

「地域密着型通所介護サービス」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。
洲本市指定 2891500288 号

当事業所はご契約者に対して地域密着型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、契約上での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 洲本たちばな福祉会
- (2) 法人所在地 兵庫県洲本市由良1丁目6番7号
- (3) 電話番号 0799-27-0146
- (4) FAX 0799-27-0384
- (5) 代表者氏名 理事長 伊富貴 幸廣
- (6) 設立年月日 昭和27年5月31日
- (7) 法人が行なう他の事業（予防事業も含む）
介護老人福祉施設・短期入所生活介護事業
訪問介護事業・特定施設入居者生活介護事業
外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業
居宅介護支援事業・小規模多機能型居宅介護事業
地域密着型介護老人福祉施設
- (8) URL <http://sumoto-tachibana.or.jp>
- (9) E-mail y2t3a4@sumoto-tachibana.or.jp

2 ご利用施設の概要

- (1) 事業所の名称 天川たちばなプラス
- (2) 事業所の所在地 兵庫県洲本市由良町由良431番地1
- (3) 建物の構造 鉄骨造り陸屋根2階建て
- (4) 建物の延べ床面積 271.35㎡
- (5) 事業所の周辺環境

洲本市の南東部、漁業が盛んな町にあり、東側には紀淡海峡・関西国際空港などが一望できる日当たりのよい小高い場所に位置し、四季折々の風景が満喫できる心安らぐ静かな環境です。

3 ご利用施設の説明

- (1) 事業所の種類 地域密着型通所介護事業
令和8年3月1日・洲本市指定 2891500288 号
- (2) 事業の目的

当事業は、介護保険法令に従い、ご契約者が、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、地域密着通所介護サービスを提供します。

(3) アクセス

交通機関 淡路交通バス「由良線」 停留所：JA日の出前下車 徒歩15分
車でお越しの方 洲本インターチェンジより25分

(4) 連絡先

電話番号 0799-25-7050

FAX番号 0799-25-7051

(5) 管理者 氏名 伊富貴 幸廣

(6) 事業所の運営方針

(ア) 可能な限りその居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、ご契約者の心身機能の維持、並びに契約者の家族の身体及び精神的負担の軽減を図る。

(イ) 契約者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

(ウ) 事業を運営するに当たり、地域と家族との結びつきを重視し、保険者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。

(7) 通常の実施地域 洲本市内

(8) 営業日及び営業時間 営業日 月・火・木・金・土

営業時間 9:00 ~ 16:30

定休日 水・日及び12月31日~1月3日

(9) 利用定員 18人

4 事業利用者対象者

(1) 当事業所を利用できるのは、原則として介護保険制度におけるよう介護保険認定の結果「要介護」と認定され、介護支援専門員（ケアマネジャー）等により計画的に居宅サービスを利用されている方を対象としています。

但し、居宅において寝たきり等により介護が必要である方で、その介護を要する方が緊急の理由によって介護ができない状況である場合、要介護認定を受けていない方でも、サービスを利用できます。この場合、利用後の請求の際、介護認定の結果によっては、利用料金を全額自己負担していただく可能性もあります。

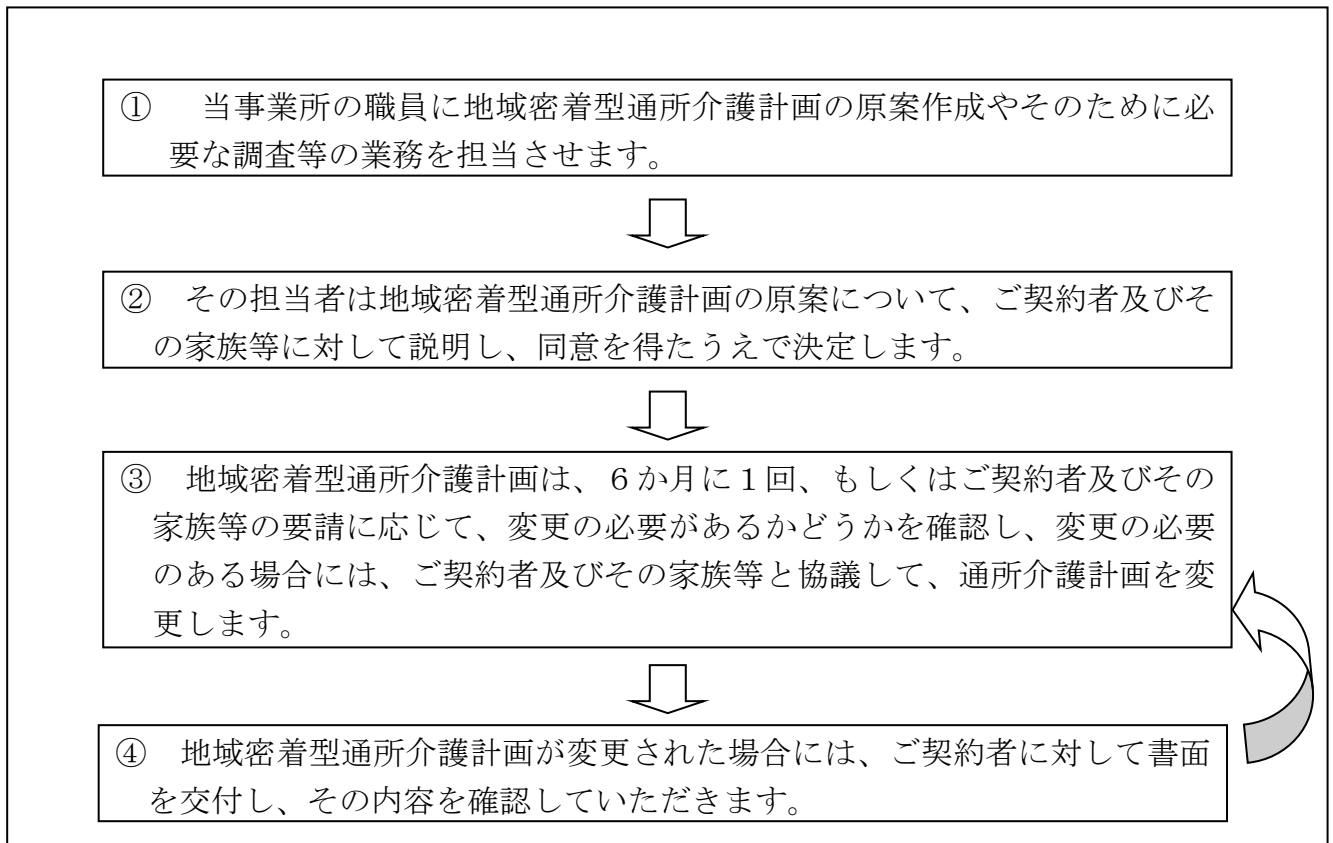
(詳細は「5. 契約結束からサービス提供までの流れ」(2) 参照すること)

(2) 利用契約の終了前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提供をお願いする場合があります。このような場合には、ご契約者はこれにご協力されるようお願いいたします。

5 契約締結からサービス提供までの流れ

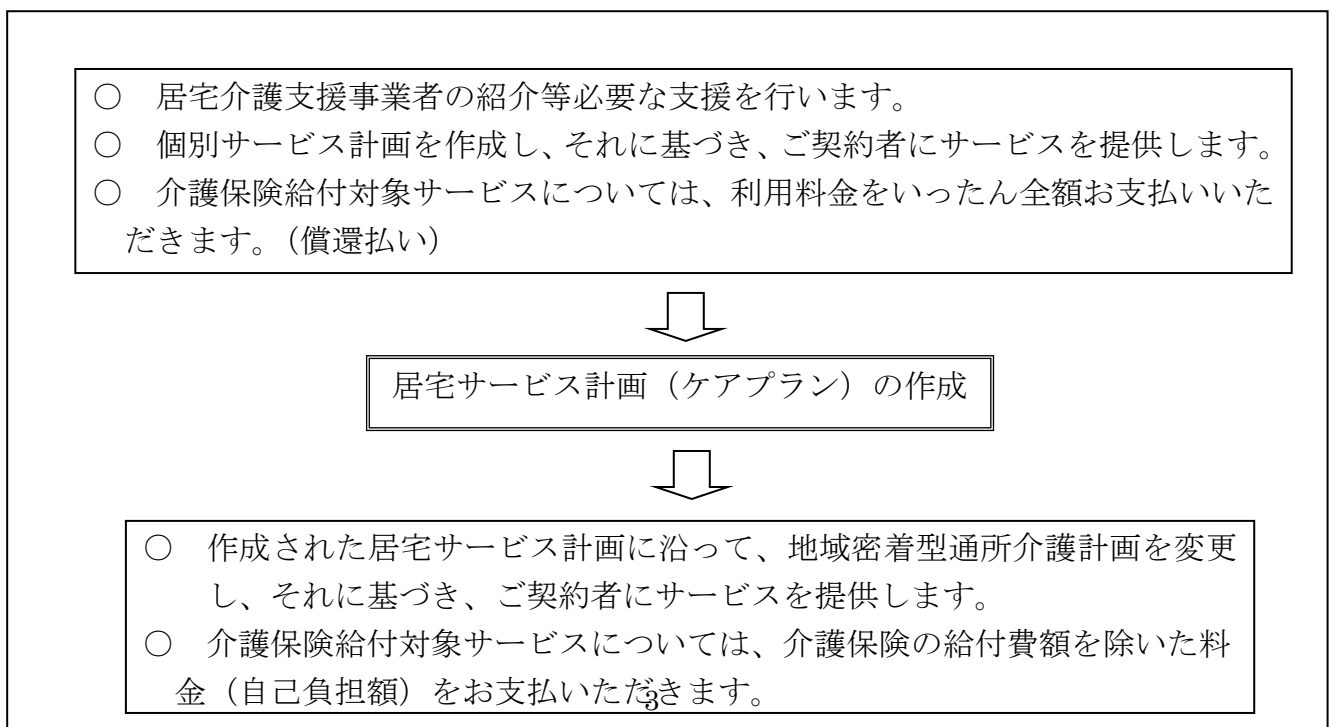
(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約結束後に作成するそれぞれのサービスに係る地域密着型通所介護計画に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）

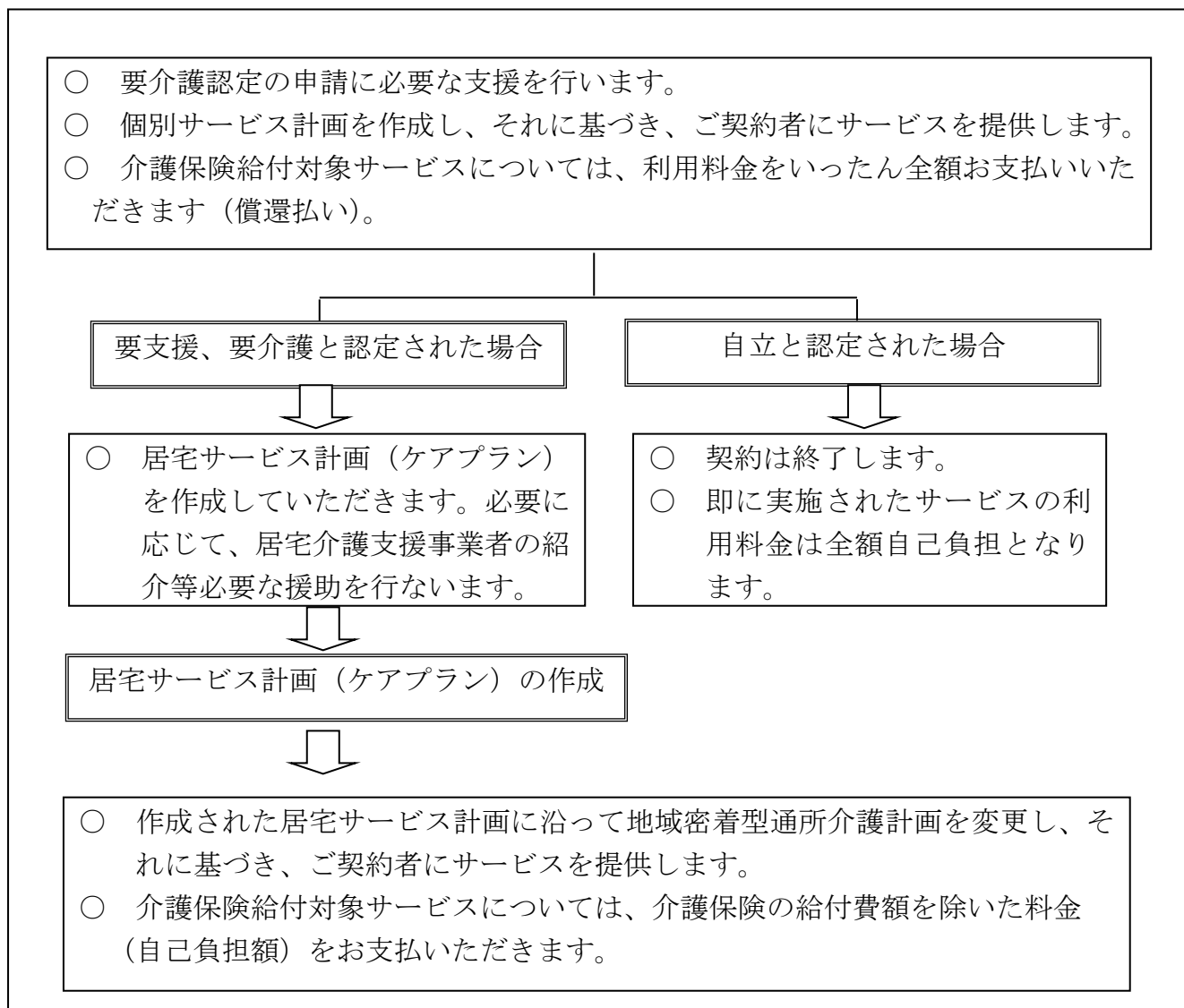


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

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



6 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して地域密着型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	
	人員配置	指定基準
1. 管理者	1名（兼務）	1名
2. 介護職員	2名	2名以上
3. 生活相談員	1名（兼務）	1名
4. 看護職員	1名（兼務）	1名
5. 機能訓練指導員	1名（兼務）	1名（*1）

（*1）提供時間帯のみの配置

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延長時間数の総数を、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。

〈主な職種の業務内容及び勤務体制〉

職 種	業務内容及び勤務体制
1. 生活相談員	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、便宜生活支援を行います。 標準的な時間帯 8：15～17：15
2. 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に相談・援助等を行います。 標準的な時間帯 8：15～17：15
3. 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。 標準的な時間帯 8：45～16：45
4. 機能訓練指導員	主にご契約者の機能訓練についての指導ならびに機能訓練の実施を行ないます。 標準的な時間帯 13：30～16：00

7 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) 介護保険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、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

(i) 〈サービスの概要〉

* 共通サービス

① 食事

・当事業所では、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。

（食事時間）12：00～13：00

② 入浴

・ご契約者の状態にあわせた入浴を提供します。

③ 排泄

・ご契約者の排泄の介助を行ないます。

④ 機能訓練

・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 健康管理

・看護職員が健康管理を行ないます。

(ii) 〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第10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（自己負担額）をお支払い下さい（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度・利用時間に応じて異なります。）加算適用の対象となる場合は、その金額が合算されます。

例) 要介護1と認定され、9：00～16：30まで地域密着型通所介護サービスを利用し食事を摂り入浴を利用した場合の1回のサービス利用料金は、自己負担額として、1割負担の場合は下記のとおりです。（2割、3割負担の場合もあります）

基本サービス 753 円／回（1,506 円または 2,259 円）
 入浴 40 円／回（80 円または 120 円）
 食事費 635 円／食（実費払い分が上乗せされます）。
 加算適用の対象となる場合は、その金額が合算されます。

サービス利用料

4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4,360 円	5,010 円	5,660 円	6,290 円	6,950 円
自己負担 1 割の場合	436 円	501 円	566 円	629 円	695 円
自己負担 2 割の場合	872 円	1,002 円	1,132 円	1,258 円	1,390 円
自己負担 3 割の場合	1,308 円	1,503 円	1,698 円	1,887 円	2,085 円

5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,570 円	7,760 円	8,960 円	10,130 円	11,340 円
自己負担 1 割の場合	657 円	776 円	896 円	1,013 円	1,134 円
自己負担 2 割の場合	1,314 円	1,552 円	1,792 円	2,026 円	2,268 円
自己負担 3 割の場合	1,971 円	2,328 円	2,688 円	3,039 円	3,402 円

6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,780 円	8,010 円	9,250 円	10,490 円	11,720 円
自己負担 1 割の場合	678 円	801 円	925 円	1,049 円	1,172 円
自己負担 2 割の場合	1,356 円	1,602 円	1,850 円	2,098 円	2,344 円
自己負担 3 割の場合	2,034 円	2,403 円	2,775 円	3,147 円	3,516 円

7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	7,530 円	8,900 円	10,320 円	11,720 円	13,120 円
自己負担 1 割の場合	753 円	890 円	1,032 円	1,172 円	1,312 円
自己負担 2 割の場合	1,506 円	1,780 円	2,064 円	2,344 円	2,624 円
自己負担 3 割の場合	2,259 円	2,670 円	3,096 円	3,516 円	3,936 円

また、その他の介護給付サービス加算として、以下を加算させていただく場合があります。

費目	算定要件（抜粋）	1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算（I）	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であり、入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。	40 円	80 円	120 円

入浴介助加算（Ⅱ）	<p>入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加えて、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合には、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。また、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、医師等と連携の下で、利用者の身体の状態、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。また、入浴計画に基づき、個浴又は利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助を行う場合。</p>	55 円	110 円	165 円
中重度ケア体制加算	<p>看護職員又は介護職員を常勤換算方法で 2 以上確保し、要介護状態区分が要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 である者の占める割合が 100 分の 30 以上である場合。また、指定通所介護を行う時間帯を通じて、看護職員を 1 名以上配置すること。</p>	45 円	90 円	135 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	<p>指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行うこと。そして、その計画に基づき利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供している場合。また、個別機能訓練計画の進捗状況等を 3 月ごとに 1 回以上評価し、利用者又はその家族に対し、説明し必要に応じて見直し等を行っている場合。（3 月に 1 回を限度）</p>	100 円/月	200 円/月	300 円/月

生活機能向上連携加算（Ⅱ）	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、事業所を訪問し、事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。また、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、説明し必要に応じて見直し等を行っている場合。	200円/月	400円/月	600円/月
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置すること（時間の定めはない）でのアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すると共に、3か月ごとに評価を行う事で継続的に計画の見直し等を行っている場合	56円	112円	168円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	上記（Ⅰ）イの条件に加え、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置する場合	76円	152円	228円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している利用者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用した場合	20円/月	40円/月	60円/月
A D L維持等加算（Ⅰ）	評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ADL利得」）の平均値が1以上である場合。（1月につき）	30円	60円	90円
A D L維持等加算（Ⅱ）	上記（Ⅰ）の条件に加え、評価対象者のADL利得の平均値が2以上である場合（1月につき）	60円	120円	180円
認知症加算	看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。利用者の総数のうち日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の占める割合が100分の20以上であること。提供時間帯を通じて、認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を終了した者を1名以上配置している場合	60円	120円	180円
若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う場合（認知症	60円	120円	180円

	加算を算定している場合は算定しない)			
栄養アセスメント加算	事業所の従業員として、または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者またはその家族に対してその結果を説明し、必要な相談等に対応する。また、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合	50 円/月	100 円/月	150 円/月
栄養改善加算	事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとに摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録し、評価している場合（月に2回を限度）	200 円	400 円	600 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	利用開始及び利用中の6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を担当する介護支援専門員に提供している場合 ※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算はできない	20 円/回	40 円/回	60 円/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	利用開始及び利用中の6月ごとに利用者の口腔の健康状態、若しくは栄養状態のどちらかの状態について確認を行い、その情報を担当する介護支援専門員に提供している場合 ※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算はできない	5 円/回	10 円/回	15 円/回
口腔機能向上加算（Ⅰ）	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同し	150 円	300 円	450 円

	て、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用開始から3か月以内に評価を行った場合（月2回を限度）			
口腔機能向上加算（Ⅱ）	上記（Ⅰ）に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合	160円	320円	480円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合（1月につき）	40円	80円	120円
送迎減算	利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合	-47円	-94円	-141円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であるか、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上のいずれかに適合する場合	22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上であるか、勤続年数7年以上の職員が30%以上である場合	6円	12円	18円
介護職員等処遇改善加算	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして兵庫県知事に届け出た指定通所介護事業所であること。	9.0%		

上記負担額は1日／回あたりの料金です。

○ご契約者がまだ要介護認定を受けてない場合には、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が介護保険から払い戻されます（償還払い）。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。

○ご契約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表とことなることがあります。

（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、第10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。

（i）〈サービスの概要と利用料金〉

8 サービス利用をやめる場合

(1) 契約の終了について（契約書第21条参照）

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。

- 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自立・要支援と判定された場合
- ③ 事業所が解散した場合、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。）

(2) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第22条、第23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下さい。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。

- 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 事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が施設へ入所された場合

- ④ 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（一部解約は出来ません）
- ⑤ 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サービスを実施しない場合
- ⑥ 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
- 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、または著しい不信行為。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

(3) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第24条参照）

以下の事項に該当する場合には、30日間の予告期間を置いて、文章で通知することにより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。

- ① ご契約者が、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ヶ月以上遅延し、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サービス等の財物・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 契約者の行動が他の利用者もしくは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（自殺にいたる恐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

(4) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第25条参照）

本契約の一部が解約また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。

(5) 契約の終了に伴う援助（契約書第21条参照）

契約の終了する場合には、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。

9 サービス提供における事業者の義務（契約書第14条、第15条参照）

当事業所は、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14条、第15条に規定される義務を負います。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 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、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 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、被写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります。
- 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、ご契約者又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、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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って知り得たご契約者またはご家族等に関する事項な正当な理由なく、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なう際には、ご契約者の同意を得ます。

10 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、以下のものは原則として持ち込むことができません。

デイサービス利用にあたって関係のない貴重品・飲食物など

(2) 事業所・設備の使用上の注意（契約書第16条、第17条参照）

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

○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) 喫煙

○施設内の禁煙スペース以外での喫煙はできません。

1.1 損害賠償について（契約書第18条、第19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。

1.2 苦情の受付について（契約書第28条）

（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相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 （担当者） 延安 美貴
〔職名〕 生活相談員

受付時間 毎週 月・火・木・金・土 10:00～16:00

（連絡先：天川たちばなプラス 0799-25-7050）

○苦情解決責任者 （氏名） 伊富貴 幸廣
〔職名〕 管理者

○第三者委員（2名）

（氏名） 船越 健司 越田 まさよ

苦情解決第三者委員は洲本市社会福祉協議会との共同設置です。

（連絡先：洲本市社会福祉協議会 0799-26-0022）

なお、苦情の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事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため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の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	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 Tel：(078) 332-5617 fax：(078) 332-5650 9:00～17:15（月）～（金）
○洲本市役所 健康福祉部 介護福祉課 介護保険係	洲本市本町3丁目4-10 Tel：(0799) 22-9333 fax：(0799) 26-0552 8:30～17:15（月）～（金）

1.3 重要事項に記載されている内容が変更された場合、以下のとおり通知いたします。

○担当者の変更等、軽微なものは口頭でお知らせします。

○その他の変更については文書でお知らせします。

○制度改正等による大幅な変更は、文書でお知らせするとともに、場合によっては契約を更改させていただきます。

「地域密着型通所介護事業 重要事項説明書」同意書

令和 年 月 日

地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面（及び付属別紙）に基づいて重要事項の説明を行ないました。

地域密着型通所介護事業所 天川たちばなプラス

説明者職名 生活相談員 氏名 _____

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、地域密着通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型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 _____

続柄 _____

身元引受人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____

※ 文章簡略化に鑑み、記名の場合のみ要押印とし、署名の場合は押印省略とします。