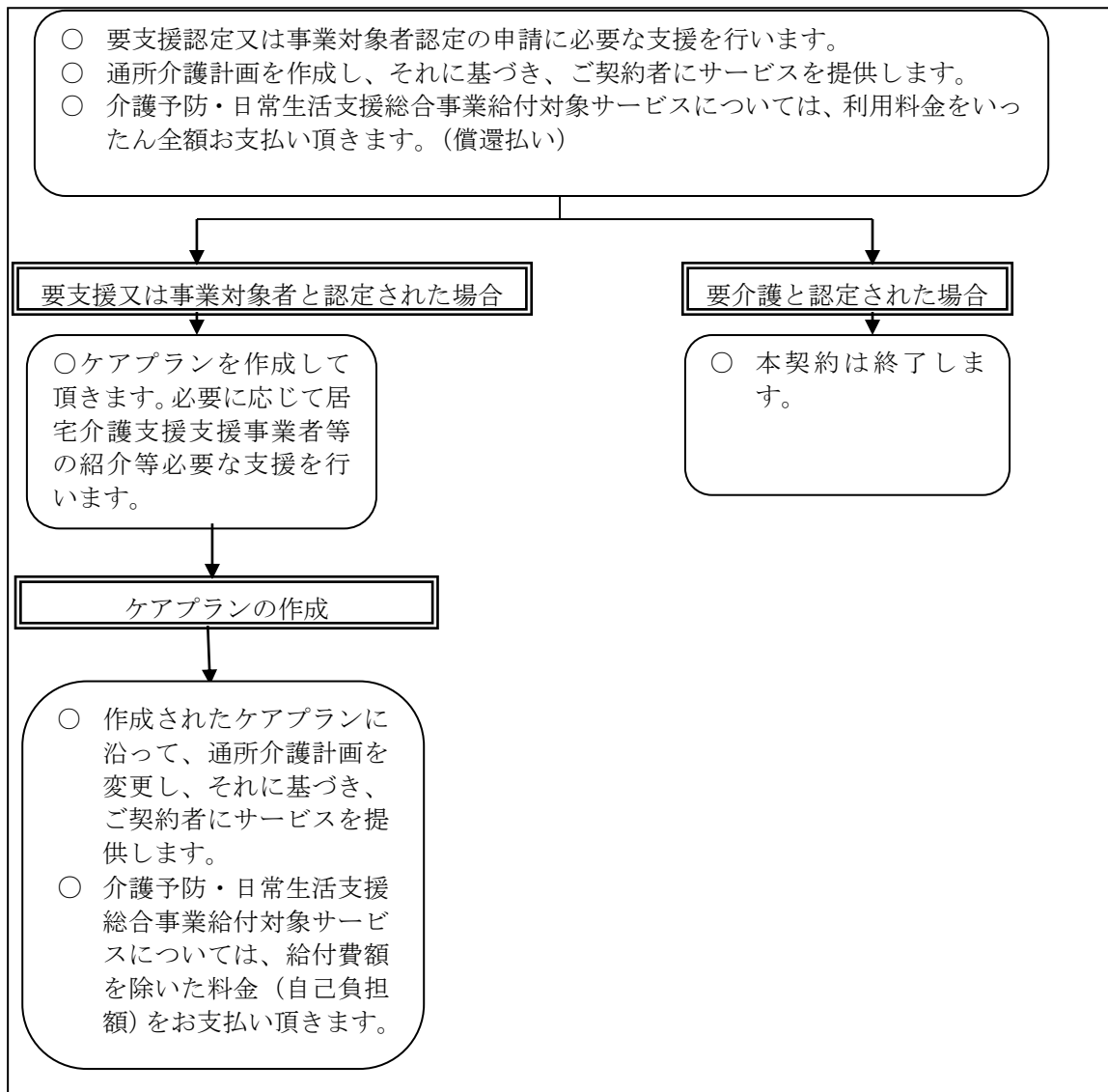


(2) ご契約者に係る「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要支援認定を受けている場合



②要支援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、5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ます。

5. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- 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。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

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支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7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、契約は更にも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は、当事業所との契約は終了します。

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が要介護と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又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。）

(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7日前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。

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業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 ご契約者が入所された場合
- ③ ご契約者の「介護予防・生活支援サービス計画（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
- 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

（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。

令和 年 月 日

介護予防・生活支援サービス(通所型サービス)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。

事業者 つるぎ荘デイサービスセンター
説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受めました。

契約者（利用者）
住所
氏名 印

私は、契約者が事業所から重要事項の説明を受けたことを確認いた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)

同意書

私及び家族は、サービス利用に際して、主治医や関係機関等の担当者間において、下記の場合に必要とする範囲内で、情報交換や照会を行うことに同意します。

記

1. 事業所が私(契約者)のサービス提供を円滑に実施する為に、サービス担当者会議等において、情報交換する場合
2. 私(契約者)がサービスを受ける上で医療上の必要がある場合、関係機関への心身等の情報を提供・または医療機関に身体情報を収集する場合
3. 私(契約者)と事業者が契約終了によって他事業所への紹介等の援助が必要になった時、他事業所に対し必要な情報を提供する場合

また、その際に必要のない情報の提供や守秘義務(個人情報保護)に違反する事がない様、厳重に留意する旨、事業所から説明を受けました。

令和 年 月 日

社会福祉法人 そうび会
つるぎ荘デイサービスセンター

同意者 住所 _____
氏名 _____ 印

同意者家族 住所 _____
氏名 _____ 印

同意者家族 住所 _____
氏名 _____ 印

契約者が同意できない為、契約者の意思を確認の上、私が代行します

署名代行者 住所 _____
氏名 _____ 印