

居宅サービス事業重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	医療法人静正会 三井クリニックデイサービスセンター福福
所在地	山梨県甲斐市宇津谷4036番地1
提供可能サービス	通所介護 介護予防通所介護 介護予防・日常生活支援総合事業 (すべて1日型コースとなります)
事業者番号	1971000284
サービス提供地域	甲斐市、韮崎市
管理者連絡先	0551-28-5110

2 事業所の職員体制

(1) 通所介護・介護予防通所介護

所長 小倉 秋彦

管理者 小倉 秋彦

生活相談員 1名以上 介護職員 5名以上

看護職員 1名以上 機能訓練指導員 1名以上

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業（1日型コース）

所長 小倉 秋彦

管理者 小倉 秋彦

介護職員 1名以上 看護職員・・・1名以上

3 営業日時

(1) 通所介護・介護予防通所介護

営業日 月、火、水、木、金、土、祝日（但し日以外）

サービス提供時間 午前9時15分～午後4時15分

延長サービス時間 午前8時30分～午前9時15分、
午後4時15分～午後5時15分まで（ただし、臨時の場合に限る）

(2) 日常生活支援総合事業（1日型）

①営業日（1日型） 月、火、水、木、金、土、祝日（但し日以外）

サービス提供時間 午前9時15分～午後4時15分

4 利用料等

① 利用料・利用者負担金

- ・通所介護・介護予防通所介護の方の利用者負担額は、その負担割合に応じた額とします。
(別紙料金表参照)
- ・日常生活支援総合事業の方で負担割合1割の場合は1日型韮崎市は250円・甲斐市は260円の基本料金が1回につきかかります。利用料金はその負担割合の額とします。(別紙料金表参照)

② 交通費

- ・通所介護・介護予防通所介護の方でサービス提供地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、交通費の実費が必要となります。
- ・日常生活支援総合事業(1日型)の方はガソリン代として1回につき100円をいただきます。ただし、韮崎市は基本料金に含まれるものとします。

③ 利用者負担金支払方法

- ・1カ月の利用者負担金を集計し翌月の10日までに請求いたします。支払は現金での払い、もしくは指定の金融機関より翌月20日に口座振替となります。
- ・日常生活支援総合事業(半日型・1日型)の方も上記同様、1カ月単位での請求となります。尚、1日型の方で入浴した場合は1回100円を入浴代として請求させていただきます。

④ その他

急用、体調の変化等によるお休みの場合は、当日AM8:15までにご連絡ください。

5 サービス提供の主な内容

① 通所介護

食事提供・個別機能訓練・口腔機能向上・生活介護・入浴・相談、援助

② 介護予防通所介護

食事提供・アクティビティ等の機能訓練・運動器機能向上・栄養食事相談・生活介護・入浴・相談、援助

③ 日常生活支援総合事業(1日型)

1日型は食事提供・アクティビティ等の機能訓練・運動器機能向上・栄養食事相談・生活介護・入浴・相談、援助

6 相談窓口・苦情対応

① 相談担当者 小倉秋彦(管理者) 石原正美(生活相談員) 連絡先0551-28-5110

② その他

当施設以外に、市町村の介護保険相談窓口及び山梨県国民健康保険団体連合に申し立てることもできます。

甲斐市役所 055-277-3111

韮崎市役所 0551-22-1111

山梨県国民健康保険団体連合 連絡先

055-223-9201

7 非常災害対策

① 非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。また管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。

② 非常災害時の関係機関への連絡体制を整備し、それらを定期的に通所介護従業者へ周知するとともに定期的に避難、救出その他の訓練を行います。

8 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は、事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師等の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

(主治医) (緊急連絡先は別紙参照)

9 当法人の概要

名称 医療法人 静正会

代表 理事長 三井 克也

所在地 山梨県甲府市塩部3丁目16番33号 TEL 055-251-0200

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を行いました。

事業者 住所 山梨県甲斐市宇津谷4036番地1
名称 医療法人静正会 三井クリニックデイサービスセンター福福
所長 小倉 秋彦 印

説明者 医療法人静正会 三井クリニックデイサービスセンター福福

管理者 小倉 秋彦 印

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

(上記代理人「代理人を選任した場合」)

住所
氏名 印

居宅サービス契約書

_____様と（以下「利用者」という。）医療法人静正会 三井クリニックデイサービスセンター福福（以下「事業者」という。）は、介護保険法に基づき事業者が利用者に行う居宅サービスについて、次のとおり契約を締結するものとします。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法の関係法令に従い、利用者が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、次の種類のサービスの提供を行うものとします。

- ☐ 1：通所介護
- ☐ 2：介護予防通所介護
- ☐ 3：日常生活支援総合事業（1日型）

- 1 利用者は、本契約において、上記のうち（番号： ）の（ ）のサービスを利用するものとします。
- 2 サービスの種類または内容を変更する場合には、利用者と事業者双方で変更後の内容を資料などで確認し、当契約書が引き続き契約更新されているものとみなします。したがって再契約等の手続きは必要といたしません。
- 3 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、事業者に対し、利用負担金を支払うものとします。

（契約期間）

- 第2条 1 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。
- 2 契約満了の7日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。
 - 3 契約内容においてサービスの種類や介護度が変更した場合においては利用者と事業者双方で変更後の内容を確認します。確認したことをもって契約の変更とし、再契約等の事務処理はいたしません。

（居宅サービス計画変更の援助）

第3条 事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに担当の介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

（サービス提供の記録）

- 第4条 1 事業者は、一定期間ごとにサービス提供の状況、目標等の達成状況を評価し、その結果を書面や電子媒体に記録することとし、これを契約終了後5年間保管するものとします。
- 2 事業者は、前項の記録を利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりそのコピーを交付するものとします。

(利用者負担金および支払方法)

第5条 事業者が提供するサービスに対する利用者負担金及びその支払方法は、別紙サービス内容説明に記載するとおりとします。

(契約の終了)

- 第6条 1 利用者は、事業者に対し、1週間以上の予告期間をもってこの契約を終了することができるものとします。
- 2 次の事項に該当した場合、事業者はその理由を記載した文書を通知することにより、この契約を解除することができるものとします。
- ① 利用者の利用負担金の支払いが3ヶ月以上遅延し、負担金を支払うように催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合
 - ② 利用者の著しい不信行為により、継続が困難となった場合
- 3 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了するものとします。
- ① 利用者が介護保険施設などに入所した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡した場合
 - ④ 入院が長期化した場合（入院期間が1ヶ月以上となる場合休止または中止とします）

(損害賠償)

第7条 事業者は、サービスの実施にあたって、自らの責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償するものとします。

(秘密保持)

- 第8条 1 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしてはならないものとします。
- 2 事業者は、予め文書により利用者及びその家族の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で情報提供をすることができるものとします。

(苦情対応)

- 第9条 1 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に必要な対応をおこなうものとします。
- 2 事業所は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として何らかの不利な取り扱いをしてはならないものとします。

(契約外条項)

第10条 この契約及び介護保険等の関係法令で、決められていない事項については、介護保険法その他関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者の協議により定めるものとします。

サービス内容説明書

1 サービスの内容

提供するサービスの内容の1週間分は、下記のとおりです。

曜日	時間	内容	送迎	保険適用の有無	その他
日曜日		機能訓練入浴・食事・レク	有・無	有・無	
月曜日		機能訓練入浴・食事・レク	有・無	有・無	
火曜日		機能訓練入浴・食事・レク	有・無	有・無	
水曜日		機能訓練入浴・食事・レク	有・無	有・無	
木曜日		機能訓練入浴・食事・レク	有・無	有・無	
金曜日		機能訓練入浴・食事・レク	有・無	有・無	
土曜日		機能訓練入浴・食事・レク	有・無	有・無	

2 担当職員

① 担当の職員

氏名 利用開始後決定 (介護職員)

氏名 橋本昌子・古川友美・高添聖香 (看護師)

② サービス提供責任者

氏名 小倉 秋彦 (管理者)

連絡先 三井クリニックデイサービスセンター福福 TEL 0551-28-5110

3 担当職員の変更

① 利用者は担当職員の変更を申し出る事が出来ます。

② 事業者の都合で担当職員を変更する場合は、事前に利用者の了解を得ます。

4 利用者負担及び支払い方法

利用者が負担する費用は、次のとおりとします。(負担金明細につきましては別紙のとおりです。)

- ① 提供サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の負担割合に応じて1割から3割をお支払いいただきます。介護保険の適用を受けない部分については、利用料の全額をお支払いいただきます。ただし、保険料の滞納により保険給付金が直接事業者を支払われない場合には、いったん利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。後日サービス提供証明書を市町村の窓口に出すと、差額の払い戻しを受けることができます。
- ② 事業者は、翌月10日までに、サービス提供日、当月の利用料の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付するものとします。(日常生活支援総合事業も同様とします)
- ③ 支払については現金による支払もしくは翌日20日に所定の金融機関より振り替えさせていただきます。(日常生活支援総合事業も同様とします)
- ④ 介護保険改正により料金の変更が生じた場合は文書にて通知し了承を得ることとします。

5 その他

- ① 体調の変化、急用等によりお休みの場合は、当日8時15分までにご連絡ください。

サービス契約の締結にあたり、サービス内容及び重要事項の説明がなされました。契約の締結を証するため、この契約書を2通作成し、利用者及び事業者が記名押印のうえ、各自その1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

(上記代理人「代理人を選任した場合」)

住所

氏名 印

事業者 住所 山梨県甲斐市宇津谷4036番地1
名称 医療法人静正会 三井クリニックデイサービスセンター福福
所長 小倉 秋彦 印

同 意 書

令和 年 月 日

三井クリニックデイサービスセンター福福 管理者殿

貴事業所が知り得た私及び私の家族の個人情報をサービス担当者会議等で用いることに同意いたします。

利用者様 印

ご家族 印