日常生活支援総合事業・第１号通所事業(通所介護相当サービス)

重要事項説明書

当事業所はご利用者（ご契約者）様に対して第1号通所事業・通所介護相当サービスを提供いたします。事業所の概要、提供されるサービスの内容や契約上の注意点等を次の通りに説明させていただきます。

※この重要事項説明書は、厚生省令第 38 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 4 条の規定に基づき、ご利用申込者様又はご家族様への重要事項説明のために作成したものです。

1．事業者

（1）法　　人　　名　　社会福祉法人　医真福祉会
（2）法 人 所 在 地　　大阪府八尾市大字都塚 50 番地 1
（3）電　話　番　号　　(072) 991－8680　　FAX (072) 991－6355
（4）代 表 者 氏 名　　理事長　　柚木　大和

２．事業所の概要

（1）事 業 所 の 名 称　　デイサービスセンター　やまぶき
（大阪府指定　2775504281）
（2）事業所の所在地　　大阪府八尾市東山本新町 1 丁目 9 番 24 号
（3）電　話　番　号　　(072) 924-2468　　FAX (072) 924-2458
（4）事業所管理者氏名　　藤村　留美
（5）事　業　の　目　的　　要支援状態にある利用者様に対し、事業所の生活相談員並びに看護職員及び介護職員に加えて、各種専門スタッフ（機能訓練指導員・管理栄養士）の共同による適切な第１号通所事業(通所介護相当サービス)のサービス提供を行うことを目的とします。
（6）当事業所の運営方針　　ご利用者様の有する能力に応じ、介護予防に重点を置いたサービスを提供し、自立した日常生活を営むことができるように支援します。

３．通常の事業実施地域　八尾市　**柏原市堂島町全区域**

４．営業時間　　月曜日から土曜日までの営業（12 月 31 日～1 月 3 日休業）
午前 8 時 30 分から午後 5 時まで

５．職員の体制　　※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	非常勤	職務の内容
1．管理者	1 名		管理者
2．生活相談員	1 名	名	相談・サービスの調整と計画、実施
3．看護職員		3 名	健康管理・介護予防のサービス実施
4．介護職員	3 名	9 名	介護予防のサービス実施
5．機能訓練指導員	2 名		運動機能向上プログラム管理・実施
6・管理栄養士		1 名	

６．当事業所が提供するサービス内容

（１）第１号通所事業・通所介護相当サービス

健康管理および日常生活活動や創作活動などを中心として、ご利用者様の日常生活上の支援および生活行為向上支援をさせて頂きます。また、基本サービスには送迎サービス等 が含まれております。

７．サービスの利用料金

（１）利用料金の詳細について　　地域単価（5 級地）10.45 にて算定。

「利用者負担額」は、介護保険負担割合証に応じた基本利用料の 1 割（一定所得以上の方は 2 割または 3 割）の額となります。

・総合事業　通所介護　　**※ １月当たりの利用者負担額（非課税）**

	基本サービス料			サービス提供体制強化加算Ⅱ ※1		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	¥1,879	¥3758	¥5637	¥76	¥151	¥226
要支援 2	¥3,784	¥7,568	¥11,352	¥151	¥301	¥452

※1 ＝ サービス提供体制強化加算とは、人材やサービスの質を確保した事業所を段階的に評価する加算です。

介護職員等処遇改善加算Ⅰ（ロ）	利用料に対して 12.0%	2026 年 6 月から

○介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算とは、介護職員の人材確保をさらに推し進め、処遇改善に係る加算を１本化した加算です。

・その他の料金（非課税）

昼食代(おやつ代含む)	¥750 ／日	尿取りパット	¥36 ／枚
ジュース	¥120 ／本	はくパンツ M～L	¥173 ／枚
マスク	¥50 ／枚	はくパンツ L～LL	¥193 ／枚

（２）お支払い方法は原則、現金でのお支払いとなります。

利用料金は１ヶ月毎に計算しご請求致します。翌月 10 日以降に請求書をお渡し致しますので、月末までにお支払いいただきますようお願い致します。

８.指定通所介護サービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

（１）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	￥

※ 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やご利用状況などにより変動します。

９．個人情報の保護と安全管理

（１）当事業所及び当事業所の使用する者は、ご利用者様に安全でご安心していただける居宅サービスを行うために個人情報を提供していただきます。その際、知り得たご利用者様及びご家族様に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に提供することはありません。それ以外に個人情報を利用する必要性が生じた場合には、あらためてご利用者様から同意をいただくことといたします。なお、職員の退職後についても同様とします。

（２）個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の下、細心の注意を払い管理するものとし、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

１０．第１号通所事業・通所介護相当サービスの利用に関する留意事項

（１）医療機関受診について

サービス提供中の受診については、緊急時を除いて禁止となっております。

（２）予定サービスの追加・キャンセルについて

急用や体調不良などの理由で当日キャンセルされる場合は、必ず午前８時３０分までにご連絡ください。

（３）喫煙・飲酒について

事業所内の喫煙および飲酒は禁止となっております。

（４）宗教活動・政治活動について

事業所内における宗教活動および政治活動は禁止となっております。

（５）設備・備品の利用について

設備・備品の取り扱いには十分注意してください。ご利用者様の過失により、設備・備品に損害があった場合は、相当分の賠償を請求させて頂くこともあります。

（６）金銭および貴重品の管理

金銭および貴重品の紛失については、一切責任を負いかねます。持ち込みについては十分ご注意の上で、自己の責任に於いて管理いただけるようにお願いします。

（７）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願い致します。

また、**利用者間での物のやり取りは控えて頂いております。**ご理解のほどよろしくお願い致します。

１１．苦情の対応について

（１）苦情の受付

苦情・相談等は以下の専用窓口にご相談ください。

苦情・相談等があった場合は事実確認を行い、管理者と共に対応内容・再発防止のための対応方針を検討し、ご利用者様又はご家族様にその結果を説明し、苦情相談シートに記録します。

苦情相談窓口	連　絡　先
デイサービスセンターやまぶき 担当　藤村	ＴＥＬ　（072）924-2468 ＦＡＸ　（072）924-2458

（２）行政機関その他苦情受付機関

担当機関（課）	連　絡　先
八尾市役所 地域福祉部　高齢介護課	ＴＥＬ（072）924-9360 ＦＡＸ（072）922-1005

大阪国民健康保険団体連合会	ＴＥＬ　(06) 6949-5418 ＦＡＸ　(06) 6949-5417

１２．虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

（１）虐待防止に関する責任者を選定しています。

（２）成年後見制度の利用を支援します。

（３）苦情解決体制を整備しています。

（４）従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

１３．身体拘束について

事業者は、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ことが考えられるときは、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ます。

（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ことができない場合に限ります。

（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。

１４．緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に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の連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

１５．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）

（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：（毎年２回　６月・12 月）

（４）（３）の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

１６．業務継続計画の策定等について

（１）　感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

（２）　従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

（３）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１７．衛生管理等

（１）指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

（２）必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

（３）事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１８．サービスの第三者評価の実施状況について

提供しているサービスの内容や課題等について、当事業所では第三者評価は行っておりません。

１９.心身の状況の把握

指定通所介護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

２０.居宅介護支援事業者等との連携

（１）指定通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

（２）サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

（３）サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

２１.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、その記録はサービスを提供した日から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。

２２．事故発生時の対応・賠償責任

当事業所がご利用者様に対して行う通所介護のサービス提供により、事故が発生した場合には速やかに家族様に連絡を行うと共に、その原因を解明し、再発防止の対策を検討します。また、当事業所の責めに帰すべき事由によりご利用者様に生じた損害については、その責任の範囲において、ご利用者様に対してその損害賠償を速やかに行います。

説明年月日　　年　　月　　日

第１号通所事業・通所介護相当サービスのサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。これを証するため、本書２通を作成し、契約者及び、事業所が記名捺印の上、各１通を保有するものとします。

事業所　　大阪府八尾東山本新町１丁目９番24号
社会福祉法人医真福祉会
デイサービスセンター　やまぶき　　説明者氏名　　㊞

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、第１号通所事業・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　　㊞

署名代行者（または法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　㊞

「通所介護」重要事項説明書

当事業所はご利用者（ご契約者）様に対して通所介護を提供いたします。事業所の概要、提供されるサービスの内容や契約上の注意点等を次の通りに説明させていただきます。

※この重要事項説明書は、厚生省令第 38 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 4 条の規定に基づき、ご利用申込者様又はご家族様への重要事項説明のために作成したものです。

1．事業者

（1）法　　人　　名　　社会福祉法人　医真福祉会
（2）法 人 所 在 地　　大阪府八尾市大字都塚 50 番地 1
（3）電　話　番　号　　(072) 991－8680　　FAX (072) 991－6355
（4）代 表 者 氏 名　　理事長　　柚木　大和

2．事業所の概要

（1）事 業 所 の 名 称　　デイサービスセンター　やまぶき
（大阪府指定　2775504281）
（2）事業所の所在地　　大阪府八尾市東山本新町 1 丁目 9 番 24 号
（3）電　話　番　号　　(072) 924-2468　　FAX (072) 924-2458
（4）事業所管理者氏名　　藤村　留美
（5）事 業 の 目 的　　ご利用者（要介護給付認定者）様に対し、事業所の生活相談員並びに看護職員及び介護職員に加えて、各種専門スタッフ（機能訓練指導員・管理栄養士・歯科職員）の共同による適切な通所介護のサービス提供を行うことを目的とします。
（6）当事業所の運営方針　　ご利用者様の有する能力に応じ、日常生活動作維持に重点を置いたサービスを提供し、充実した日常生活を営むことができるように支援します。

3．通常の事業実施地域　　**八尾市、東大阪市六万寺町全区域、柏原市堂島町全区域**

4．営業時間　　月曜日から土曜日までの営業（12 月 31 日～1 月 3 日休業）
午前 8 時 30 分から午後 5 時まで

5．職員の体制　　※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	非常勤	職務の内容
1．管理者	1 名		管理者
2．生活相談員	1 名	1	相談・サービスの調整と計画、実施
3．看護職員		3 名	健康管理・通所介護のサービス実施
4．介護職員	3 名	9 名	通所介護のサービス実施
5．機能訓練指導員	2 名	名	個別機能訓練プログラム管理・実施
6.管理栄養士		1 名	栄養マネジメント・実施

6．当事業所が提供するサービス内容

（1）通所介護基本サービス

健康管理および日常生活活動や創作活動などを中心として、ご利用者様の日常生活上の支援および生活行為向上支援をさせて頂きます。また、基本サービスには送迎サービスが含まれております。

（2）通所介護加算サービス

- 個別機能訓練加算

専門職との共同により、上記の項目についての通所介護サービスを実施させて頂きます。サービス実施において、評価の実施と個別的なサービス計画の策定を行い、ご利用者様の日常生活上の支援および生活行為向上支援をさせて頂きます。

- 入浴介助加算

ご利用者様の状態に応じた入浴方法で、入浴介助をさせて頂きます。

- サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算とは、人材やサービスの質を確保した事業所を段階的に評価する加算です。

- 介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算とは、介護職員の人材確保をさらに推し進め、処遇改善に係る加算を１本化した加算となります。

7．サービスの利用料金

（1）利用料金の詳細について　地域単価（5級地）10.45にて算定。

「利用者負担額」は、介護保険負担割合証に応じた基本利用料の1割（一定所得以上の方は2割または3割）の額となります。

・通所介護Ⅰ（通常規模）　　**※ 1回当たりの利用者負担額（非課税）**

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満	1割負担	¥387	¥442	¥501	¥557	¥615
	2割負担	¥774	¥884	¥1,001	¥1,114	¥1,229
	3割負担	¥1,160	¥1,326	¥1,502	¥1,671	¥1,844
4時間以上5時間未満	1割負担	¥406	¥464	¥525	¥586	¥645
	2割負担	¥811	¥928	¥1,049	¥1,171	¥1,290
	3割負担	¥1,217	¥1,392	¥1,574	¥1,756	¥1,935
5時間以上6時間未満	1割負担	¥596	¥704	¥812	¥920	¥1,029
	2割負担	¥1,192	¥1,407	¥1,624	¥1,840	¥2,057
	3割負担	¥1,787	¥2,110	¥2,436	¥2,759	¥3,085
6時間以上7時間未満	**1割負担**	**¥611**	**¥720**	**¥832**	**¥942**	**¥1,054**
	2割負担	**¥1,221**	**¥1,440**	**¥1,664**	**¥1,883**	**¥2,107**
	3割負担	**¥1,831**	**¥2,160**	**¥2,496**	**¥2,825**	**¥3,160**
7時間以上8時間未満	1割負担	¥688	¥812	¥941	¥1,069	¥1,200
	2割負担	¥1,376	¥1,624	¥1,881	¥2,138	¥2,400
	3割負担	¥2,063	¥2,436	¥2,822	¥3,207	¥3,599

・加算サービス料金　　※ １回当たりの利用者負担額（非課税）

	1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	¥80	¥159	¥239
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	¥59	¥117	¥176
入浴介助加算(Ⅰ)	¥42	¥84	¥126
事業所が送迎を行わない場合(片道につき)	¥-50	¥-99	¥-148
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	¥19	¥38	¥54
介護職員等処遇改善加算Ⅰ-ロ	利用料に対して 12.0%		

・その他の料金（非課税）

昼食代(おやつ代含む)	¥750　／日	尿取りパット	¥36　／枚
ジュース	¥120　／本	はくパンツ　M～L	¥173　／枚
マスク	¥50　／枚	はくパンツ　L～LL	¥193　／枚

（2）お支払い方法は原則、現金でのお支払いとなります。
利用料金は1ヶ月毎に計算しご請求致します。翌月 10 日以降に請求書をお渡し致しますので、月末までにお支払いいただきますようお願い致します。

8.指定通所介護サービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

（1） 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	¥

※ 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やご利用状況などにより変動します。

9．個人情報の保護と安全管理

（1）当事業所及び当事業所の使用する者は、ご利用者様に安全でご安心していただける居宅サービスを行うために個人情報を提供していただきます。その際、知り得たご利用者様及びご家族様に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に提供することはありません。それ以外に個人情報を利用する必要性が生じた場合には、あらためてご利用者様から同意をいただくことといたします。なお、職員の退職後についても同様とします。

（2）個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の下、細心の注意を払い管理するものとし、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

１０．通所介護の利用に関する留意事項

（1）医療機関受診について
通所介護サービス中の受診については、緊急時を除いて禁止となっております。

（2）予定サービスの追加・キャンセルについて

急用や体調不良などの理由で当日キャンセルされる場合は、必ず午前 8 時 30 分までにご連絡ください。

昼食の発注が 5 日前で締め切りとなるため、受診等でデイを休まれることが予め分かっている場合、**原則 5 日前まで**にご連絡ください。

同様に**追加利用についても原則 5 日前の締め切り**とし、それ以降は要相談となりますが昼食は別メニューとなる可能性がありますのでご了承ください。

（3）喫煙・飲酒について

事業所内の喫煙および飲酒は禁止となっております。

（4）宗教活動・政治活動について

事業所内における宗教活動および政治活動は禁止となっております。

（5）設備・備品の利用について

設備・備品の取り扱いには十分注意してください。ご利用者様の過失により、設備・備品に損害があった場合は、相当分の賠償を請求させて頂くこともあります。

（6）金銭および貴重品の管理

金銭および貴重品の紛失については、一切責任を負いかねます。持ち込みについては十分ご注意の上で、自己の責任に於いて管理いただけるようにお願いします。

（7）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願い致します。

また、**利用者間での物のやり取りは控えて頂いております**ので、ご理解のほど宜しくお願い致します。

１１．苦情の対応について

（1）苦情の受付

苦情・相談等は以下の専用窓口にご相談ください。

苦情・相談等があった場合は事実確認を行い、管理者と共に対応内容・再発防止のための対応方針を検討し、ご利用者様又はご家族様にその結果を説明し、苦情相談シートに記録します。

苦情相談窓口	連　絡　先
デイサービスセンターやまぶき 担当　藤村・羽田	ＴＥＬ　（072）924-2468 ＦＡＸ　（072）924-2458

（2）行政機関その他苦情受付機関

担当機関（課）	連　絡　先
八尾市役所 地域福祉部　高齢介護課	ＴＥＬ（072）924-9360 ＦＡＸ（072）922-1005
大阪国民健康保険団体連合会	ＴＥＬ　（06）6949-5418 ＦＡＸ　（06）6949-5417

１２．虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

（1）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	管理者　・　藤村　留美

（２）成年後見制度の利用を支援します。
（３）苦情解決体制を整備しています。
（４）従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施しています。

１３．身体拘束について

事業者は、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ことが考えられるときは、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ます。
（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ことができない場合に限ります。
（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。

１４．緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に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の連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

１５．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）

（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：（毎年２回　６月・12 月）

（４）（３）の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

１６．業務継続計画の策定等について

（１）　感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
（２）　従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
（３）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１７．衛生管理等

（１）指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
（２）必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

（3）事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１８．サービスの第三者評価の実施状況について

提供しているサービスの内容や課題等について、当事業所では第三者評価は行っておりません。

１９.心身の状況の把握

指定通所介護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

２０.居宅介護支援事業者等との連携

（1）指定通所介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
（2）サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
（3）サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

２１.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、その記録はサービスを提供した日から 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。

２２．事故発生時の対応・賠償責任

当事業所がご利用者様に対して行う通所介護のサービス提供により、事故が発生した場合には速やかに家族様に連絡を行うと共に、その原因を解明し、再発防止の対策を検討します。また、当事業所の責めに帰すべき事由によりご利用者様に生じた損害については、その責任の範囲において、ご利用者様に対してその損害賠償を速やかに行います。

説明年月日　　年　　月　　日

通所介護のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。これを証するため、本書2通を作成し、契約者及び、事業所が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

事業所　大阪府八尾市東山本新町1丁目9番24号
社会福祉法人医真福祉会
デイサービスセンター　やまぶき　　説明者氏名　　㊞

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、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　　㊞

署名代行者（または法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　㊞