

# 重要事項説明書

(通所型サービス A)

合同会社 Brancher

ケアスポーツ泉丘

令和 8 年 1 月 1 日 第 2 版

## 重要事項説明書

(通所型サービス A)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている「指定通所型サービス A サービス」について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、

「豊中市指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成 24 年豊中市条例第 70 号。以下「条例」という）

「豊中市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める要綱」（平成 29 年豊健高第 2959 号。以下「豊中市総合事業基準要綱」という。）の規定に基づき、指定通所型サービス A 提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

### 1 指定通所型サービス A サービスを提供する事業者について

事業者名称	合同会社 Brancher
代表者氏名	代表社員 虎口 具久
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府豊中市上野西 4-3-5 TEL 080-5630-3614 FAX 06-7777-6128
法人設立年月日	令和 7 年 5 月 19 日

### 2 利用者に対しての通所型サービス A サービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	ケアスポーツ泉丘
介護保険指定 事業者番号	豊中市指定 27A4000060
事業所所在地	大阪府豊中市東泉丘 1-6-1-101
連絡先 相談担当者名	TEL 06-7777-6127 FAX 06-7777-6128 管理者 虎口 具久
事業所の通常の 事業の実施地域	豊中市
利用定員	1 単位 8 名 2 単位 8 名

## (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	合同会社 Brancher が設置する、ケアスポーツ泉丘（以下「事業所」という。）において実施する豊中市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業に該当する指定通所型サービス A 事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の従業者（以下、通所型サービス A 従業者という。）が、要支援状態等の利用者に対し、適切な事業を提供することを目的とする。
運営の方針	事業所が実施する事業は、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び運動・レクリエーション等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

## (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（祝日含む） （ただし、12月30日 から 1月3日 までを除く）
営業時間	午前7時50分 から 午後3時00分 まで

## (4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から金曜日（祝日含む） （ただし、12月30日 から 1月3日 までを除く）
サービス提供時間	1単位 : 午前09時00分 から 午前11時00分 まで 2単位 : 午前11時30分 から 午後01時30分 まで

(5) 台風・地震等の自然災害時の対応について

暴風警報	1 単位目	午前 7時の時点で発令されている場合	自宅待機とさせていただきます。
		午前 8時までに解除された場合	安全確認が終了次第、順次送迎を開始し、通常のサービスを行います。
		午前 8時30の時点で解除されていない場合	臨時休業させていただきます。
	2 単位目	午前 9時 30 分の時点で発令されている場合	自宅待機とさせていただきます。
		午前 10時 30 分までに解除された場合	安全確認が終了次第、順次送迎を開始し、通常のサービスを行います。
		午前 11 時の時点で解除されていない場合	臨時休業させていただきます。
営業中に発令された場合		利用を中止させていただき、ご家族と連絡が取れ次第速やかに帰宅させていただきます。	
大雨・洪水警報	1 単位目	午前 8時の時点で発令されている場合	通常通り営業しますが、状況に応じて臨時休業若しくは自宅待機とさせていただきますことがあります。
	2 単位目	午前10時30分の時点で発令されている場合	
	営業中に発令された場合		通常通りサービスを行います。利用を中止させていただき、ご家族と連絡が取れ次第速やかに帰宅していただくことがあります。
地震等が発生したとき		施設の被害状況、道路等の安全状況により異なるため、状況によってご家庭へ連絡いたします。	

※避難情報に関するガイドライン（内閣府・防災担当）について

「警戒レベル3」相当（高齢者等避難）が発出された場合、  
台風・地震など災害を問わず、上記暴風警報の情報に準じた対応をさせていただきます。

(6) 事業所の職員体制

管理者	虎口 具久
-----	-------

(令和7年11月1日から)

職	職務内容	人員数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 <遵守する基準> ○指定通所型サービスAサービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 ○豊中市が条例で定める基準 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の従事者と協力し、サービスの当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した指定通所型サービスA計画の作成を行うとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ通所型サービスA計画書を交付します。 5 指定通所型サービスAの実施状況の把握及び必要な場合において通所型サービスA計画の変更を行います。	常勤 1名
通所型従事者	自立した日常生活を営むことができるよう、適切な技術をもって必要な支援を行います	非常勤 3名

3 提供する通所型サービスAサービスの内容及び費用について

(1) 提供する通所型サービスAサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容	
計画の作成	1 利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、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型サービスA計画を作成します。 2 通所型サービスA計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 通所型サービスA計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所型サービスA計画書を利用者に交付します 4 当該通所型サービスA計画に基づくサービスの提供を行う開始時から、期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該通所型サービスA計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。 5 上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて通所型サービスA計画の変更を行います。	
利用者居宅への送迎	基本送迎はありません。また、ご自身で往復のできる方に限ります。しかしながら、利用者の身体状況などにより、送迎が必要な場合事業者が保有する自動車により送迎を行います。	
日常生活上の世話	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換等を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の手伝い、服薬の確認を行います。
補足	自立支援促進体制	利用者の自立支援を目的とした運動機能の維持・向上を目的として、介護予防に資する運動を定期的に提供することを、通所型サービスA計画に基づき行います。

(2) 通所型サービス A 従業者の禁止行為

通所型サービス A 従業者は通所型サービス A サービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、行為可能な資格保持者（看護師・柔道整復師など）が行う診療等の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳・証書・書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭・物品・飲食の授受
- ④ 身体拘束等（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為。）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動・政治活動・営利活動・その他迷惑行為

(3) 提供する通所型サービス A の利用料及び利用者負担額の目安について

（介護保険を適用する場合）（令和 7 年 11 月 1 日～）

サービス提供時間 3 時間未満					
ご契約者の要介護度			要支援 1	要支援 2	
1 介護 サ ー ビ ス 使 用 料	基本項目（単位）	通所介護相当サービス(1 回)	335	335	
		通所介護相当サービス(1 月)	1,460(5 回)	2,909(9 回)	
	加算項目（単位）	自立支援促進体制加算	20	20	
		介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9%	9%	
	合計(単位)(例: 要支援 1 は 4 回・要支援 2 は 8 回の場合)			1,482	2,943
	サービス料 小数点以下切り捨て(単位×10.54)			¥15,620	¥31,019
2.保険給付額 9 割			¥14,058	¥27,917	
3.自己負担額 1 割			¥ 1,562	¥ 3,822	
2.保険給付額 8 割			¥12,496	¥24,815	
3.自己負担額 2 割			¥ 3,124	¥ 6,204	
2.保険給付額 7 割			¥10,934	¥21,713	
3.自己負担額 3 割			¥ 4,686	¥ 9,306	

注) 利用開始初月が月途中の場合・契約終了月が月途中の場合、日割りを適用

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所型サービス A 従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に通所型サービス A サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

(4) 加算の説明

【自立支援促進体制加算】

当該利用者が自立できるように、継続した運動などを提供した場合の加算です。

【介護職員等処遇改善加算】

厚生労働省が定める基準に適合している介護現場で働く職員への処遇改善を目的とした加算です。

(5) その他の費用について

① 送迎費	事業者の自動車で行った際、実費となります（片道 200 円） ただし、双方の話し合いにより実費を免除とすることがあります。	
② 水代	持参を忘れた際、事業所であらかじめ用意しているペットボトルの水を提供（1 本 80 円（200ml 程度）・100 円（500ml 程度））	
③ おむつ代	原則必要分を持参していただきますが、未持参時のみ実費を頂きます。（現品での返却は不可。原則おむつ 150 円リハビリパンツ 100 円パット 50 円）	
④ キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記のよりキャンセル料を請求いたします。	
	1 単位目 当日 8 時 30 分までにご連絡の場合	キャンセル料は 不要です。
	2 単位目 当日 10 時 30 分までにご連絡の場合	
	上記時間以降にご連絡のない場合	ご利用基本料金分を頂戴することがあります。

(6) 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合） その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額は通所型サービス A サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日前後に利用者（ご家族）宛にお届け（手渡しまたは郵送）致します。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合） その他の費用の支払い方法等	<p>ア 通所型サービス A サービス提供の都度お渡しする通所型サービス A サービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 25 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み 北おおさか信用金庫 本町支店 口座番号 0539902</p> <p>(イ) 利用者指定口座から自動振替 ご利用月の翌月 27 日に引き落としとなります</p> <p>(ウ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をされましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

#### 4 通所型サービス A サービスの提供にあたって

- (1) 通所型サービス A サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援・事業対象者認定の有無及び要支援・事業対象者認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援・事業対象者認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護予防支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援・事業対象者認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援・事業対象者認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所型サービス A 計画」を作成します。なお、作成した「通所型サービス A 計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします
- (4) 通所型サービス A サービス提供は「通所型サービス A 計画」に基づいて行ないます。なお、「通所型サービス A 計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
- (5) 通所型サービス A 従業者に対する通所型サービス A サービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

#### 5 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとお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 虎口 具久
-------------	-----------

- (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。
- (5) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が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
- (6) 個別支援計画の作成など、適切な支援の実施に努めます。

## 6 ハラスメントについて

事業者は、利用者はもとより、事業所で勤務するすべての職員について、就業に支障をきたすような著しい迷惑行為（ハラスメント）から守り、サービスを継続して円滑に提供でき、利用者に快適に利用していただく環境づくりに努めます。

万が一著しい迷惑行為（ハラスメント）が発覚した場合、対策のため行政やご担当ケアマネジャーに報告し、場合によっては利用の提供を中止することもあります。

下記に著しい迷惑行為（ハラスメント）の例を掲載いたします。

### ハラスメントの例

#### (1) 身体的暴力

たたかれる・蹴られる・唾を吐く・ひっかく・手を払いのける  
物を投げつける など

#### (2) 精神的暴力

大声を発する・怒鳴る・威圧的な態度をとる・気に入っている  
職員以外には批判的な態度や言動をする・職員の自宅住所や電話番号を  
何度も執拗に聞く など

#### (3) セクシュアルハラスメント

必要もなく身体を触ったり手を握る・抱きしめる・卑猥な言動を繰り返す  
など

※上記著しい迷惑行為については、利用者に快適に利用していただくという観点からも、利用者同士においても同じ扱いと致します。

## 7 身体拘束等について

通所型サービス A について、通所型サービス A サービス提供にあたっては、「例外的に身体的拘束等を行う場合の要件の規定」のないサービスであり、いかなる場合であっても身体拘束等を行いません。

（※身体拘束等＝身体拘束その他利用者の行動を制限する行為。）

身体拘束等を行う必要がある場合には、当該利用者のサービスの提供を中止致します。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、通所型サービス A サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、通所型サービス A サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、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します。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

## 9 緊急時の対応方法について

通所型サービス A 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、速やかに主治医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。

## 10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する通所型サービス A の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所型サービス A の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険

## 11 心身の状況の把握

指定通所型サービス A の提供に当たっては、介護予防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。

## 12 介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定通所型サービス A の提供に当り、介護予防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 通所型サービス A 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「通所型サービス A 計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者に速やかに送付します。
- ③ 通所型サービス A サービスの内容が変更された場合または通所型サービス A 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介護予防支援事業者へ送付します。

## 13 通所型サービス A サービス提供の記録

- ① 指定通所型サービス A の実施ごとに、通所型サービス A サービス提供の記録を行うこととし、その記録は契約期間中は永続、契約終了後 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通所型サービス A 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。

## 14 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：管理者 虎口 具久）
- 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（年 1 回）、避難・救出その他必要な訓練を行います。

15 衛生管理等

- ① 指定通所型サービス A 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 指定通所型サービス A 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必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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。

16 指定通所型サービス A サービス内容の見積もりについて

○ この通所型サービス A サービス内容の見積もりは、あなたの通所型サービス A 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) 指定通所型サービス A サービス提供時間と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

については 1 か月当りのお支払い額とその他費用の合計の目安を別紙「ご利用料金確認書」にてご説明いたします。

提供予定の指定通所型サービス A の内容と利用料、

利用者負担額（介護保険「1割」を適用する場合）

曜日	提供時間帯	提供内容			介護保険適用の有無	利用料	利用者負担額
		送迎	自立支援促進体制加算	水代及びおむつ代			
	～	○	○	○（保険適用外）	○	円	円

- (2) その他の費用について

① 送迎費	片道 200 円（免除の場合あり）
② 水	重要事項説明書 3 - (5) ②記載のとおりです。
③ おむつ代	重要事項説明書 3 - (5) ③記載のとおりです。

- (3) 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	円/月（回）
----------	--------

※ 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、通所型サービス A サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から 1 ヶ月以内とします。

## 17 通所型サービス A サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情処理の体制及び手順

- ア 提供した指定通所型サービス A に係る利用者及びその家族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。

(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切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は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
- ・ 管理者は、従事者に事実関係の確認を行う。
- ・ 相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定する。
- ・ 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、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。)

### ○ その他参考事項

- ・ 事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。
- ・ 同様の苦情がおこらないよう、苦情処理の内容を記録・保管し、従業者へ周知徹底するとともに、再発防止に努め、通所型サービス A サービスの質の向上を目指す。

### (2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】	<p>【ケアスポーツ泉丘】</p> <p>所在地 豊中市東泉丘 1-6-1-101</p> <p>電話番号 06-7777-6127</p> <p>F A X 06-7777-6128</p> <p>受付時間 7:50~15:00 (月曜日~金曜日)</p>
【市町村(保険者)の窓口】	<p>【豊中市長寿社会政策課】</p> <p>所在地 豊中市中桜塚三丁目 1 番 1 号</p> <p>電話番号 06-6858-2838</p> <p>F A X 06-6858-3146</p> <p>受付時間 9:00~17:15 (月曜日~金曜日)</p>
	<p>【『話して安心、困りごと相談』】</p> <p>所在地 豊中市中桜塚三丁目 1 番 1 号</p> <p>電話番号 06-6858-2815</p> <p>F A X 06-6854-4344</p> <p>受付時間 9:00~17:15 (月曜日~金曜日)</p>
【公的団体の窓口】	<p>【大阪府国民健康保険団体連合会】</p> <p>所在地 大阪府中央区常盤町一丁目 3 番 8 号 中央大通 F N ビル内</p> <p>電話番号 06-6949-5418</p> <p>F A X 06-6949-5417</p> <p>受付時間 9:00~17:00 (月曜日~金曜日)</p>

## 18 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。

- 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日前までに解約をする旨を申し出て下さい。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
- ③ ご契約者が入院された場合
- ④ ご契約者の「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- 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通所型サービス A 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2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
- ④利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らか

かになった場合。

(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。

20 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、  
「通所型サービス A についての「豊中市総合事業基準要綱」。  
の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府豊中市東泉丘 1-6-1-101
	法人名	合同会社 Brancher
	代表者名	代表社員 虎口 具久
	事業所名	ケアスポーツ泉丘
	説明者氏名	虎口 具久

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	介護保険証に記載の通りとする
	氏名	

代理人 (続柄： )	住所	
	氏名	

上記重要事項説明書を証するため、署名いただいた本書を原本とし、署名いただいた原本写しを 1 部当該利用者に渡し、双方が保有するものとします。

※本重要事項説明書を、利用者及びご家族へのメールへ送付し、内容を確認し同意いただき、メールにて承諾いただいたものについても、署名と同様に有効とする。(電子的契約)

この重要事項説明書は、令和 7 年 11 月 1 日から施行する。(初版)  
令和 8 年 1 月 1 日から施工する。(第 2 版)