

デイサービスセンターよしじま

「指定通所介護（介護予防通所介護に相当する第1号通所事業）」 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。
(広島県指定 第3470205067号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス等を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださ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「事業対象者」「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。

◇◆目次◆◇

1	事業者	2
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	3
5	契約締結からサービス提供までの流れ	4
6	当事業所が提供するサービスと利用料金	6
7	サービス提供における事業者の義務	8
8	サービスの利用に関する留意事項	8
9	損害賠償について	9
10	契約の終了について	9
11	苦情の受付について	11

1 事業者

法人名	社会福祉法人 清恵会
法人所在地	大分県別府市小倉町27番12号
電話番号	0977-27-2222
代表者氏名	理事長 長浦 文夫
設立年月	平成9年9月8日

2 事業所の概要

事業所の種類	指定通所介護事業所 平成16年8月1日指定 介護予防通所介護に相当する第1号通所事業所 平成30年4月1日指定 広島県3470205067号
事業所の目的	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活上の世話、及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。
事業所の名称	デイサービスセンター よしじま
事業所の所在地	広島県広島市中区吉島東二丁目17番5号 鉄骨鉄筋コンクリート造陸屋根四階建の1階 当事業所は、小規模生活単位型特別養護老人ホームおりーぶえんに併設されています。
電話番号	082-245-8880
事業所長(管理者)	施設長 古井 寿子
当事業所の運営方針	誰もが社会の一員として尊重され、心身ともに豊かで自立した人生を送ることができるよう、関係機関・団体等と連携し、地域福祉の向上に貢献します。
第三者評価の実施	なし
開設年月日	指定通所介護事業所 平成16年8月1日指定 介護予防通所介護に相当する第1号通所事業所 平成30年4月1日指定
利用定員	30人

3 事業実施地域及び営業時間

通常の事業実施地域	広島市(中区、南区及び西区のうち小河内町、上天満町、観音新町、観音本町、観音町、天満町、中広町、西観音町、東観音町、福島町、南観音、南観音町、都町、横川新町並びに横川町)
営業日	月曜日～金曜日(但し、12月29日～1月3日は除く)
受付時間	営業日の8時30分～17時30分
サービス提供時間	営業日の9時15分～16時30分

4 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス等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。

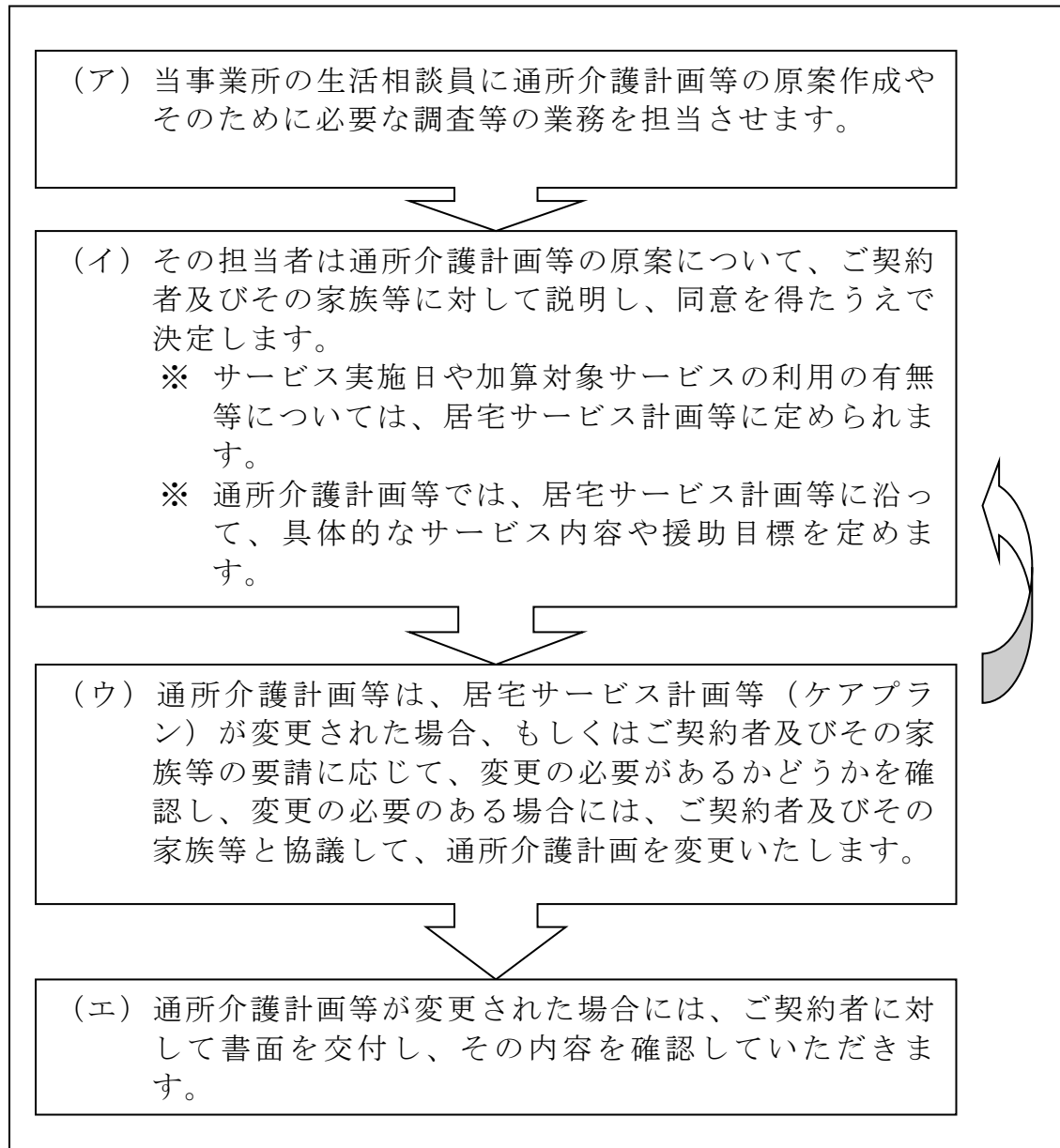
職 種	指定基準
事業所長（管理者）	1名
介護職員	4名（利用人数30名の場合）
生活相談員	1名
看護職員	1名
機能訓練指導員	1名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
介護職員	<p>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。</p> <p>勤務時間：8：00～17：00、8：30～17：30</p> <p>サービス提供時間数に応じて介護職員を配置します。</p> <p>☆利用者数15名までは1名</p> <p>☆利用者数15名を超える場合、下記の計算式で得られる勤務延時間数分の介護職員。</p> <p>（勤務延時間数）＝（利用者数－15）÷5＋1） ×（7時間15分）</p> <p>例）利用者30名の場合、勤務延時間数29時間分の介護職員を配置します。</p>
生活相談員	<p>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。</p> <p>勤務時間：8：30～17：30</p> <p>☆指定通所介護の提供を行う時間数に応じて1名の生活相談員が勤務します。</p>
看護職員	<p>主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが日常生活上の介護、介助等も行います。</p> <p>勤務時間9：00～16：40</p> <p>☆原則として1名の看護職員が勤務します。</p>
機能訓練指導員	<p>ご契約者の機能訓練を担当します。</p> <p>☆看護職員が兼務します。</p>

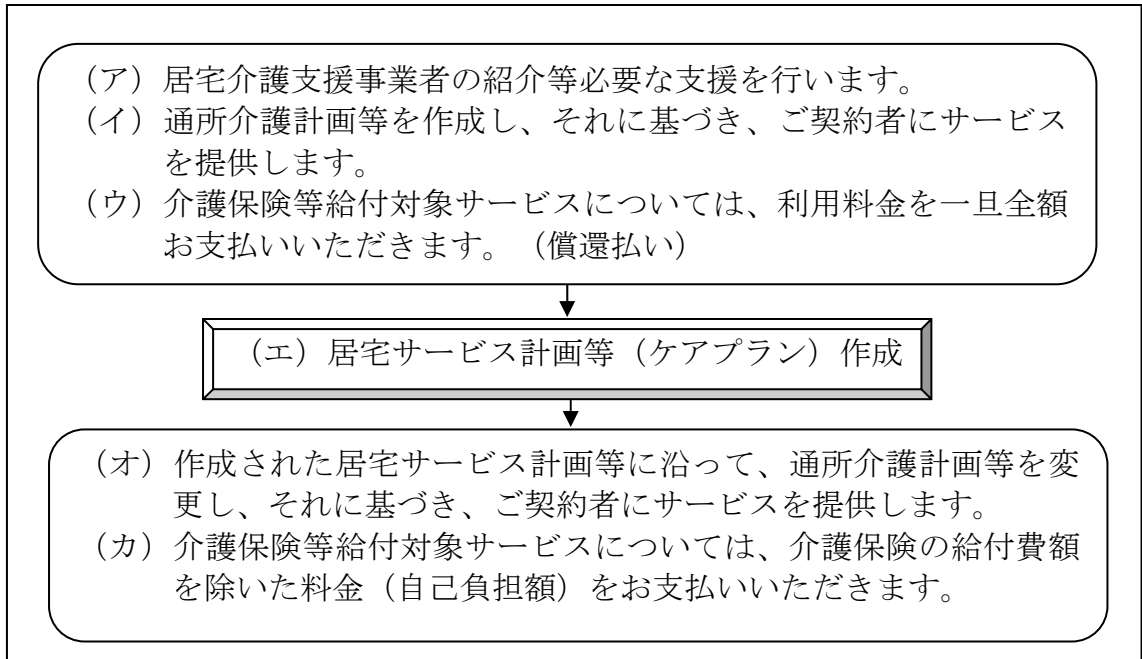
5 契約締結からサービス提供までの流れ（契約書第4条参照）

- (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、「居宅サービス計画等（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「通所介護計画等」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。

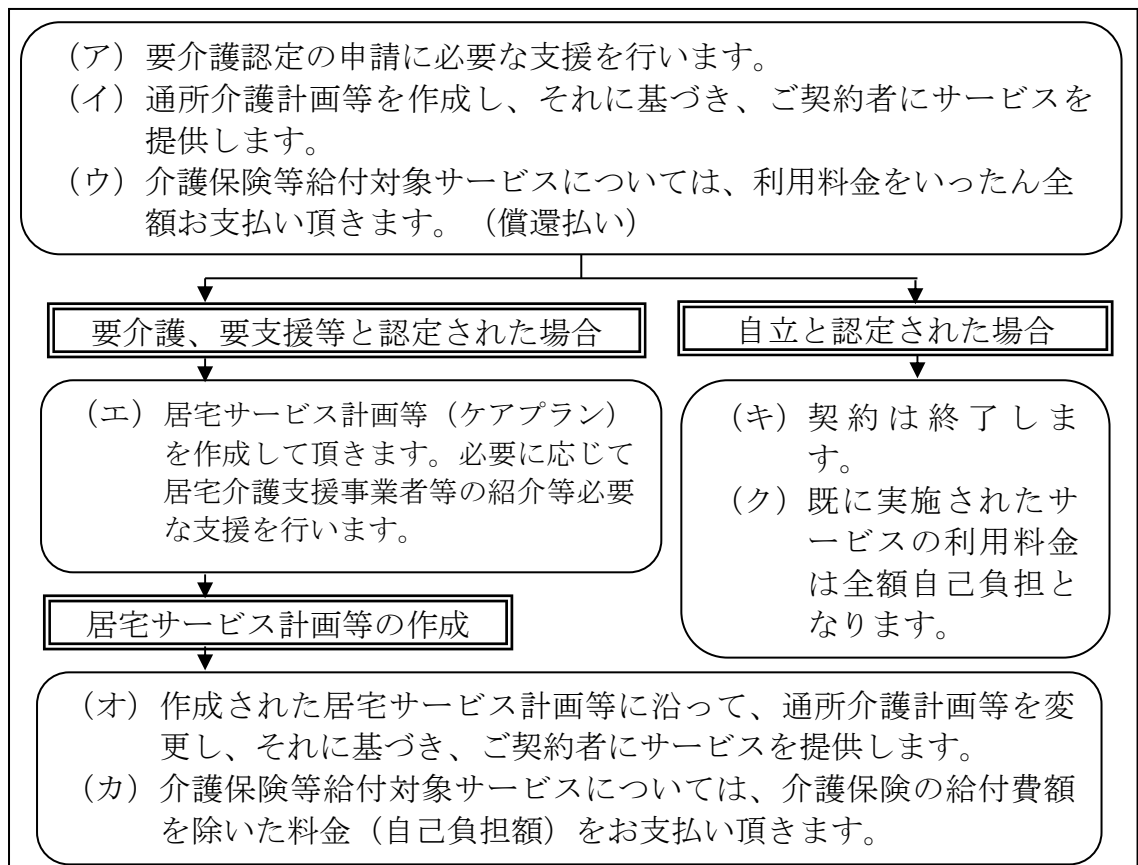


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画等（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

ア 要介護認定を受けている場合



イ 要介護認定を受けていない場合



6 当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第5条、6条、7条参照）

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、

ア 利用料金が介護保険等から給付される場合

イ 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険等の給付の対象となるサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（自己負担割合に応じた額）が介護保険等から給付されます。

なお、加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画等に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画等に定めます。

<サービスの概要と利用料金>

契約書別紙『サービス説明書』をご覧ください。

(2) 介護保険等の給付対象とならないサービス（契約書第6条、第7条参照）

介護保険等の給付対象とならないサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

契約書別紙『サービス説明書』をご覧ください。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1箇月ごとに計算し、ご請求しますので、以下のいずれかの方法で記載の期日内にお支払い下さい。

ア 郵便局自動振替

ご利用月の翌月20日までにお支払いください。

毎月20日（20日が休日の場合は翌営業日）に自動的に引き落とされます。

（手続きが必要ですので、利用される場合はお申し出ください。）

イ 銀行振り込み

ご利用の請求書発送、2週間以内に、お支払い下さい。

請求書に記載されている振込先に振り込んでください。

ウ 現金払い

ご利用の請求書発送後、2週間以内にお支払いください。
 デイサービスセンターよしじまの窓口でお支払いください。

なお、ご契約者の要介護度認定等が要支援等の場合、利用料は月額制とします。月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス・支援計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。月の途中から利用を開始した場合や月の途中で終了した場合であっても、以下の各号に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- (ア) 月途中で要介護から要支援等に変更となった場合
- (イ) 月途中で要支援等から要介護に変更となった場合
- (ウ) 月途中で要支援度に変更となった場合
- (エ) 月途中でサービスの利用を開始・終了した場合
- (オ) 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- (カ) 介護予防短期入所生活介護等を利用した場合
- (キ) 感染予防等により休業した場合

(4) 利用の中止・変更・追加（契約書第8条参照）

- ア 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービス等の利用を中止、変更、又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申し出てください。
- イ 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。

申し出の日時	取 消 料
利用予定日の前日	無 料
利用予定当日の10時まで	当日の利用料金の自己負担相当額※
利用予定当日の10時以降	当日の利用料金の自己負担相当額※ 当日の食事代（食材費及び調理費）

※ご契約者の要介護度認定等が、要支援等の場合、自己負担相当額は無料といたします。

- ウ 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。
- エ 事業者は、ご契約者の要介護度認定等が要支援等の場合については、月のサービス利用日や回数については、ご契約者の状態の変化、介護予防

サービス・支援計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。体調不良や状態の改善等により介護予防サービス・支援計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は介護予防サービス・支援計画に定めた期日より多かつた場合であっても、利用料金の日割りでの割引又は増額はしません。

7 サービス提供における事業者の義務（契約書第3章参照）

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) ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、事業所の看護職員もしくは主治医と連携し、契約者または契約者の家族と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- (3) 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。
- (4) 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、速やかに契約者の家族又は主治医等への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- (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、サービス担当者会議など、契約者に係る他の居宅介護支援事業者等及びその他関係者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、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができます。

8 サービスの利用に関する留意事項

- (1) 利用者の体調管理について（契約書第10条第2項、第4項参照）
 - ア デイサービスセンター来所時に看護師が体調を確認します。
 - イ 当事業所は、福祉施設ですので、医療対応は応急的なことしかできません。体調不良の場合でサービスの提供が困難と判断した場合は、ご利用の中止をさせていただく場合があります。
 - ウ 主治医に定期的に受診していただき、医師からの注意事項や体調変化が有る場合は必ず事前にお申し出ください。デイサービスご利用にあたり

- 、主治医の意見書を提出していただく場合があります。
- エ 感染症（結核、肝炎、MRSA、伝染病の皮膚疾患など）が有る場合は必ず事前にお申し出ください。状況によってはご利用をお断りする場合があります。
 - オ サービスご利用中に利用者の健康状態に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は医療機関等の指示を受けるとともに、ご家族又は緊急連絡先に連絡する等必要な措置を講じます。病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することもあります。
- (2) 施設・設備・敷地の使用上の注意（契約書第12条参照）
- ア 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。
 - イ 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。
 - ウ 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。
- (3) 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。
- 9 損害賠償について（契約書第13条、第14条参照）
- (1) 損害賠償責任（契約書第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。守秘義務等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、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。
- (2) 損害賠償がなされない場合（契約書第14条参照）
- 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。
- 10 契約の終了について（契約書第六章参照）
- (1) 契約期間（契約書第3条参照）
- 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。

(2) 契約の終了事由（契約書第16条参照）

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。

- ア ご契約者が死亡した場合
- イ 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
- ウ 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
- エ 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
- オ 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
- カ 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。）
- キ 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。）

(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。

(4) 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7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。

- ア 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
- イ ご契約者が入所された場合
- ウ ご契約者の「居宅サービス計画等（ケアプラン）」が変更された場合
- エ 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サービスを実施しない場合
- オ 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
- カ 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
- キ 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

ク その他止むを得ない事由があると事業者が認めた場合

(5) 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。

- ア 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
- イ ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3箇月以上遅延し、その支払いの催告から10日を経過しても支払いがない場合
- ウ 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

1.1 苦情の受付について（契約書第21条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、次の専用窓口で受け付けます。また、施設玄関に苦情受付ボックス（皆様のお声）を設置しています。

苦情受付担当	デイサービスセンターよしじま 生活相談員 友成 理聡
電話番号	082-245-8880
受付時間	月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時00分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

広島市中区 厚生部福祉課 高齢介護係	〒730-8565 広島市中区大手町四丁目1番1号（大手町平和ビル内） TEL：082-504-2478（直通）FAX：082-504-2175
広島県国民健康保険 団体連合会介護保険課	〒730-8503 広島市中区東白島町19番49号 国保会館 TEL：082-554-0783（直通）FAX：082-511-9126
広島県福祉サービス 運営適正化委員会 （広島県社会福祉協議会）	〒732-0816 広島市南区比治山本町12-2 県社会福祉会館内 TEL：082-254-3419 FAX：082-569-6161

(3) 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家庭

等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

(4) 第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価は実施していません。

令和 年 月 日

指定通所介護（指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業）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。

デイサービスセンター よしじま

説明者職名 生活相談員 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（指定介護予防通所介護に相当する第1号通所事業）サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人 住所 _____

氏名 _____ (続柄) (印)

※代理人欄は、利用者が契約時に心神喪失その他の事由により判断力を失っている場合に、署名押印をお願いします。