

「デイサービスセンター ラポールなんたる」

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。
(事業者番号0172001414)

当事業所はご契約者に対して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事を次の通り説明します。

※ 当事業所を利用される方全員対象の「重要事項説明書」として使用しています。そのため、利用者の状態等によって一部「該当しない事項」も含まれていることをご了承願います。

※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等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. | サービスの内容 | 3 |
| 6. | 利用料金 | 3 |
| 7. | 苦情申立先 | 6 |
| 8. | 事故発生、緊急時の対応 | 7 |
| 9. | サービス提供における事業者の義務 | 8 |
| 10. | サービスの利用をやめる場合 | 8 |
| 11. | サービスの利用に関する留意事項 | 9 |
| 12. | その他 | 10 |
| 13. | 第三者による評価の実施状況 | 10 |

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 小樽北勉会
- (2) 法人所在地 〒047-0152 北海道小樽市若松2丁目8番20号
- (3) 電話・FAX番号 電話：0134-29-0015
FAX：0134-29-1855
- (4) 代表者氏名 理事長 中垣 葵
- (5) 設立年月 昭和56年12月18日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 平成21年3月27日指定

指定介護通所介護事業所 ・ 第一号通所事業（小樽市通所介護相当サービス）事業所

(2) 事業所の目的

介護保険法並びに関係法令に基づき、要介護状態（第一号通所事業（小樽市通所介護相当サービス）にあつては要支援状態）にある高齢者並びに特別な事情にある高齢者等の意思及び人格を尊重し、本人らしく在宅で生活を続けられるよう、利用者自身の能力に応じた、適正な事業を提供することを目的とします。

(3) 事業所の名称 デイサービスセンター ラポールなんたる

(4) 事業所の所在地 〒047-0017 北海道小樽市若松2丁目8番20号

(5) 電話・FAX番号 電話：0134-64-1167 ・ FAX：0134-64-1180

(6) 事業所長(管理者) 氏名 佐保 亮介

(7) 当事業所の運営方針

利用者や家族のニーズをふまえ、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活が営めるよう支援するとともに、利用者に対し日常生活上の世話及び機能訓練等を提供します。また、ご家族の介護負担の軽減と、生活及び気持ちのゆとりが生まれるように支援するとともに関係機関等との連携を密にし、地域に開かれた事業を展開します。

(8) 開設年月 平成21年4月1日

(9) 利用定員 50人/日

ただし、緊急等やむを得ない理由により1日50人を越える事があります。(1ヶ月利用人数が1日当たり50名を超えないものとします)

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 事業の実施地域 小樽市（オタモイから蘭島・銭函を除く）

(2) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|-------------------------|
| 営業日 | 月～土（但し、12月30日～1月3日を除く。） |
| 受付時間 | 月～土 8：30～17：30 |
| サービス提供時間 | 月～土 9：50～16：00 |

4. 職員の配置状況

| 職種 | 勤務体制 | 人数 |
|--------------|--------------------------------|-------------------------|
| 1. 事業所長（管理者） | 勤務時間：8：30～17：30 | 1名 |
| 2. 生活相談員 | 勤務時間：8：30～17：30 | 常勤兼務2名 |
| 3. 介護職員 | 勤務時間：8：30～17：30 | 常勤6名 常勤兼務2名 非常勤2名 |
| 4. 看護職員 | 勤務時間：8：30～17：30 | 常勤1名 非常勤1名 |
| 5. 運転手 | 勤務時間：8：30～10：30 15：30～17：30 | 非常勤1名 |

5. サービスの内容

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

| 種 類 | 内 容 |
|------|--|
| 送 迎 | ・ ご利用者と事業所との間の送迎を行います。 |
| 入 浴 | ・ 入浴又は清拭を行います。 ・ 身体状況に合わせ機械浴槽を使用して入浴することができます。 |
| 排 泄 | ・ 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。 |
| 機能訓練 | ・ ご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。 |

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

| 種 類 | 内 容 |
|---------|---|
| 食 費 | ・ 栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ ご利用者の自立支援のため離床して食事を摂っていただく事を原則としています。 (食事時間) 昼食 12:00～13:00 (おやつ時間) 15:00 頃 ・ 食材料費および調理費相当、おやつ分は利用者様の負担となります。 |
| 口座振替手数料 | ・ 口座振替を希望し利用された方が対象となります |
| 訓練材料費 | ・ 特別メニューを希望される訓練材料費は実費となります。 (行事活動・手芸用品など、個別でかかる経費) |
| 福祉用具 | 原則、事業所にある用具は、無償で利用できます。 ただし、ご本人様やご家族様の要望等により、個別で利用する用具等につきましては個人負担で購入いただく場合があります。その際は、説明と同意の上で進める事となります。 |
| そ の 他 | ・ 費用の支払いを含むサービスを提供する際には、事前に利用者又はその家族に対して必要な資料を掲示し、該当サービスの内容及び費用を説明した上で、契約者（利用者）の同意を得て行ないます。 |

6. 利用料金（1回あたり）

（1）介護保険給付の対象となる利用料金

利用者様の要介護度に応じた介護保険給付費額の自己負担額をお支払いいただきます。

（サービス提供時間 6時間以上7時間未満）

① 介護認定が「要介護度」と認定された方 1割負担の場合（円）

| 要介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|----------------|---|------|------|------|
| 利用料（基本単位数） | 584 | 689 | 796 | 901 | 1008 |
| 各種加算 | 入浴介助加算Ⅰ | 40（入浴されるごと料金がかかります） | | | |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ | 22（利用されるごと料金がかかります） ※介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。（この加算は、利用限度額の支給対象外となります。） | | | |
| | 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数に9.2%を乗じた単位数 （この加算は、利用限度額の支給対象外となります） | | | |

※所定単位数 ～（該当する介護度による基本単位数+各種加算点数）× 月間利用日数

※所得により2割負担、3割負担の方は上記料金表2倍、3倍の料金となります。ご自身の介護保険負担割合証をご確認下さい。

② 介護認定が「要支援」と認定された方 1割負担の場合（円） 1ヶ月の利用料金

| 要介護度 | 要支援1 | 要支援2 （週1回程度） | 要支援2 （週2回程度） |
|------------|------------------|--|-----------------|
| 利用料（基本単位数） | 1,798 | 1,798 | 3,621 |
| 各種加算 | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ | 88 ※介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。 （この加算は、利用限度額の支給対象外となります。） | |
| | 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数に9.2%を乗じた単位数 （この加算は、利用限度額の支給対象外となります） | |

※所得により2割負担、3割負担の方は上記料金表2倍、3倍の料金となります。ご自身の介護保険負担割合証をご確認下さい。

(2) 介護保険の給付の対象とならない利用料金

① 食費

食材料費および調理費相当分、おやつ代がご利用者の方の負担となります。

◆利用料金：1日あたり700円

② 振替手数料

利用料金の支払いに際して口座振替をご希望される場合、下記の手数料が必要になります。

◆口座振替手数料：毎月165円

③ 教養娯楽費、福祉用具等

その他、行事活動や教材費、手芸用品、福祉用具など、特別に利用者等が独自に希望される費用等については、利用者、家族、関係機関等との事前に協議し、同意の上、費用を負担いただくものとします

◆教材費等：実費

当事業所は、社会福祉法人による減免制度を実施していますので、生活困窮等でお困りの方はご相談ください。

(3) その他特別な事情による利用料金（介護保険料を利用せずに、当事業所を利用する場合）

原則、当事業所は、介護保険制度上のサービスであります。特別な事情等により、介護保険を利用しないでサービスを受けた場合は、行政、担当の介護支援専門員、家族、利用者等との十分な話し合いの上での利用がありえます。（独自での基準ではなく、複数の関係者と相談の上、根拠を定めて取り決めます）主なものは次のとおりです

① 介護認定の更新忘れ等による利用

特別な身体機能等の変化がない場合は原則として、直近の介護度に応じたサービス利用料金の全額（10割）を一旦お支払いいただき、介護認定を受けた後、新しい介護度の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。

② 新規で介護認定を申請中など、正確な認定がなされていない場合（暫定利用）

ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、行政、家族、利用者本人、関係機関等との話し合いの上、暫定で、介護認定を定め、その介護度に応じたサービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。後日、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。

③緊急、利用者等の擁護などの明確な理由による場合の利用。

ア. 行政や地域包括支援センター等から依頼を受け介護認定を利用せずにサービスを利用した場合
行政、包括支援センター、家族、利用者等との話し合いの上、根拠をもって料金を定めるなどの対応の元で利用いただくこととなります。その場合、利用の理由や料金の設定など記録を明記します。

イ. 行政等が別に定めて行なう介護保険制度以外の制度上のサービス

行政等との話し合いのうえ、定められた料金での利用となります。

ウ. 介護保険制度上の施設サービスもしくは、居宅サービス（特定施設・グループホームなど）を利用した方の受入れ

(1) 原則事業所同士の契約となるため、利用者負担はありません

(2) 「ウ」を利用している方が特別な理由を元に、当事業所のサービスを希望した場合
ご本人様の介護度に応じた10割の負担となります。

エ. その他特別な理由やケースによる利用

その都度、行政等との確認のうえ、根拠を持って十分な家族等との話し合いのうえ、利用していただきます。

(上記③の利用については、特に明確な根拠を示し、かつ運営上の問題とならぬように、各関係機関や家族、利用者等との十分な話し合いの上、根拠を示して利用いただきます。また、その経過については、記録の徹底を図るものとします。また、基本的な考え方として、料金やサービスの内容、記録の整備等については、介護保険と同様の対応に準じて行なうものとなります。)

④ 本人がデイサービスを始めて利用、または、当事業所を始めて利用する際にご希望が有れば、初回に限り「おためし利用」をすることが出来るものとします。この場合については、次のとおりの利用とします。

対応や記録については介護保険と同様の扱いとなり体験利用の手引きに準じて進められます。

(4) 利用料金のお支払い方法

利用料金は1か月ごとに計算し、翌月に実績利用分として請求しますので、翌月末日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。(1ヶ月遅れての請求となります)

ア. 現金でのお支払い

当事業所により、料金の確認をさせていただく事となります。

イ. 指定口座への振り込み(振り込み手数料が別途かかります)

北陸銀行 小樽支店 普通預金 4038070

社会福祉法人小樽北勉会 理事長 中垣 葵

ウ. 利用者やご家族等の預金(貯金)口座からの自動引き落とし(口座振替手数料が別途かかります。また、書類の手続き上、1ヶ月程度お時間がかかります)

(5) 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
に申し出てください。

○ 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。

7. 苦情申立先

| 種 類 | 内 容 |
|-------------------------------------|---|
| デイサービスセンター ラポールなんたる | 所在地 小樽市若松2丁目8番20号 電話番号 0134-64-1167 ファックス 0134-64-1180 担当窓口 生活相談員 金村 幸典 受付時間 月～土曜日 8:30～17:30 |
| 小樽市役所 福祉保険部 介護保険課 | 所在地 小樽市花園2丁目12番1号 電話番号 0134-32-4111 (代表) 受付時間 月～金曜日 9:00～17:20 |
| 北海道国民健康保険団体連合会 (苦情相談直通) | 所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175 受付時間 月～金曜日 9:00～17:00 |
| 北海道社会福祉協議会 北海道福祉サービス 運営適正化委員会 | 所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011-204-6310 (代表) 受付時間 月～金曜日 9:00～17:00 |

ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。
また、苦情解決の社会性、客観性を確保するために、第三者委員を設置しております。
直接、第三者委員へ苦情を申し立てたい場合、苦情内容を記載した書面を封筒に入れ、封をして苦情受付担当者にお渡し下さい。なお、第三者委員は以下のとおりです。

○第三者委員 中 村 隆 (弁護士)
西 尾 伊 都 子 (小樽市朝里地区民生・児童委員会協議会副会長)
高 橋 久 美 子 (地域代表)

☆ 苦情を受けた場合の対応

- ・サービス提供にあたり苦情を受けた場合、苦情の内容を記録します。
- ・担当者が事実確認したうえで適切に対応致します。
- ・サービス向上に向けて改善等の再発防止策に努めます。

8. 事故発生、緊急時の対応

(1) 発生時の対応

サービスの提供時に介護上事故が発生した場合は、速やかに主治医及び関係市町村、居宅介護支援事業所、ご家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。

(2) 緊急時の対応

利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医及びご家族への連絡を行う等、必要な処置を講じます。

(3) 損害賠償

事業者の責任によりご利用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いたします。ただし、その損害の発生について、契約者（利用者）に故意又は過失が認められる場合には、契約者（利用者）のおかれた心身の状況を勘案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。

(4) 事故発生の防止

サービス提供にあたりリスクの把握に努め、改善を行います。

発生した事故については、状況、原因の究明を行い、改善等の再発防止策に努めます。

9. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用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 ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご利用者の体調、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、ご家族から聴取、確認します。
- ③ ご利用者にご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、ご利用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 利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者又は他の利用者の生命、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を拘束する場合があります。
- 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。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。
- ⑤ 作成された居宅サービス計画に沿って、通所介護計画を作成及び変更し、それに基づいたサービスの提供をいたします。
- ⑥ 虐待の発生を防止するとともに、当施設の職員または養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）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、これを関係機関に通報します。

10. サービスの利用をやめる場合

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。

- 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）
- 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）
- ⑧ご利用者が、介護保険制度の「施設」に入居された場合
- ⑨長期入院や私的理由により、利用されない期間が長期間に渡る場合（ご契約者及び関係機関との話し合いの上）

(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日前までにご連絡ください。（当事業所でその旨記録をします）

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ご利用者が介護保険制度上の「施設」に入居された場合。
- ③ご利用者の「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他の利用者がご利用者の身体・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。

1 1. 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。
- 金銭の管理は行いません。自己責任となりますので、多額の金銭、金品等のご持参はご遠慮下さい。
- 物のやり取りは、ご遠慮下さい。思わぬトラブルの原因となります。

(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。

1 2. その他

(1) 個人情報保護について

緊急その他特別な理由により、別紙1に準じて、ご利用者様、ご家族様の情報を他事業所に伝える事があります。

(2) サービス利用時の緊急対応（主に起こる要因に対し、大きく3つに分けて明記しています）

①受診が早急に必要と思われる場合（救急対応を含む）

家族、担当介護支援専門員等に連絡し、主治医等への送迎をします。

②発熱等、様子をみる、家族に確認する場合

家族、担当の介護支援専門員に連絡し、臥床するなどの対応、若しくは、自宅への送迎をします。

③慢性的な微熱等、早急な受診等の必要がない場合

できるだけ、帰りの送迎時や連絡帳に、デイサービスでの状態等の報告を伝えます

1 3. 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|---------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 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 | | |

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）および代理人（ ）は、社会福祉法人小樽北勉会（デイサービスセンター ラポールなんたる）が、私および身元引受人、家族の情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合
- (9) 教育・研修のため
- (10) 損害賠償保険に係る保険会社への届出（相談含む）
- (11) 国民健康保険連合団体へ介護報酬の請求及び社会保険事務所へ医療費請求のため個人情報を利用することがあります。
- (12) 国、道及び市町村から介護報酬、医療費及びその他必要事項による照会があった場合に個人情報を利用することがあります。

3. 使用目的

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについても経過を記録し請求があれば開示する。

事故の損害賠償責任について

- ① 利用者への対応については、細心の注意を払い事故防止を徹底して介護・看護にあたります。しかし、利用者 1 人に介護員 1 人が利用時間帯すべてに密着できる体制ではありません。従って事業所の重大な過失によるものでない場合にあっても、完全に事故を防止することが困難であることのご理解を頂きます。
- ② 事業所等の重大な過失事例（損害賠償の対象となる事例）
1. 床が水や泥などで濡れていたため滑って転倒。
 2. 椅子や手すり、使用している施設の福祉用具や設備等の不具合による事故
 3. 職員がついての車椅子の操作中、または移動中に生じた事故
 4. 利用者が利用する場所に危険物等を放置したことによる事故
 5. 疾病により拘縮がみられる利用者の介助中、拘縮部位に過度な力を与えたことによる怪我
 6. 入浴介助中に観察を怠ったことによる転倒、転落、火傷等の事故
 7. 誤薬・誤嚥による状態の変化
 8. 送迎中における事故
- ③ 上記以外の事例については、利用者の置かれた心身状況等を斟酌して相当と認められる場合、事業者の損害賠償が生じない、または減じる場合があります。

指定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。

令和 年 月 日

デイサービスセンター ラポールなんたる

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け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所

氏名

印

利用者住所

氏名

印