

# 重要事項説明書

指定通所介護施設      椿寿の里

当事業所は介護保険の指定を受けています。

千葉県指定 第 1271301580 号

当事業所はご契約者に対して指定通所介護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「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。

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 法師会
- (2) 法人所在地 茨城県 坂東市 中里 1 2 1 3 番地
- (3) 電話番号 0297-36-8080
- (4) 代表者氏名 理事長 飯田 久夫
- (5) 設立年月 平成 1 5 年 7 月 1 日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成 24 年 8 月 1 日指定  
千葉県 1271301580 号  
※当事業所は特別養護老人ホーム 椿寿の里に併設されています。
- (2) 事業所の目的 ご契約者（ご利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事ができるように支援する事を目的として、ご契約者に通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター 椿寿の里
- (4) 事業所の所在地 千葉県野田市山崎 2723 番地 3
- (5) 電話番号 04-7123-1166
- (6) 事業所長（管理者）氏名 森谷 一弓
- (7) 当事業所の運営方針  
当施設は個人を尊重する介護を理念とし、地域に貢献できる法人を目指しております。
- (8) 開設年月 平成 24 年 8 月 1 日
- (9) 利用定員 40 人

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 野田市、流山市

(2) 営業日及び営業時間

|          |                               |
|----------|-------------------------------|
| 営業日      | 祝祭日を含む、月曜～土曜<br>※但し、年末年始は除きます |
| 受付時間     | 8時30分～17時30分                  |
| サービス提供時間 | 9時30分～16時00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                 | 従業員数 | 指定基準 |
|--------------------|------|------|
| 1. 事業所長（管理者）       | 1名   | 1名   |
| 2. 介護職員            | 1～6名 | 6名   |
| 3. 生活相談員           | 1名   | 1名   |
| 4. 看護職員（機能訓練指導員兼務） | 1名   | 1名   |
| 5. 機能訓練指導員         | 1名   | 1名   |

〈主な職種の勤務体制〉

| 職種   | 勤務体制                                             |
|------|--------------------------------------------------|
| 介護職員 | 勤務時間： 8：30～17：30<br>☆原則として職員1名あたり利用者15名のお世話をします。 |
| 看護職員 | 勤務時間： 一日5時間以上<br>☆原則として1名の看護職員が勤務します。            |

\*介護職員の人員については、人員基準を満たしたうえで利用状況により増減します。

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

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、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 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) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

#### ＜サービスの概要＞

##### ①食事

- ・ 当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

食事時間 12:00～13:00

食材料費 一回 650 円

##### ②入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴する事ができます。

入浴加算 1回 40 単位

##### ③排泄

- ・ ご契約者の排せつの介助を行います。

##### ④送迎サービス

- ・ ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

#### ＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

○デイサービスセンター椿寿の里 料金表

デイサービスセンター椿寿の里 料金表（要介護） 令和6年6月～

|                                 | 要介護1    | 要介護2    | 要介護3     | 要介護4    | 要介護5     |
|---------------------------------|---------|---------|----------|---------|----------|
| サービス単位(日額)                      | 584     | 689     | 796      | 901     | 1008     |
| 入浴介助加算(Ⅰ)<br>(1回/単位数)           | 40      | 40      | 40       | 40      | 40       |
| サービス提供体制加算(Ⅱ)<br>(1回/単位数)       | 18      | 18      | 18       | 18      | 18       |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ<br>(1回/単位数)        | 76      | 76      | 76       | 76      | 76       |
| 総単位数                            | 718     | 823     | 930      | 1035    | 1142     |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)<br>+(総単位数×0.092) | 66      | 76      | 86       | 95      | 105      |
| 単位合計                            | 784     | 899     | 1016     | 1130    | 1247     |
| 野田市(6級地)<br>1単位10.27円           | 8051.68 | 9232.73 | 10434.32 | 11605.1 | 12806.69 |
| 費用総額<br>(小数点以下切り捨て)             | 8,051円  | 9,232円  | 10,434円  | 11,605円 | 12,806円  |
| 利用者負担額                          | 1割      | 1割      | 1割       | 1割      | 1割       |
|                                 | 805円    | 923円    | 1,043円   | 1,161円  | 1,281円   |
|                                 | 2割      | 2割      | 2割       | 2割      | 2割       |
|                                 | 1,610円  | 1,846円  | 2,087円   | 2,321円  | 2,561円   |
|                                 | 3割      | 3割      | 3割       | 3割      | 3割       |
|                                 | 2,415円  | 2,770円  | 3,130円   | 3,482円  | 3,842円   |

※毎月、個別機能訓練加算(Ⅱ)20単位(205円/1割負担の方の場合)を合わせてご負担していただきます。  
 ※個別機能訓練加算(Ⅰ)ロが基本加算にはなりますが、状況によっては個別機能訓練加算(Ⅰ)イを加算させていただく場合もあります。  
 ※上記利用者負担額の他に、食事代(材料費・調理費・水分全て含む):1回あたり650円ご負担していただきます。  
 ※上記は一日分で計算した場合の為、複数日ご利用した場合には、利用者負担額が若干変わります。  
 ※その他、行事、外出レク等で材料や入場料がかかる場合は、実費ご負担していただきます。

## ○一日利用分の合計金額

| 介護度 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 割 | 1,455 円 | 1,573 円 | 1,693 円 | 1,811 円 | 1,931 円 |
| 2 割 | 2,260 円 | 2,496 円 | 2,737 円 | 2,971 円 | 3,211 円 |
| 3 割 | 3,065 円 | 3,420 円 | 3,780 円 | 4,132 円 | 4,492 円 |

※上記は、一日分で計算した場合です。

複数日ご利用した場合には、利用者負担額が若干変わります。

### 《加算について》

- ・入浴介助加算（Ⅰ）：一回あたり 40 単位
- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）イ：一回あたり 56 単位もしくは（Ⅰ）ロ：一回あたり 76 単位
- ・個別機能訓練加算（Ⅱ）：一月あたり 20 単位
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：一回あたり 18 単位
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）  
：月に利用されたサービス料金の合計に、加算率 0.092 を乗じた単位数になります。一回あたりの単位は、要介護度および利用状況によって異なります。

※地域区分単価：6 級地 1 単位あたり 10,270 円

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。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。

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 6 条参照）

＊以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食事の材料の提供（食材料費）

ご契約者に提供する食事の材料、調理にかかる費用です。

料金：1 回あたり 650 円

②レクリエーション、クラブ 活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ 活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 1 0 円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代： 紙おむつ・・・140 円

リハビリパンツ・・・160 円

尿とりパッド・・・35 円

☆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ことがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

⑤理美容

月数回、美容師の出張による美容サービス（ヘアカット）をご利用いただけます。

利用料金：1 回あたり 2, 000 円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、毎月月末締めにて計算し、翌月 13 日以降にご請求させていただきます。翌月末日までに現金でお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 7 条参照）

○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 17：30 までに事業者へ申し出てください。

○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キャンセルの申し出をされた場合、キャンセル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。

|                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| 利用予定日の前日の 17：30 までに<br>申し出があった場合  | 無料           |
| 利用予定日の前日の 17：30 までに<br>申し出がなかった場合 | 当日の昼食代 650 円 |

○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。

## 6. 苦情の受付について（契約書第 20 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以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 齊藤 正文  
[職種] 生活相談員
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30
- 電話番号 04-7123-1166
- FAX 04-7123-7077

### （2）行政機関その他苦情受付機関

|             |                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 野田市役所介護支援課  | 所在地 千葉県野田市鶴奉 7-1<br>電話番号 04-7125-1111（代）<br>受付時間 8：30～17：00                     |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 千葉県千葉市稲毛区天台 6-4-3<br>電話番号 043-254-7428<br>受付時間 9：00～17：00                   |
| 千葉県社会福祉協議会  | 所在地 千葉県千葉市中央区千葉港 4-3<br>千葉県社会福祉センター内<br>電話番号 043-245-1101（代）<br>受付時間 9：00～17：00 |

## ＜重要事項説明書付属文書＞

### 1. 事業所の概要

- |              |                              |       |
|--------------|------------------------------|-------|
| (1) 建物の構造    | 鉄骨鉄筋コンクリート造                  | 3 階建て |
| (2) 建物の延べ床面積 | 4,539.10 m <sup>2</sup>      |       |
| (3) 事業所の周辺環境 | 山崎市民の森、山崎小学校に隣接した、緑豊かな住宅地です。 |       |

### 2. 職員の配置状況

#### ＜配置職員の職種＞

**介護職員**…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。

利用者の数が 15 人までは 1 以上、15 人を超える場合は、15 人を超える部分の利用者の数を 5 で除した数に 1 を加えた数以上の介護職員を配置しています。

**生活相談員**…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。

1 名の生活相談員を配置しています。

**看護職員**… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行いますが日常生活上の介護、介助等も行います。

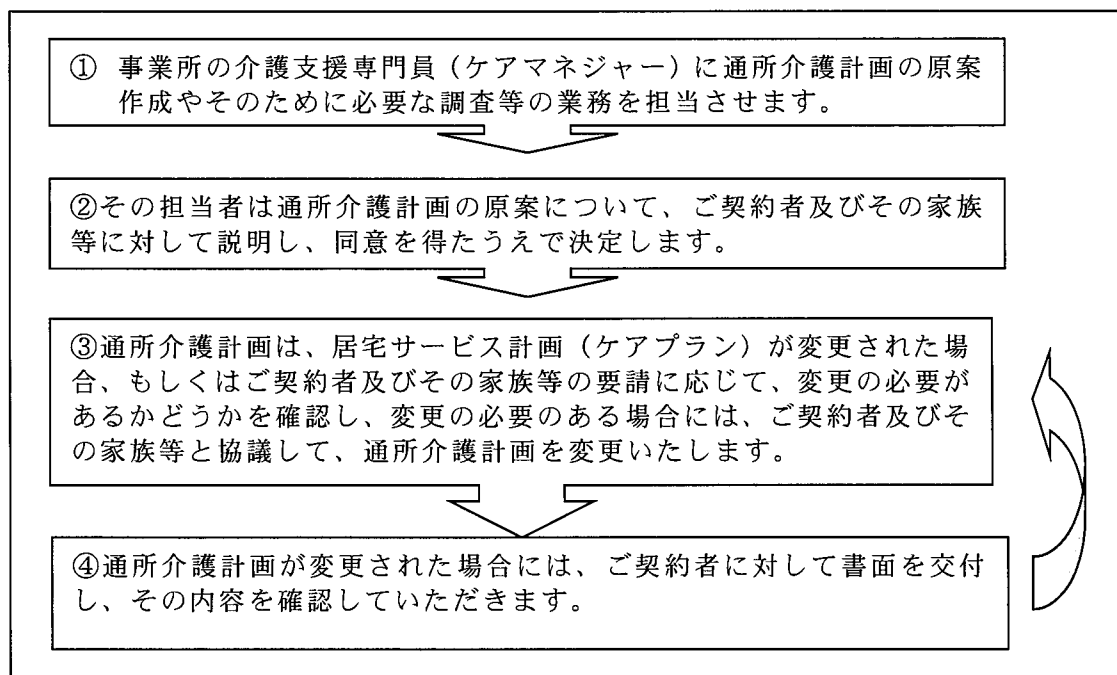
1 名の看護職員を配置しています。

**機能訓練指導員**…ご契約者の機能訓練を担当します。

1 名の機能訓練指導員を配置しています。(看護職兼務)

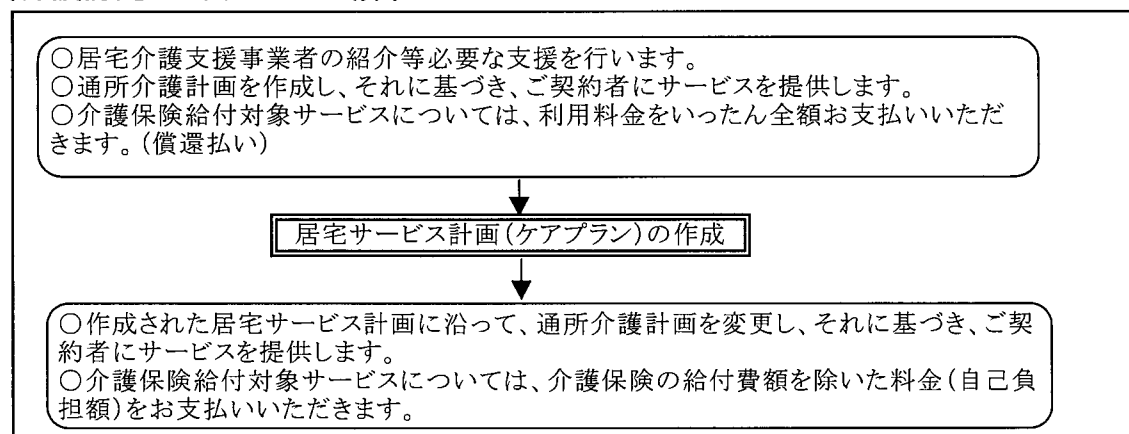
### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (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（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」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。（契約書第3条参照）

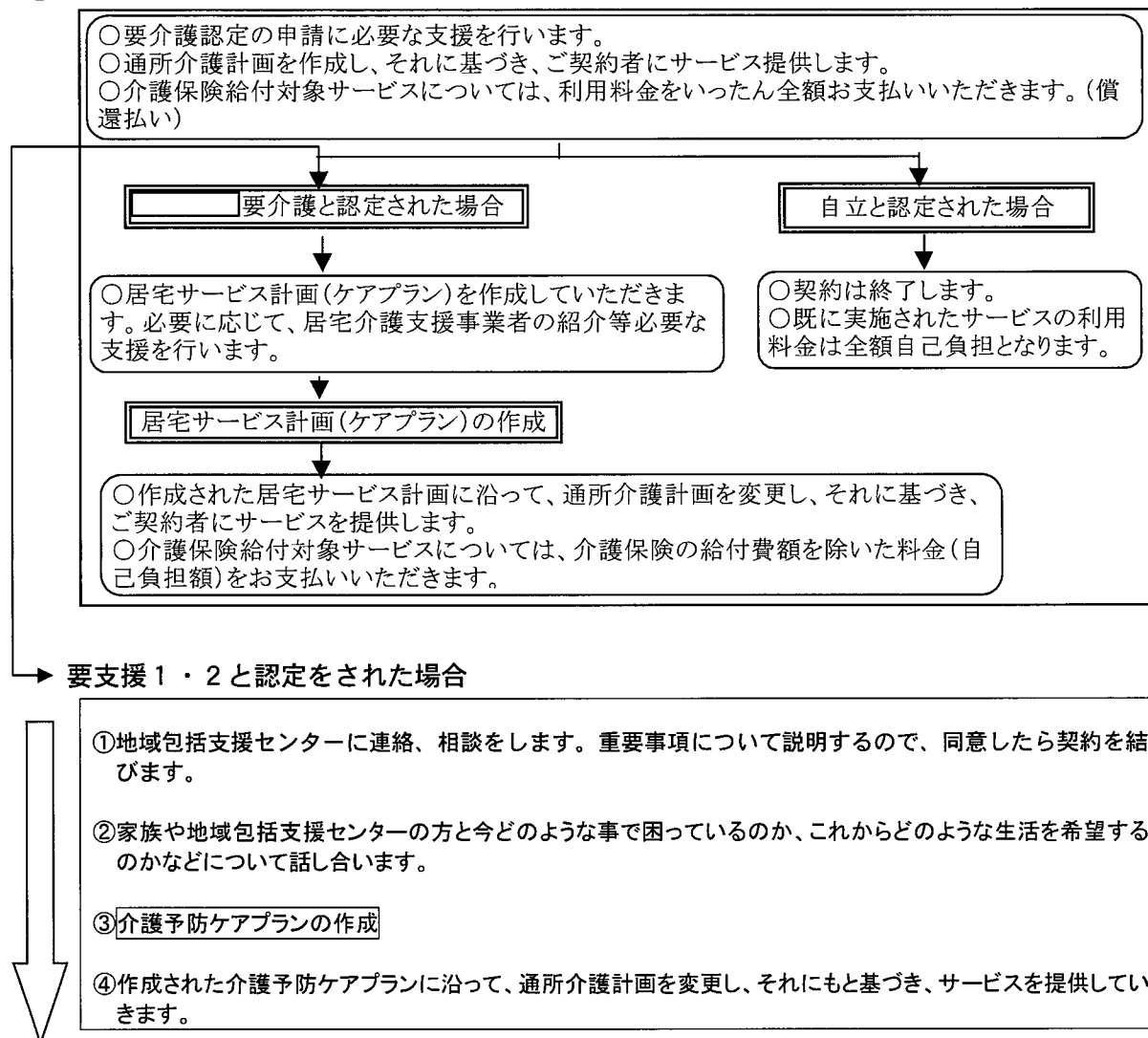


- (2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

#### ① 要介護認定を受けている場合



## ②要介護認定を受けていない場合



#### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10条参照）

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、医師又は看護職員と連携のうえ、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、速やかに主治医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、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. 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（契約書第11条参照）

- 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。

##### （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。

#### 6. 非常災害対策

当事業者では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えると共に、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年4回利用者及び従事者等の訓練を行います。

## 7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

## 8. 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、ご家族、市町村、関係医療機関への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 9. 損害賠償について（契約書第 12 条、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。

## 10. 守秘義務に関する対策

事業者及び従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容としています。

## 11. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシーの保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

## 12. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わない事を約束します。また、緊急やむ得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむ得ない理由について記録します。

### 13. 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。（契約書第15条参照）

- 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。）

#### （1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第16条、第17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。

- 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ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「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（契約書第 18 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。

- 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

## (3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 15 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。

※この重要事項説明書は、厚生省令第 37 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 8 条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

令和 年 月 日  
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。

デイサービスセンター椿寿の里 生活相談員 齊藤 正文 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書及び重要事項説明書付属文書の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 千葉県野田市山崎 2723 番地 3

事業者名 社会福祉法人 法師会

代表者氏名 理事長 飯田 久夫 印

契約者（ご本人） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 印

## 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 法師会が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、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がある場合
- (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

### 3. 使用条件

- (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経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

事業者 住 所 千葉県野田市山崎 2723 番地 3

事業者名 社会福祉法人 法師会

代表者氏名 理事長 飯田 久夫 印

契約者（ご本人） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印