

指定通所介護・介護予防日常生活総合事業

かしわ安心館 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(柏市指定 第 1272205194 号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス及び第 1 号通所事業を提供します。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。

1. 法人の概要

- | | |
|--------------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 天宣会 |
| (2) 法人所在地 | 千葉県流山市駒木 649 番地の 3 |
| (3) 電話番号 | 04-7178-5556 |
| (4) F A X 番号 | 04-7178-5558 |
| (5) 代表者氏名 | 理事長 西浦 天宣 |
| (6) 設立年月 | 平成 21 年 10 月 1 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------|--|
| (1) 種類 | 指定通所介護・介護予防日常生活支援総合事業
平成 27 年 3 月 1 日指定 柏市 1272205194 号 |
| (2) 名称 | デイサービスセンター かしわ安心館 |
| (3) 所在地 | 千葉県柏市藤ヶ谷 810 番地 2 |
| (4) 電話番号 | 04-7197-5911 |
| (5) 管理者氏名 | 石井 誠 |
| (6) 運営方針 | 事業所の通所介護従業者は、その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た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世話および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消および心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ります。 |
| (7) 開設年月 | 平成 27 年 3 月 1 日 |
| (8) 利用定員 | 35 人 |

(9) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	月曜日～土曜日 8:30～17:30
サービス提供時間	月曜日～土曜日 9:30～16:45 (7時間以上8時間未満)
定休日	日曜日 12月31日～1月3日

(10) 通常の事業実施地域

通常の事業の実施地域は、柏市、松戸市、船橋市、鎌ヶ谷市、白井市、印西市の一部の区域。

3. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上2階

(2) 建物の延べ床面積 5195.16 m²

(3) 事業

当事業所では、次の事業を実施しています。

[介護老人福祉施設] 平成27年3月1日指定 柏市 1272205186号 定員100名

[短期入所生活介護] 平成27年3月1日指定 柏市 1272205202号 定員10名

[居宅介護支援] 平成28年3月1日指定 柏市 1272205608号

4. 事業所の職員体制・勤務体制

職種	勤務形態	人数	勤務時間・日数(週)
管理者	常勤・兼任	1	08:30～17:30 (5日/週)
生活相談員	常勤・専従	2	08:30～17:30 (5日/週)
〃	常勤・兼任	1	08:30～17:30 (1日/週)
看護職員	常勤・兼任	2	08:30～17:30 (5日/週)
介護職員	常勤・専任	8	08:30～17:30 (5日/週)
〃	常勤・兼任	1	08:30～17:30 (5日/週)
機能訓練指導員	常勤・兼任	2	08:30～17:30 (5日/週)
管理栄養士	常勤・兼任	2	08:30～17:30 (5日/週)

※職員の配置については、指定基準を遵守しております。

5. 当事業所が提供するサービスの内容

(1) 日常生活支援

①通所介護計画等の立案

・通所介護計画及び介護予防ケアマネジメントを作成し、利用者及びご家族等に同意をいただきます。

②入浴

・入浴又は清拭を行います。但し、利用者の体調により入浴を中止する場合があります。利用者の心身の状態に応じた入浴設備により安心して入浴をしていただけます。

③排泄

・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④食事

・食事時間 昼食 12:00～ おやつ 15:15～当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用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。

⑤機能訓練

・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の維持や低下の防止に努めます。

⑥送迎サービス

・利用者の希望により、自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施地域外からご利用の場合は、交通費実費を負担していただきます。

6. サービス提供における事業者の義務（契約書 第三章参照）

当事業所は、利用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、利用者から聴取、確認します。
- ③利用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、利用者又はその代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事業者は発生した原因を解明し、再発防止に努めます。
- ⑥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利用者又はその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）但し、利用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。

7. 施設利用の留意事項

当事業所のご利用にあたって、事業所を利用されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（1）施設・設備の使用上の注意（契約書 第四章 参照）

- ①デイルーム及び共用施設、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、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、利用者及び身元引受人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。
- ③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

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

8. 損害賠償について（契約書 第15条、第16条 参照）

当事業所において、事業者の責任により利用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、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用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。

9. サービス利用料金

(1) 利用者の方からいただくサービス利用料金は次のとおりです。この金額は、①介護保険の給付対象となるサービス及び食費に係る自己負担額、②介護保険の給付対象とならないサービスの2種類に分かれます。(なお、②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明の上、利用者又はご家族等の同意を得なければならないため、疑問な点がございましたら、お尋ねください。)

①介護保険の給付対象となるサービス

◎ 通所介護(1割負担の場合)

1. 利用者の要介護度とサービス利用料金 ※1単位×10.27(柏市)	要介護1 (658)	要介護2 (777)	要介護3 (900)	要介護4 (1,023)	要介護5 (1,148)
	6,757円	7,979円	9,243円	10,506円	11,789円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,081円	7,181円	8,318円	9,455円	10,610円
3. サービス利用料に係る自己負担額(1-2)	676円	798円	925円	1,051円	1,179円
4. 食事に係る自己負担額	1食 700円				

◎通所介護(2割負担の場合)

1. 利用者の要介護度とサービス利用料金 ※1単位×10.27(柏市)	要介護1 (658)	要介護2 (777)	要介護3 (900)	要介護4 (1,023)	要介護5 (1,148)
	6,757円	7,979円	9,243円	10,506円	11,789円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,405円	6,383円	7,394円	8,404円	9,431円
3. サービス利用料に係る自己負担額(1-2)	1,352円	1,596円	1,849円	2,102円	2,358円
4. 食事に係る自己負担額	1食 700円				

◎通所介護(3割負担の場合)

1. 利用者の要介護度とサービス利用料金 ※1単位×10.27(柏市)	要介護1 (658)	要介護2 (777)	要介護3 (900)	要介護4 (1,023)	要介護5 (1,148)
	6,757円	7,979円	9,243円	10,506円	11,789円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,729円	5,585円	6,470円	7,354円	8,252円
3. サービス利用料に係る自己負担額(1-2)	2,028円	2,394円	2,773円	3,152円	3,537円
4. 食事に係る自己負担額	1食 700円				

◎ 介護予防日常生活総合支援(1割負担の場合)

1. 利用者の要介護度とサービス 利用料金（1月あたり） ※1単位×10.27（柏市）	要支援1・事業対象者 （1,798）	要支援2・事業対象者 （3,621）
	18,465円	37,187円
2. うち、介護保険から給付される金額	16,618円	33,468円
3. サービス利用料に係る自己負担額（1月あたり）	1,847円	3,719円
4. 食事に係る自己負担額	1食 700円	

◎介護予防日常生活総合支援(2割負担の場合)

1. 利用者の要介護度とサービス 利用料金（1月あたり） ※1単位×10.27（柏市）	要支援1・事業対象者 （1,798）	要支援2・事業対象者 （3,621）
	18,465円	37,187円
2. うち、介護保険から給付される金額	14,772円	29,749円
3. サービス利用料に係る自己負担額（1月あたり）	3,693円	7,438円
4. 食事に係る自己負担額	1食 700円	

◎介護予防日常生活総合支援(3割負担の場合)

1. 利用者の要介護度とサービス 利用料金（1月あたり） ※1単位×10.27（柏市）	要支援1・事業対象者 （1,798）	要支援2・事業対象者 （3,621）
	18,465円	37,187円
2. うち、介護保険から給付される金額	12,925円	26,030円
3. サービス利用料に係る自己負担額（1月あたり）	5,540円	11,157円
4. 食事に係る自己負担額	1食 700円	

※利用者がまだ要介護認定を受けていない場合もしくは要介護認定の結果が出ていない場合は、一旦、サービスの利用料金を全額お支払いいただきます。その場合、要介護認定の結果が出た後に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）。償還払いとなる場合、利用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。

○その他、利用者の状況により加算されるサービス（通所介護 1日あたり）

加算項目	内容	単位
入浴介助加算（Ⅰ）	入浴介助を適切に行う事ができる人員及び設備を有して行われる入浴介助。入浴介助に関わる職員に対し入浴介助に関わる研修の実施。	40
入浴介助加算（Ⅱ）	Ⅰに掲げる基準に適合する事。医師・理学療法士・作業療法士・介護福祉若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下「医師等」という）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価している事。この際当該居宅の浴室が、当該利用者又は	55

	<p>家族等の介助のより入浴を行う事が難しい環境にある場合には、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う事。ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価・助言を行っても差し支えないものとする。当該指定通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等との連携の下で、利用者の身体の状況、訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する事。ただし、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画書に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができる。上記の入浴計画に基づき、個浴（個別の入浴をいう。）又は利用者の居宅の状況に近い環境（利用者の居宅の浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等に合わせて、当該事業所の浴室に福祉用具等を設置する事より、利用者の浴室の状況を再現しているものをいう。）で、入浴介助を行うこと。</p>	
科学的介護推進体制加算	<p>利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況などに係る基本的な情報のデータ提出とフィードバック情報を活用する。</p>	40/月
個別機能訓練加算（I）イ	<p>専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（以下「理学療法士」という）を一名以上配置していること。機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行っていること。個別機能訓練計画の作成及び実施においては、利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。機能訓練指導員等が利用者の居宅に訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画を作成すること。またその後三月ごとに一回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅での生活状況をその都度確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っている事。厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び</p>	56

	看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法第一号に規定する基準のいずれにも該当しない事。	
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	イで配置された理学療法士等に加えて、専ら機能訓練指導員の責務に従事する理学療法士等を一名以上配置していること。イに掲げる基準いずれも適合すること。	76
個別機能訓練加算（Ⅱ）	イ又はロに掲げる基準に適合すること。利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	20
生活機能向上訓練加算（Ⅰ）	外部の理学療法士などや医師から助言を受け、アセスメントや計画の作成を行う。サービス提供の場または ICT を活用した動画などで利用者の状態を把握する。計画に基づき機能訓練項目を準備し、機能訓練指導員などが訓練を提供する。計画の進捗状況など三月一回以上評価し利用者・家族に説明する。	100
生活機能向上訓練加算（Ⅱ）	外部の理学療法士などや医師から助言を受け、アセスメントや計画の作成を行う。（個別機能訓練加算を実施している場合は 100 単位減算）	200
認知症加算	指定居宅サービス等基準第 93 条 1 項第 2 号又は第 3 号・に規定する員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算法で 2 以上確保していること。指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前 3 月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が 100 分の 15 以上であること。指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修を修了した者を 1 名以上配置していること。当該事業所の従業員に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催していること。	60
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、通所介護を行った場合	60
中重度ケア体制加算	指定基準で配置すべき看護職員又は介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算法で 2 以上確保していること前年度又は算定日が属する月の前 3 月間の利用者の総数のうち、要介護 3 以上の利用者の占める割合が 100 分の 30 以上であること通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を 1 名以上配置していること	45

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し、介護支援専門員に情報を提供する。利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の栄養状態について確認し、介護支援専門員に情報を提供する。	20
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	Ⅰの条件のどちらかに該当する事。	5
栄養アセスメント加算	事業所の従業者または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置する。管理栄養士と他の職種が共同で栄養アセスメントを実施し、結果を利用者・家族に説明する。利用者ごとの栄養状態などの情報をデータ提出し情報を活用する。	50/月
栄養改善加算	前項の条件に加え、栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じて管理栄養士が居宅を訪問する。	200/月
口腔機能向上加算Ⅰ	言語聴覚士・歯科衛生士又は看護職員1名を配置している事。利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士等が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画作成している事。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っていると共に、利用者の口腔機能を定期的に記録している事。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価する事。	150/月
口腔機能向上加算Ⅱ	現行の要件に加え、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画などの情報をデータ提出し、フィードバック情報を活用する。	160/月
ADL維持等加算Ⅰ	イ 利用者等(当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える物)の総数が10人以上であること。 ロ 利用者等全員について、利用開始月と当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、バーサルインデックスを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。 ハ 利用開始月の翌日から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者から調整済ADLの上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。	30/月
ADL維持等加算Ⅱ	イとロ要件を満たすこと。評価利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上であること。	60/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	当該指定事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上の場合	22
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	当該指定事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上の場合	18
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	介護サービスを利用者に直接提供する職員の総数のうち勤務年数3年以上の者の割合が100分の40以上である場合	6
福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰ	キャリアパス要件、月額賃金改善要件、職場環境等要件を満たしていること。	8.1%

○その他、利用者の状況により加算されるサービス（介護予防日常生活総合事業1ヶ月あたり）

加算項目	内 容	単位
通所型独自生活向上グループ活動加算	用者が日常生活の課題に応じて活動を選択できるように日常生活に直結した活動項目で時間割を組み、共通の課題の複数の利用者で実施される活動した場合	100
通所型独自サービス若年性認知症受入加算	若年性認知症の利用者を受入れた場合	240
通所型独自サービス栄養アセスメント加算	事業所の従業者または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置する。管理栄養士と他の職種が共同で栄養アセスメントを実施し、結果を利用者・家族に説明する。利用者ごとの栄養状態などの情報をデータ提出し情報を活用する。	50
通所型独自サービス栄養改善加算	前項の条件に加え、栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じて管理栄養士が居宅を訪問する。	200
通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅰ	言語聴覚士・歯科衛生士又は看護職員1名を配置している事。利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士等が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画作成している事。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っていると共に、利用者の口腔機能を定期的に記録している事。利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価する事。	150
通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅱ	現行の要件に加え、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画などの情報をデータ提出し、フィードバック情報を活用する。	160
通所型独自サービス事業所評価加算	選択的サービス（運動機能向上サービス・栄養機能向上サービス・口腔機能向上サービス）を行う事により身体的機能の維持・向上をされているか評価した場合	120
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅰ 1	当該指定事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上の場合	88
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅰ 2	当該指定事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上の場合	176
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅱ 1	当該指定事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上の場合	72

通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅱ 2	当該指定事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上の場合	144
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅲ 1	介護サービスを利用者に直接提供する職員の総数のうち勤務年数 3 年以上の者の割合が 100 分の 30 以上である場合	24
通所型独自サービス提供体制強化加算Ⅲ 2	介護サービスを利用者に直接提供する職員の総数のうち勤務年数 3 年以上の者の割合が 100 分の 30 以上である場合	48
通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ	外部の理学療法士などや医師から助言を受け、アセスメントや計画の作成を行う。サービス提供の場または ICT を活用した動画などで利用者の状態を把握する。計画に基づき機能訓練項目を準備し、機能訓練指導員などが 訓練を提供する。計画の進捗状況など三月一回以上評価し利用者・家族に説明する。	100
通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ	現行の要件に加え、利用者ごとの機能訓練導計画などの情報をデータ提出し、フィードバック情報を活用する。	200
通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認し、介護支援専門員に情報を提供する。利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の栄養状態について確認し、介護支援専門員に情報を提供する。	20
通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	I の条件のどちらかに該当する事。	5
通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況などに係る基本的な情報のデータ提出とフィードバック情報を活用する。	40
福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰ	キャリアパス要件、月額賃金改善要件、職場環境等要件を満たしていること。	8.1%

※料金他介護保険自己負担分について、1 日または 1 回あたりの介護保険報酬単位数に地域単価（10.27 円）を乗じ、その 1 割相当額を切り捨て算出するため、ご利用日数等により変動がございます。予めご了承下さい。

※介護保険給付体系の変更があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更すること

ができます。その場合事業者は、新たな料金に基づく「重要事項説明書別紙」を作成し、利用者に対して説明し、取り交わしを行います。

②介護保険の給付対象とならないサービス

サービス区分	内 容	金 額
特別な食事等	お花見、端午の節句、七夕、納涼祭、敬老会、クリスマス会、餅つき会、お正月、節分、ひな祭りなど	昼食代 700 円 +実費
理美容代	利用者の希望により利用された場合 (月 2 回程度)	カット:2,000 円前後
行事・クラブ代等	利用者が希望して参加された行事・クラブ活動等	必要時、実費
排泄用品代	おむつ代 (おむつ処理代含む)	リハビリパンツ 180 円 紙おむつ 200 円 尿取りパット 50 円
送迎サービス	通常の実施区域を超える送迎を希望された場合	50 円/1km
その他の費用	複写物の交付 (コピー代)	10 円/1 枚

(2) 利用料金のお支払い方法

サービス利用料金・費用は、1 か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お支払い下さい。

ア. 下記指定口座への振り込み(請求書到着後 7 日以内)

千葉興業銀行 柏支店 普通預金 1 1 4 6 1 1 1

社会福祉法人 天宣会 特別養護老人ホーム かしわ安心館

理事長 西浦 天宣

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし(利用月の翌々月 5 日引き落とし)

ご利用できる金融機関：すべての銀行・信用金庫、農協、郵便局等

※ご不明な点は事務局におたずね下さい。

(3) 利用の中止、変更、追加

①利用予定期間の前に利用者の都合により、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前日までに事業者申し出て下さい。

- ②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ございます。但し、利用者の体調不良等、正当な理由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担額)

- ③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、利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を利用者に提示して協議します。

- ④以下の事由に該当した場合、利用者がサービスを利用している期間中でも利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

- ・利用日の健康チェックの結果、サービスの利用が困難であると判断した場合
- ・利用中に体調が悪化した場合
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

上記の場合で、必要な場合は、下記に記された緊急連絡先に連絡をするとともに、速やかに主治医等に連絡を取る等、必要な援助を行います。

(4) 緊急時の対応

体調の変化等、緊急時は下記の緊急連絡先に連絡をしますので、宜しくお願い致します。

◎第一緊急連絡先 氏 名 _____ (続柄) _____
 住 所 _____
 電話番号 (自宅) _____
 携帯電話番号 _____

◎第二緊急連絡先 氏 名 _____ (続柄) _____
 住 所 _____
 電話番号 (自宅) _____
 携帯電話番号 _____

◎主治医 病院又は診療所名 _____
 医師名 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____

10. サービスの利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約期間満了の7日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は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18条 参照）

- ① 利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定により自立と判定された場合、また第1号通所事業者はチェックリストで非該当と判定された場合
- 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、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 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 利用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の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

- (1) 利用者からの解約の申し出（中途解約・契約解除）（契約書 第19条、第20条 参照）
契約の有効期間であっても、利用者から本契約の終了を申し出ることができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに申し出てください。

但し、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 利用者が入院された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画等が変更された場合
- ③ 事業者若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等を実施しない場合
- 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利用者の身体・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) 事業者からの申し出により本契約を解除していただく場合（契約解除）

（契約書 第21条 参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除していただくことがあります。

- ① 利用者及び身元引受人が、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 利用者及び身元引受人による、サービス利用料金の支払いが3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 利用者が、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18条 参照）

契約が終了する場合には、事業所は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行います。

1 1. 相談・苦情の受付について（契約書 第23条 参照）

(1) 当施設における相談・苦情の受付

当施設における相談・苦情は以下の専用窓口で受け付けます。

○相談・苦情受付窓口（担当者） 生活相談員 加藤 拓也 松澤 規子

TEL 04-7197-5911

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30 ～ 17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

福) 天宣会 第三者委員 飯田 信義 監事	所在地 千葉県流山市流山1-132-1 電話番号 04-7158-0456 受付時間 月曜日～金曜日（年末年始・祝日を除く） 9:30 ～ 16:00
福) 天宣会 第三者委員 吉田 誠之	所在地 東京都足立区柳原2-48-6 電話番号 03-3388-7770 受付時間 月曜日～金曜日（年末年始・祝日を除く） 9:30 ～ 16:00
柏市役所 指導監査課	所在地 千葉県柏市柏5丁目10-1 電話番号 04-7167-1111 受付時間 月曜日～金曜日（年末年始・祝日を除く） 8:30 ～ 17:15
柏市保健福祉部 福祉活動推進課	所在地 千葉県柏市柏下65-1 ウェルネス柏内 電話番号 04-7167-2318 受付時間 8:30 ～ 17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 千葉県稲毛区天台6-4-3 電話番号 043-254-7428(直通) 受付時間 月曜日～金曜日（年末年始・祝日を除く） 8:30 ～ 17:30
千葉県社会福祉協議会 千葉県運営適正化委員会	所在地 千葉県千葉市中央区千葉港4-5 電話番号 043-246-0294 受付時間 月曜日～金曜日（年末年始・祝日を除く） 9:00 ～ 17:00

確 認 書

令和 年 月 日

指定通所介護及び第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、同意を得ました。

デイサービスセンター かしわ安心館

説明者職名 加藤 拓也 印

私は、契約書及び本書面に基づき、事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護及び第1号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印

身元引受人住所 _____

身元引受人氏名 _____ 印

続 柄 ()

個人情報使用同意書

以下に定める条件のとおり、社会福祉法人天宣会が、私および身元引受人、家族等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および契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護計画書作成に当たり、ケアカンファレンス、職員会議の実施のため
- (2) 居宅介護支援事業者、医療機関、介護サービス事業者、福祉事業者等との連携（サービス担当者会議）、照会への回答のため
- (3) 介護事故、緊急時等の報告のため
- (4) 介護保険事務、（請求処理、会計処理等）
- (5) 個人作品の作者名の掲示及び、ホームページ・広報誌に施設活動報告のための写真の掲載
作品者氏名 可 不可 ホームページ 可 不可 広報誌 可 不可
- (6) 行政等外部監査機関、評価機関等への情報提供
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 利用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限度とし、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。

4. 使用する事業者の範囲

利用期間中に居宅サービス計画に定められた事業者

令和 年 月 日

〈本人〉 住 所 _____

氏 名 _____ 印

〈身元引受人〉 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄（利用者との関係） _____