

## 指定地域密着型通所介護 重要事項説明書

### 1. 事業者

|       |                |
|-------|----------------|
| 事業者名  | 社会福祉法人 清風会     |
| 所在地   | 千葉県市原市平田1428番地 |
| 電話番号  | 0436(25)5733   |
| 代表者氏名 | 理事長 山崎 雅胤      |
| 設立年月日 | 平成14年7月23日     |

### 2. 事業所の概要

|        |  |
|--------|--|
| 事業所の種類 | 平成15年12月1日開設(千葉県 1272401017 号)<br>指定地域密着型通所介護事業(令和3年12月1日指定更新)   |
| 事業所の目的 | 心身維持管理と利用者家族の負担軽減  |
| 事業所の名称 | デイサービスセンターぬくもり五井東  |
| 所在地    | 千葉県市原市平田1428番地   |
| 電話番号   | 0436(25)5767   |
| 管理者    | 久保田 真弓   |
| 運営方針   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基本的人権を尊重し、ご利用者やご家族の気持ちに寄り添い、心のこもった質の高いサービスを提供します。また、家族関係作りの媒介としての役割も果たせるよう、心がけます。</li> <li>2. 安心して楽しいひと時を過ごして頂けるよう、職員ひとり一人が常に温かい愛情と笑顔をもって接し、笑顔を引き出し、喜びや幸せを共有します。</li> <li>3. ご利用者の生活状況を踏まえ、社会性の維持や在宅生活の継続を意識した、運動機能や心肺機能の維持向上、精神活動の活発化に向けたサービスの提供をします。</li> <li>4. 日々の業務や研修を通じ切磋琢磨することで、デイサービス職員としての技術や知識をより高め合います。</li> </ol> |
| 利用定員   | 18人  |

### 3. センターの設備等

|          |       |     |                      |
|----------|-------|-----|----------------------|
| 食堂兼機能訓練室 | 99.5㎡ | 静養室 | 和室 1室<br>リクライニングソファー |
| 浴室       | 一般浴槽  | 相談室 | 1室                   |
|          | 特殊浴槽  | 送迎車 | 3台                   |

### 4. 営業時間と事業の実施地域

|                 |  |
|-----------------|--|
| 通常の事業の実施地域      | 市原市北部全域  |
| 営業日<br>サービス提供時間 | 月曜日～土曜日／午前9時30分～午後3時40分<br>(12月31日から1月3日を除き、祝日も営業) |

※ 休業日に施設行事を開催する場合や、その他の事情により、休業日営業とすることで、利用者負担が軽減されると判断される場合には、休業日に営業をする場合があります。

### 5. 職員体制と業務内容

| 職種    | 資格              | 常勤 | 非常勤 | 合計 | 業務内容                                   |
|-------|-----------------|----|-----|----|--|
| 管理者   | 介護福祉士<br>社会福祉主事 | 1名 | 名   | 1名 | 従業者の管理及び、事業所全般の管理、生活相談員業務              |
| 生活相談員 | 介護支援専門員         | 名  | 名   | 名  | 利用契約、相談業務、通所介護計画作成、介護業務                |
|       | 介護福祉士           | 3名 | 名   | 3名 |  |
|       | 社会福祉主事          | 1名 | 名   | 1名 |  |
| 看護職員  | 正看護師            | 名  | 2名  | 1名 | 健康チェック<br>服薬管理等ご利用者健康管理<br>機能訓練指導、介護業務 |
|       | 准看護師            | 名  | 名   | 名  |  |
| 介護職員  | 介護福祉士           | 2名 | 名   | 2名 | 介護業務全般、機能訓練補佐<br>(生活相談員兼務)             |
|       | 社会福祉主事          | 名  | 名   | 名  |  |
|       | 実務者研修           | 名  | 1名  | 1名 |  |
|       | ヘルパー2級          | 名  | 1名  | 1名 |  |

※職種別の資格者数は、事業所の状況に応じて変動します

## 6. サービスの内容

当事業所では、「居宅サービス計画」に沿って、別に定める「通所介護計画」等サービス計画に基づき、以下のサービスを提供します。

- ① 入浴サービス
- ② 排泄、食事、口腔ケア等の介護サービス
- ③ 送迎サービス(事業所と利用者宅間、玄関までを基本とする)
- ④ 機能訓練、生活リハビリテーション
- ⑤ 介助方法の指導並びに、生活等に関する相談及び助言
- ⑥ 健康状態の確認
- ⑦ その他、日常生活上に必要な世話

## 7. 利用料金

「介護保険給付対象となるサービス」及び、「介護保険の給付対象とならないサービス」について、重要事項説明書(別紙)記載の利用料金が発生します。

### (1) 介護保険給付対象となるサービス利用料金について

- ・ 関係法令に基づいて定められています。契約期間中にこれが変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。
- ・ 利用者が介護保険サービス費として市町村から受ける額の限度において、利用者に代わって市町村から支払いを受けます。(法定代理受領)
- ・ 利用者が事業者へ支払う利用料金は、介護保険負担割合証に記載されている負担割合に応じた金額となります。

### (2) 介護保険給付対象とならないサービス利用料金について

- ・ 全額利用者負担となります。  
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事があります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行なう1ヶ月前までにご説明します。

## 8. 利用料金の支払い方法と清算

### (1) 利用料金の支払い方法

- ・ 毎月、15日までに前月分の利用料請求書をお渡しします。
- ・ お支払方法は、口座自動引落としします。(引き落とし手数料 法人負担)
- ・ ご利用の金融機関先により口座自動引落としの手続きが出来ない場合には、現金集金とします。この場合、利用料請求書と利用料金を集金袋に入れて、請求書発行月末日までにお支払い下さい。お支払いに関しては、送迎職員もしくは、事業所窓口での直接授受とします。
- ・ 入院等によりご利用を休止される場合、その他の事由により1ヶ月以上ご利用されない場合は、事業所窓口でお支払いいただくか、指定口座へ振込み下さい。

## (2) 清算

本契約が終了した場合において、利用者が既に実施されたサービスに対する利用料金支払い義務及び、契約書第12条第2項に基づく義務(賠償責任)を事業者に対して負担している場合は、契約終了日から10日以内に清算するものとします。

## 9. 利用の中止、変更

- ① 利用予定前日(前営業日午後5時)までに連絡がなく、当日になって利用中止の連絡をされた場合、利用料金自己負担額、及び食事代金等の実費負担に関する支払いを頂く場合があります。ただし、ご利用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。
- ② サービス利用の変更等の希望に対して、事業所の稼働状況により、希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

## 10. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、利用者へのサービス提供にあたって、次のことを守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ② 利用者の体調、健康状態上必要な場合には、看護職員もしくは主治医と連携し、利用者や利用者家族からの聴取、確認の上でサービス提供を実施します。
- ③ サービス提供時において、利用者の容態に急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに利用者の主治医に連絡を行なうなど必要な処置を講じます。
- ④ 利用者に提供したサービス実施状況等に関する記録を整備し、5年間保管するとともに、利用者及びその後見人または利用者家族から請求があった場合には、閲覧及び自費による謄写に対応します。ただし、閲覧及び謄写は、事業者の業務に支障のない時間に行なうこととします。
- ⑤ 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利用者及びその後見人または利用者家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏らしません。(守秘義務) 但し、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合、またはサービス担当者会議等、サービス利用に関わる事項には情報を提供します。(個人情報利用)

余 白

## 11. サービスに関する留意事項

- 1 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。
- 2 故意に、また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、ご利用者の自己負担により現状を服していただくか、または相当の代価をお支払い頂く場合があります。
- 3 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、営利活動を行なうことは出来ません。
- 4 サービス利用の際に、事業者が確認し得ない貴重品等の紛失や盗難等の事故については、責任を負いかねます。
- 5 他の利用者や事業所のサービス従事者、従業員に対するセクシャルハラスメント、その他、サービス提供の継続が難しいと事業所側が判断する問題行動等が著しい場合には、利用中止とさせていただきます場合があります。
- 6 事業所内での喫煙は出来ません。
- 7 事業者は、安全なサービス提供のために利用者の体調不良等の理由により、通所介護サービスの実施が困難であると判断した場合には、サービスを中止する場合があります。(入浴サービス等、選択サービス中止を含む)
- 8 通常のサービス提供時間外で利用の場合、送迎サービスは行いません。

## 12. 損害賠償について

### (損害賠償責任)

- 1 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に生じた場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、事業者が故意、過失がない場合はこの限りではありません。また、当該事由発生につき利用者に過失がある場合は、事業者の損害賠償の額を減額することができます。
- 2 利用者が、故意または過失により、事業所の設備、備品等に通常の保守管理の限度を超える損害を与えた場合は、利用者は事業者に対してその損害を賠償します。
- 3 事業者は、自己の責に帰すべき理由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

余 白

(損害賠償がなされない場合)

一 利用者が、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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

二 利用者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知をおこなったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

三 利用者の急激な体調変化等の他、サービス従事者が直接関わっていない時に発生した利用者の身の回り品の紛失や破損等、事業者の実施したサービス等を原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

四 利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

(事業者の責任によらない事由によるサービス実施不能)

一 事業者は、本契約の有効期間中、天災・災害、施設・設備等の故障やその他やむを得ない理由等、自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施が出来なくなった場合には、利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。

二 前項の場合に、事業者は、利用者に対して既に実施したサービスについては、所定のサービス利用料の支払いの請求が出来るものとします。

### 13. 契約の終了

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の「認定の有効期間」満了日までとします。ただし、契約期間満了日以前に、利用者が「要介護状態区分」の変更の認定を受け、「認定の有効期間」の満了日が更新された場合には、変更後の「認定の有効期間」の満了日をもって契約期間の満了日とします。

契約期間満了の7日前までに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。

以下のような事由に該当する場合には事業所との契約は終了します。

- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ② 利用者の「要介護状態区分」が非該当(自立)と認定された場合
- ③ 利用者が死亡し、または被保険者資格を喪失した場合。
- ④ 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合または、やむを得ない事由により事業を閉鎖した場合。
- ⑤ 施設の滅失や重大な毀損により、サービス提供が不可能になった場合。
- ⑥ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。

#### (1) 利用者からの契約解除の申し出

利用者は、7日以上予告期間をもって、この契約を解除することが出来ます。ただ

し、利用者の病変、急な入院、その他やむを得ない事情が生じた場合には、予告期間が7日以内の通知でも本契約を解除することができます。

以下の場合には、即時契約を解約・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 ご利用者が入院された場合。
- ③ ご利用者の「居宅サービス計画」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る理由なく、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、故意または過失により、利用者の身体・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等、社会通念を逸脱する行為を行なった場合。
- 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、もしくは傷つけられる恐れのある場合において事業者が適切な対応を取らない場合。

## (2) 事業者からの契約解除の申し出

事業者は、利用者が法違反またはサービス提供を阻害する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、以下の事項に該当し、本契約目的を達成することが困難になったときは、30日以上予告期間をもって、本契約を解除することができます。

- ① 利用者が契約書第10条(サービスの利用に関する留意事項)に該当する事象をたびたび繰り返す等、円滑なサービス提供を行なうことが困難であると当事業所が判断をした場合。
- ② 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、2ヶ月以上にわたってサービスを利用できない状態であることが明らかとなった場合。
- ③ 契約解除の勧告後、30日以内に滞納額の支払いをしなかった場合。(契約書第7条 利用者負担額の滞納)
- ④ 利用者またはその家族が、事業者やサービス従事者または他の利用者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行なった場合。
- ⑤ 利用者が、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、また不実の告知を行ない、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。

## 14. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態に急変が生じた場合、その他必要な場合には速やかに、事前お届け頂いている主治医、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡を取るなど、必要な対応を講じます。

## 15. 非常災害対策

|              |  |
|--------------|--|
| 災害時の対応       | 別途定める「ケアハウス ウェルビー市原」の消防計画にのっとり対応を行います  |
| 近隣との協力関係     | 五井地区平田消防団と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています   |
| 防災設備<br>防災訓練 | 防災設備/非常災害に際して必要な設備が消防法第17条に基づき整備されています<br>防災訓練/年3回実施<br>防火管理責任者/井上真樹 火元責任者/久保田真弓 |
| 消防計画等        | 消防署への届出/令和3年2月10日  |

## 16. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

- 担当者氏名 久保田 真弓 電話 0436(25)5767
- 受付時間 事業所営業日 8:30~17:30

### (2) その他

当事業所以外に、市原市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

#### 【市原市役所】

担当 健康福祉部 高齢者支援課 0436(23)9873

#### 【千葉県国民健康保険団体連合会】

介護保険課 苦情処理係 043(254)7428 (24時間受付)

※平日の午前8時30分から午後5時30分以外は留守番電話対応

余 白

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、利用者に対して契約書及び本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

【 事 業 者 】 千葉県市原市平田1428番地  
社会福祉法人清風会  
(施設・事業所)  
ぬくもりの郷 施設長 山口由美子 印  
デイサービスセンターぬくもり五井東(千葉県 1272401017号)

説明者氏名.....印

指定地域密着型通所介護サービスの利用開始に際し、サービス事業者がサービス提供をする上で知り得た利用者またはその家族等に関する情報を、緊急時やサービス担当者会議等、サービス利用にかかわる事項に用いること(個人情報の利用)に同意します。

本書面に基づいて、事業所から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意します。

利用者住所.....

利用者氏名.....印

代理人住所.....

代理人氏名.....印

緊急連絡先届出( )様)

| 病 院 名／住所・電話番号                         | 診療科・担当医師名            |
|---------------------------------------|----------------------|
| かかりつけ病院名.....<br>住所.....<br>電話番号..... | 診療科.....<br>担当医..... |
| かかりつけ病院名.....<br>住所.....<br>電話番号..... | 診療科.....<br>担当医..... |
| 家族氏名(続柄) 連絡先住所                        | 電話番号                 |
| 氏名.....(.....)<br>住所 〒.....<br>.....  | 自宅.....<br>携帯.....   |
| 氏名.....(.....)<br>住所 〒.....<br>.....  | 自宅.....<br>携帯.....   |
| その他のお届け先・連絡者氏名(関係)／住所                 | 電話番号                 |
| 氏名.....(.....)<br>住所 〒.....<br>.....  | .....<br>.....       |

【 注 意 】

緊急連絡先としてのお届け頂く電話番号は、事業所のサービス利用時間帯に通話可能な番号でお届け下さい。お勤めの場合や外出が多い場合は、自宅と携帯番号のお届けをお願い致します。

変更が生じた場合には、変更の届出をお願い致します。

尚、今回頂いた情報は、緊急時以外に使用することはありません。