

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 とりかい

デイサービスセンター 飛 鳥

令和7年5月1日

「 デイサービスセンター 飛鳥 」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。

(福岡市指定 第 4071301073 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及び介護予防型通所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、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」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

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 とりかい
- (2) 法人所在地 福岡市城南区鳥飼 6 丁目 2 番 16 号
- (3) 電話番号 092-841-6701
- (4) 代表者氏名 理事長 笠原 郁子
- (5) 設立年月 平成 10 年 7 月 29 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 認知症対応型通所介護事業／平成 12 年 1 月 1 日指定
平成 18 年 3 月 31 日終了
介護予防認知症対応型通所介護事業／平成 18 年 4 月 1 日指定
平成 20 年 3 月 31 日終了
地域密着型認知症対応通所介護事業／平成 18 年 4 月 1 日指定
平成 20 年 3 月 31 日終了
通所介護事業／平成 20 年 4 月 1 日指定
平成 28 年 3 月 31 日終了
地域密着型通所介護事業／平成 28 年 4 月 1 日指定
介護予防型通所サービス事業／平成 30 年 4 月 1 日指定
※当事業所は特別養護老人ホーム飛鳥に併設されています
- (2) 事業所の目的 在宅の高齢者の方を送迎して、入浴・食事等各種のサービスを提供し、高齢者の心身機能の維持向上を図るとともに、併せて家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター 飛鳥
- (4) 事業所の所在地 福岡市城南区鳥飼 6 丁目 2 番 16 号
- (5) 電話番号 092-841-6701
- (6) 事業所長(管理者)氏名 許斐 浩二
- (7) 開設年月 平成 11 年 5 月 28 日
- (8) 利用定員 10 名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 城南区・中央区・早良区

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年末年始(12月30日～1月3日)、盆休(8月14日～15日) 日祝日を除く月曜日～土曜日
受付時間	月～土 9:00～17:30
サービス提供時間	月～土 10:00～16:30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています

職種	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1名
2. 介護職員	2名以上
3. 生活相談員	1名以上
4. 機能訓練指導員	1名(非常勤)
5. 管理栄養士	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 9:00～17:30 8:30～17:00
2. 介護職員	勤務時間 9:00～17:30 8:30～17:00
3. 機能訓練指導員	勤務時間 9:00～17:30

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、以下の2種類があります。

- (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

(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、利用料金は各介護保険負担割合額によって介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①通所介護計画の作成

居宅サービス計画を基に、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行います。その後に援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。なお、通所介護計画に基づくサービス提供の開始時から終了するまでに、当該通所介護計画の実施状況の把握(モニタリング)を行います。その結果を踏まえて必要に応じた通所介護計画の変更を行います。

②生活指導・相談援助

ご利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排泄、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。

③機能訓練

ご利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復、またはその減退を防止する為に様々なレクリエーション、リハビリ、体操、日常動作訓練を実施します。

④健康管理

ご利用毎に血圧・脈拍・体温を測定、食事量のチェックをします。月に1回体重測定を行ないます。心身の状況や持病等に応じた観察、援助を提供します。

⑤送迎

送迎車により、事業所と自宅との間を行います。

通常の営業時間の利用の方を送迎します。

⑥食事(但し、食費は別途いただきます)

当事業所では、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。

⑦入浴

見守りや直接介助により入浴又は清拭を提供します。機械浴槽を使用して入浴することもできます。

⑧排泄

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。

<サービス利用料金（1回あたり）>（契約書第6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。（下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）

デイサービスセンター飛鳥 利用料のご案内

令和6年6月1日現在

地域密着型通所介護 利用料金（1日あたり） 所要時間6時間以上7時間未満(1割負担の場合)

要介護度	基本料金	加算計 ※1	食費	一日当りの利用料金
1	¥709	¥65	¥633	¥1,407
2	¥837	¥65	¥633	¥1,535
3	¥967	¥65	¥633	¥1,665
4	¥1,097	¥65	¥633	¥1,795
5	¥1,225	¥65	¥633	¥1,923

介護予防型通所サービス 利用料金（1月あたり） ※食費×ご利用日数は実費となります。

要支援	基本料金	加算計 ※1	食費	一月当りの利用料金
1	¥1,879	¥134	¥633	¥2,013
2	¥3,784	¥226	¥633	¥4,010

※1 加算計には各サービスに以下の加算が含まれております。これらの加算内容は変わることがあります。

（地域密着型通所介護サービス：入浴介助加算 ¥42 サービス提供体制加算Ⅰ ¥23）

（介護予防型通所サービス：通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ 要支援1 ¥92 要支援2 ¥184）

◎ 一月に一回 科学的介護推進体制加算 ¥42

◎ その他の加算としまして、毎月変動する加算が加わります。

・地域通所介護（通所型独自サービス）処遇改善加算Ⅰ：一月のデイサービス利用合計単位数×9.2%の一割の金額です。

その他にかかる費用	【お食事代】 633 円（昼食とおやつ代） ※昼食のみ 533 円、おやつのみ 100 円です。
	【オムツ代】 オムツ代は介護保険給付対象外となっておりますので、必要な方はお持ち下さい。 〈パット 1 枚あたり〉 1 6 円 〈フラット 1 枚あたり〉 2 3 円 〈はくパンツ（M） 1 枚あたり〉 8 1 円 〈はくパンツ（L） 1 枚あたり〉 9 0 円
	【タオル代】 ※施設の殺菌済みのタオルを使用される場合。 〈バスタオル 1 枚〉 4 5 円、〈長タオル 1 枚〉 1 5 円 （1 日のご利用が 1 0 0 円を超える場合は、差額分を施設が負担いたします。）
	【レクリエーション、個別余暇活動費】 利用料金/材料費等の実費を頂く場合がございます。
	【病院受診代】 緊急で病院を受診された際には、別途実費負担となります。 【領収書】 再発行を依頼された場合は、1 枚につき 5 5 0 円ご負担頂きます。

<サービス利用料金（1 回あたり）>（契約書第 6 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。（下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）

デイサービスセンター飛鳥 利用料のご案内

令和 6 年 6 月 1 日現在

地域密着型通所介護 利用料金（1 日あたり） 所要時間 5 時間以上 6 時間未満(1 割負担の場合)

要介護度	基本料金	加算計 ※ 1	食費	一日当りの利用料金
1	¥687	¥65	¥ 6 33	¥1,385
2	¥811	¥65	¥ 6 33	¥1,509
3	¥937	¥65	¥ 6 33	¥1,635
4	¥1,059	¥65	¥ 6 33	¥1,757
5	¥1,185	¥65	¥ 6 33	¥1,883

介護予防型通所サービス 利用料金（1 月あたり） ※食費×ご利用日数は実費となります。

要支援	基本料金	加算計 ※ 1	食費	一月当りの利用料金
1	¥1,879	¥134	¥633	¥2,013
2	¥3,784	¥226	¥633	¥4,010

※ 1 加算計には各サービスに以下の加算が含まれております。これらの加算内容は変わることがあります。

(地域密着型通所介護サービス：入浴介助加算 ¥42 サービス提供体制加算 ¥23)

(介護予防型通所サービス：通所型独自サービス提供体制加算 要支援1 ¥92 要支援2 ¥184)

◎ 一月に一回 科学的介護推進体制加算 ¥42

◎ その他の加算としまして、毎月変動する加算が加わります。

・地域通所介護(通所型独自サービス) 処遇改善加算Ⅰ：一月のデイサービス利用合計単位数×9.2 %の一割の金額です。

その他にかかる費用	【お食事代】 633 円(昼食とおやつ代) ※昼食のみ 533 円、おやつのみ 100 円です。 【オムツ代】 オムツ代は介護保険給付対象外となっておりますので、必要な方はお持ち下さい。 〈パット 1 枚あたり〉 1 6 円 〈フラット 1 枚あたり〉 2 3 円 〈はくパンツ (M) 1 枚あたり〉 8 1 円 〈はくパンツ (L) 1 枚あたり〉 9 0 円 【タオル代】 ※施設の殺菌済みのタオルを使用される場合。 〈バスタオル 1 枚〉 4 5 円、〈長タオル 1 枚〉 1 5 円 (1 日のご利用が 1 0 0 円を超える場合は、差額分を施設が負担いたします。) 【レクリエーション、個別余暇活動費】 利用料金/材料費等の実費を頂く場合がございます。 【病院受診代】 緊急で病院を受診された際には、別途実費負担となります。 【領収書】 再発行を依頼された場合は、1 枚につき 5 5 0 円ご負担頂きます。
-----------	--

<サービス利用料金(1回あたり)>(契約書第6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。(下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります)

デイサービスセンター飛鳥 利用料のご案内

令和6年6月1日現在

地域密着型通所介護 利用料金(1日あたり) 所要時間3時間以上4時間未満(1割負担の場合)

要介護度	基本料金	加算計 ※1	食費	一日当りの利用料金
1	¥435	¥65	¥633	¥1,133
2	¥500	¥65	¥633	¥1,198
3	¥565	¥65	¥633	¥1,263

4	¥627	¥65	¥ 6 33	¥1,325
5	¥693	¥65	¥ 6 33	¥1,391

介護予防型通所サービス 利用料金（1月あたり） ※食費×ご利用日数は実費となります。

要支援	基本料金	加算計 ※1	食費	一月当りの利用料金
1	¥1,879	¥134	¥633	¥2,013
2	¥3,784	¥226	¥633	¥4,010

※1 加算計には各サービスに以下の加算が含まれております。これらの加算内容は変わることがあります。

（地域密着型通所介護サービス：入浴介助加算 ¥42 サービス提供体制加算 ¥23 ）

（介護予防型通所サービス：通所型独自サービス提供体制加算 要支援1 ¥92 要支援2 ¥184）

◎ 一月に一回 科学的介護推進体制加算 ¥42

◎ その他の加算としまして、毎月変動する加算が加わります。

・地域通所介護（通所型独自サービス）処遇改善加算Ⅰ：一月のデイサービス利用合計単位数×9.2 %の一割の金額です。

その他にかかる費用	【お食事代】 633円（昼食とおやつ代） ※昼食のみ533円、おやつのみ100円です。
	【オムツ代】 オムツ代は介護保険給付対象外となっておりますので、必要な方はお持ち下さい。 〈パット1枚あたり〉16円 〈フラット1枚あたり〉23円 〈はくパンツ（M）1枚あたり〉81円 〈はくパンツ（L）1枚あたり〉90円
	【タオル代】※施設の殺菌済みのタオルを使用される場合。 〈バスタオル 1枚〉45円、〈長タオル 1枚〉15円 （1日のご利用が100円を超える場合は、差額分を施設が負担いたします。）
	【レクリエーション、個別余暇活動費】 利用料金/材料費等の実費を頂く場合がございます。
	【病院受診代】 緊急で病院を受診された際には、別途実費負担となります。
	【領収書】再発行を依頼された場合は、1枚につき550円ご負担頂きます。

☆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、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。

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（次頁（2）①参照）

☆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。

(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6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＞

①食事の材料の提供(食材料費)

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金:1回あたり633円

②レクリエーション・余暇活動

ご契約者の希望によりレクリエーションや余暇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。

③日常生活上必要となる諸費用実費

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いただきます。(別紙デイサービス飛鳥料金表参照)

☆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(契約書第6条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご利用月の翌月にご請求しますので、翌月までに以下の方法でお支払い下さい。

ア 窓口にてお支払

イ 口座振込み 西日本シティ銀行 六本松支店 普通預金 1516230

口座名 社会福祉法人とりかい 理事長 笠原 郁子

ウ 口座振替

※ウの口座振替に関する注意事項

- ・引き落とし日は毎月25日(西日本シティ銀行の方)、26日(西日本シティ銀行以外の方)となります。(金融機関が休業日の場合は翌営業日)
- ・口座名義人はご契約者と異なっても構いません。
- ・手続きが完了次第、振替申込書の控えと開始時期をお伝え致します。

(4) 利用の中止・変更・追加(契約書第7条参照)

○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に出してください。

○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は、この限りではありません。

(3)利用者等の意見を把握する体制、第三者評価の実施状況

- ・毎年2月にご利用者様又は、ご家族様へアンケート調査にご協力頂いています。結果は1階デイサービス内にて掲示しています。
- ・第三者による評価は実施していません。

(4)ご相談内容の取り扱い

ご相談内容は、書面にて施設責任者及びスタッフに通知を行い、協議のうえ必要な場合には、第三者委員の助言や立会いを求め、ご相談者と誠意をもって話し合い・改善・解決に努めます。

(5)ご相談内容の改善、解決に携わるもの

苦情解決責任者 管理者 許斐 浩二

第三者委員 評議員 吉村 亮子 TEL092-821-3534

小林 芳子 TEL092-861-6505

(第三者委員は利用者の立場に配慮した適切な対応をしていただくための委員です)

※施設内に「ご意見箱」も設置しておりますのでお気づきの点がございましたらお聞かせください

7. 守秘義務について(契約書第10条参照)

- 1 事業者及びサービス従事者又は従業員は、通所介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はその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。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- 2 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 3 前2項にかかわらず、契約者に係る他の居宅介護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、契約者又は契約者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。

8. 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権擁護・虐待の防止等のために、次のとおり必要な措置を講じます。

- ① 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を行います。
- ③ 虐待防止のための指針を整備します。
- ④ 虐待防止に関する責任者を選定しています。虐待防止に関する責任者は管理者です。

- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

＜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 8 階、地下 1 階
(2) 建物の延べ床面積 4, 492. 56㎡

2. 職員の配置状況

〈配置職員の職種〉

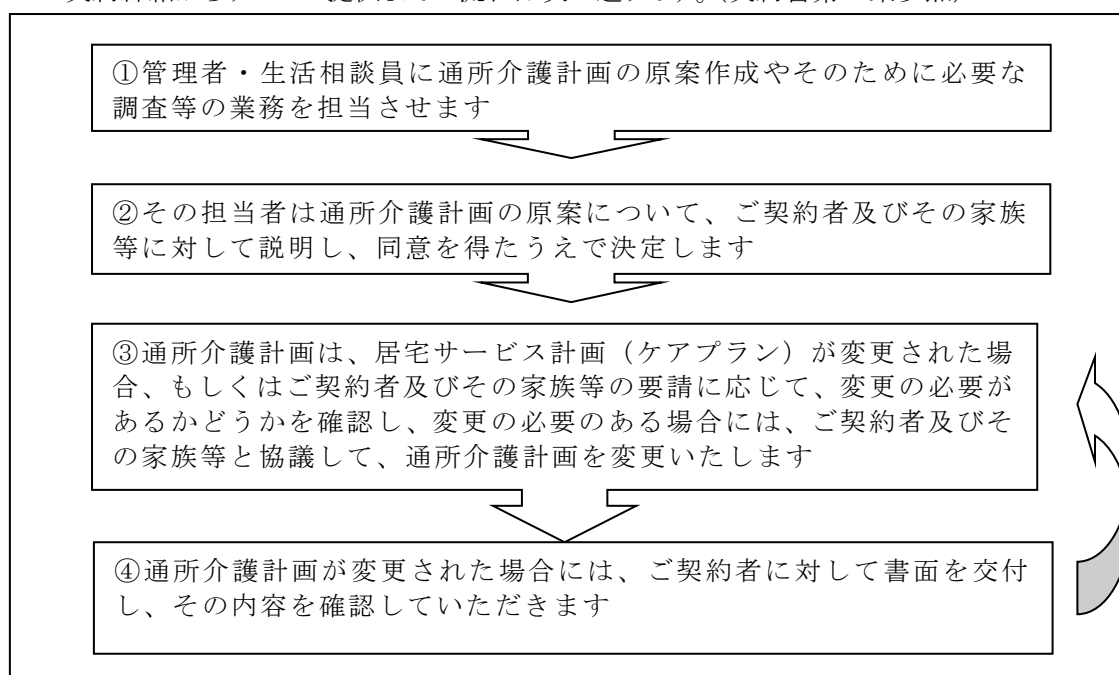
介護職員…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

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。

機能訓練指導員…ご契約者が日常生活を営むのに必要な機能の改善や減退を防止する為の訓練を行います。

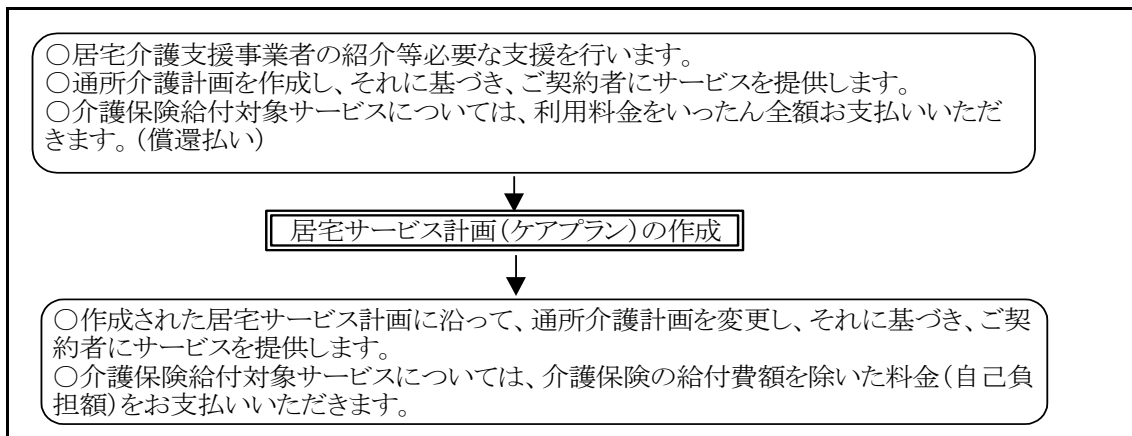
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (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、「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)

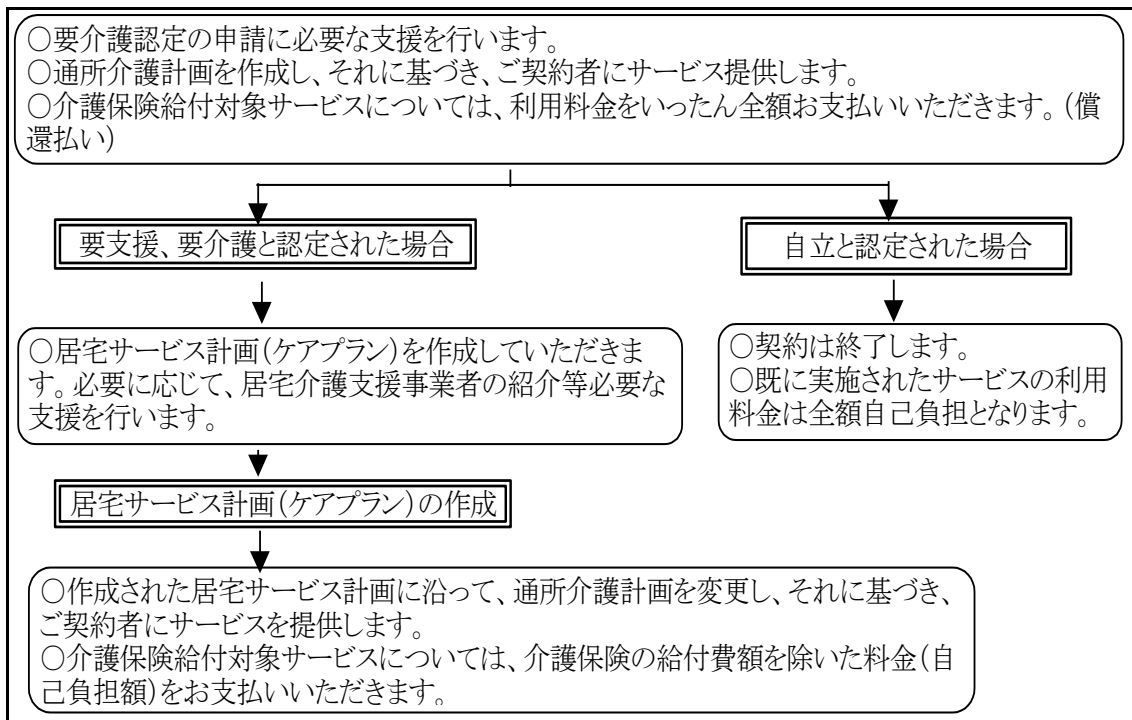


- (2)ご契約者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

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

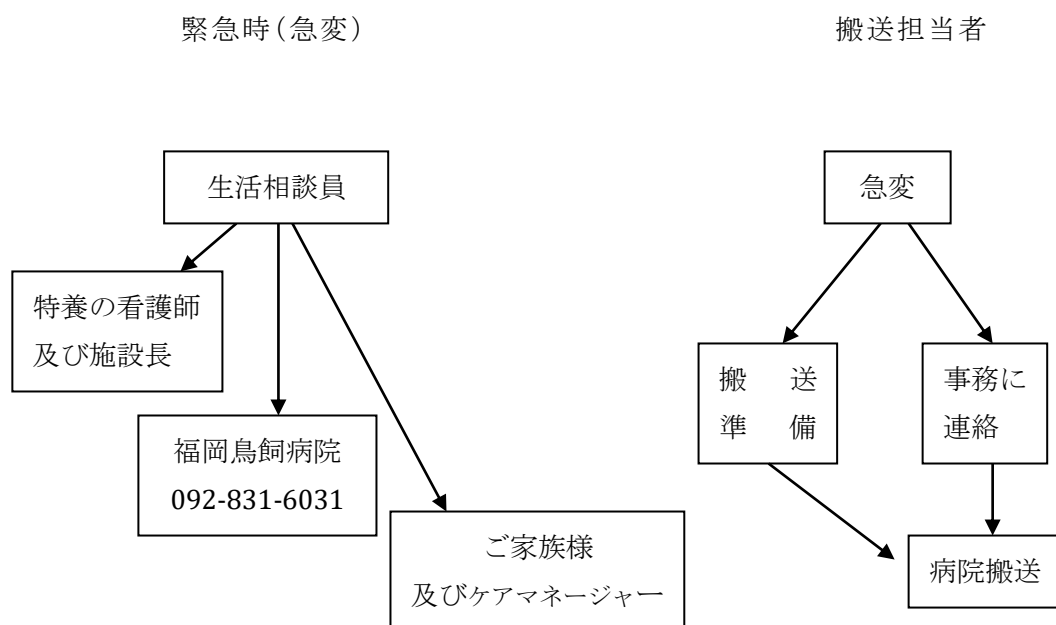


4. サービス提供における事業者の義務(契約書第9条、第10条参照)

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。

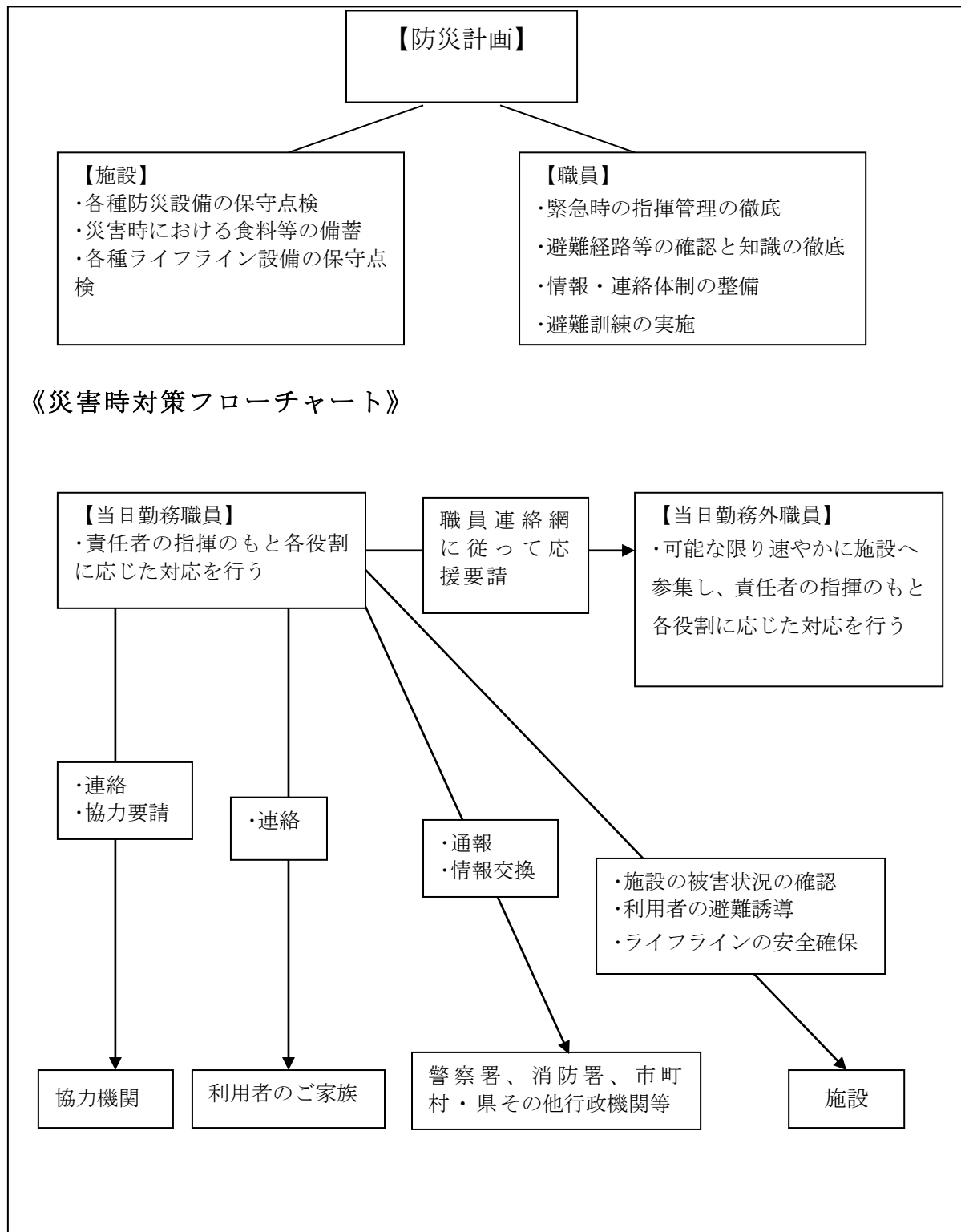
- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
 - ②ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
 - ③ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。(ご契約者又は他の利用者様等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります)
 - ④事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)
- 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。
- 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、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- * 急変等の対応方法については、以下のチャート式を参照
(利用者様の急変等の対応について)
- * 生活相談員が電話連絡、介護職他2名で搬送を行う。
- * 搬送は、状態を見て、車椅子またはストレッチャーにて行う。
- * 2つの対応は、並行して迅速に行う。
- * 利用者様の急変には至らないまでも状態の悪化が見られ、ご家族等への連絡が必要と判断される場合には緊急連絡先への連絡を行う。

< 緊急時の対応 >



《非災害時対策》

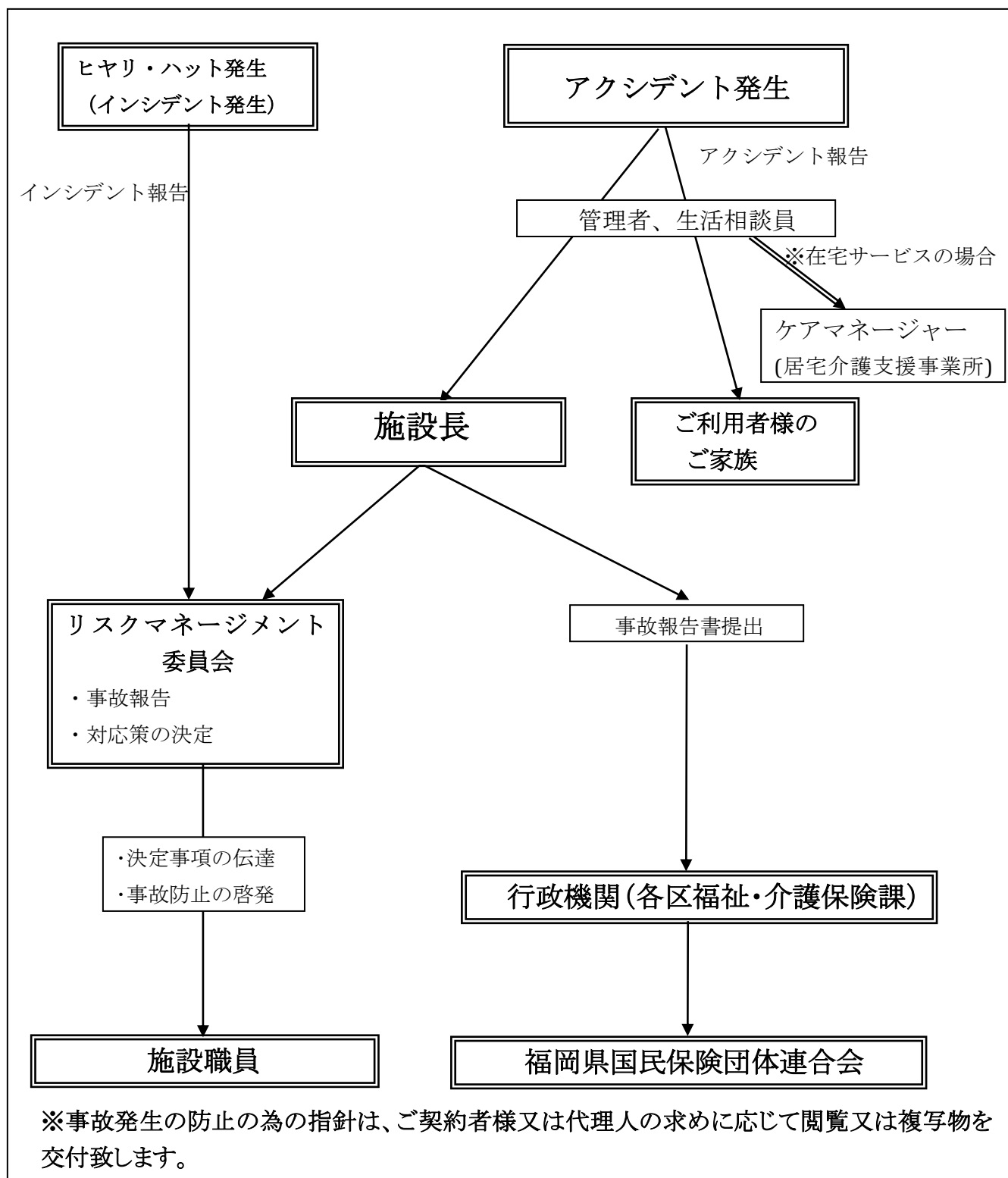
当施設では独自に作成した【防災計画】にもとづいて、非災害及び災害時における利用者様の安全確保の為、下記のように対策に努めております。



《緊急事故対応フローチャート》

当施設内外において介護サービスの提供中、予期せぬ事故が発生した場合には、下図の流れ

に沿って対処し、ご家族様が納得いただけるように解決・再発防止に努めます。



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(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。
- 施設の設備について、故意又は重大な過失により破損、汚損した場合には、ご契約者の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

施設内は全館禁煙となっておりますので、喫煙は出来ません。

(3)サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、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ありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません)

①協力医療機関

医療機関の名称	福岡鳥飼病院
所在地	福岡市城南区鳥飼 6 丁目 8-5
診療科	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科等

②協力歯科医院

医療機関の名称	前田歯科クリニック
所在地	福岡市中央区六本松 4-9-12

6. 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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. 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 16 条参照)

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）
- ⑥ 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(契約書第 17 条、第 18 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 2 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ご契約者が入院された場合
- 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
- 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(契約書第 19 条参照)

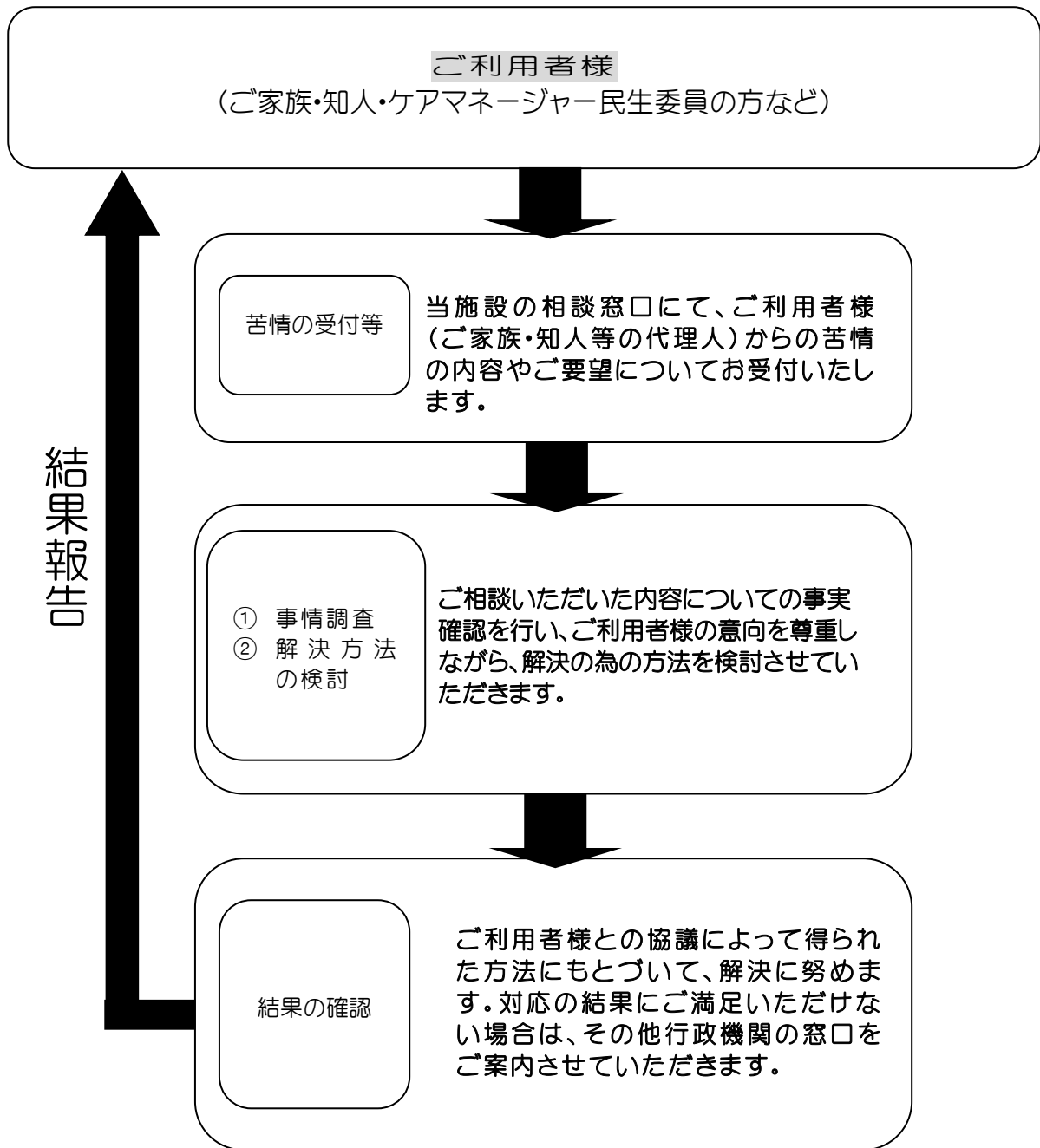
以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。この場合には、事業者は契約終了を 1 ヶ月前までに契約者に通知するものとします。

- 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(契約書第 16 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。

苦情・相談の対応の流れ



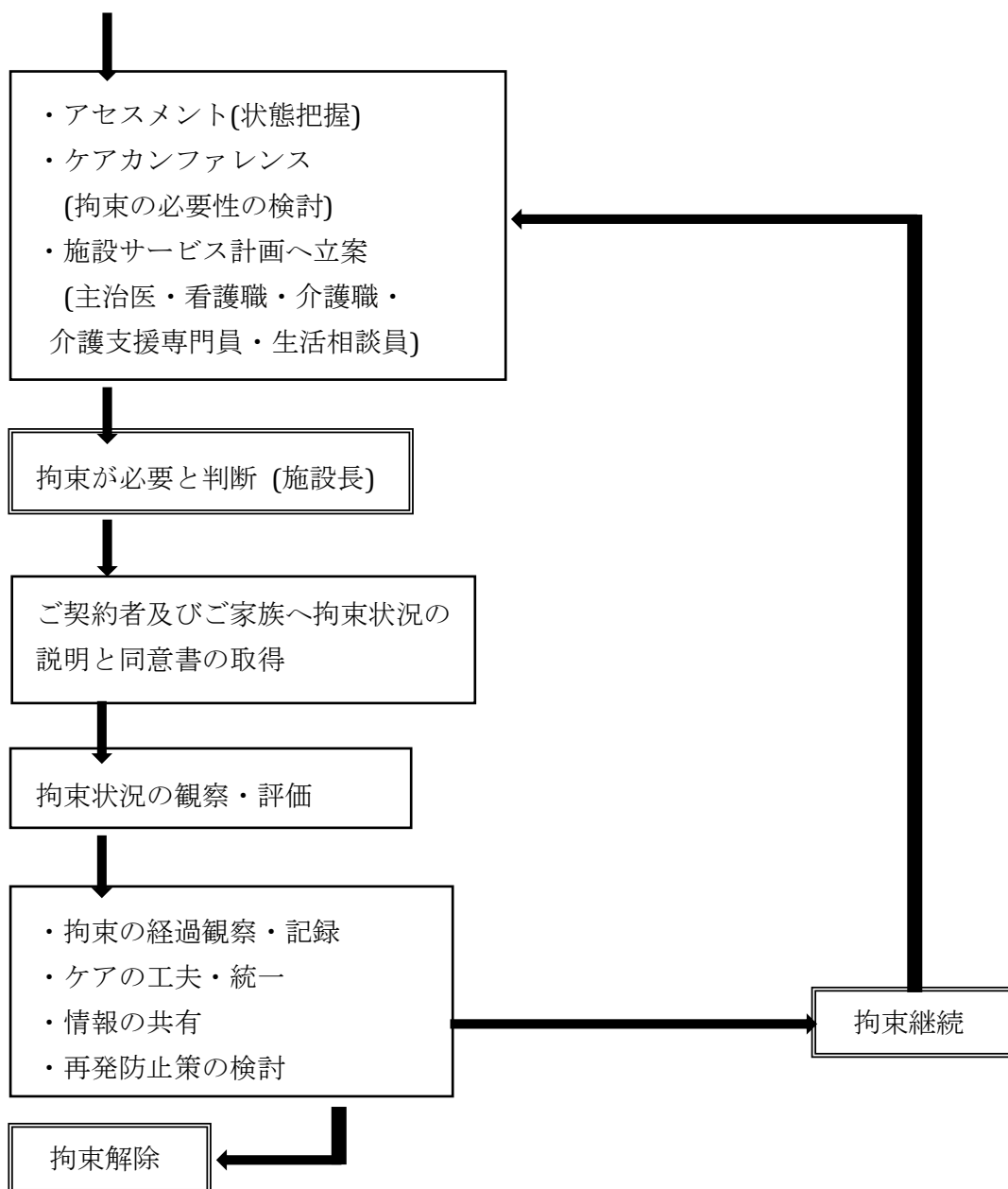
社会福祉法人とりかい
苦情相談受付窓口

お寄せいただいた苦情・ご要望を真摯に受けとめ、適切な対応に努めます。
又、ご相談の内容について随時、記録を行ない、よりよいサービスの向上に努めます。

緊急やむを得ない状況での身体拘束手順

問題行動発生

※アクシデント・インシデントレポート発生



☆やむを得ず拘束をしなければならない場合

- ①生命に関わる危険がある場合
- ②他に代替する方法がない場合
- ③拘束が一時的である場合

☆身体拘束を解除する場合

- ・問題行動がなくなり安全の確保が図られる場合
- ・身体拘束に代替する対応方法と環境整備が図られる場合

令和 年 月 日

地域密着型通所介護サービス及び介護予防型通所介護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。

地域密着型通所介護
介護予防型通所サービス
デイサービスセンター飛鳥

説明者職名	生活相談員	
氏 名	布川 留美	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け、指定通所介護サービスの提供開始に
同意しました。

利用者	住所	
	氏名	印

保証人	住所	
	氏名	印
	続柄	