

# 重要事項説明書

社会福祉法人ウェルネスケア  
デイサービス のあのあ  
(通所介護)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

## 1 事業者及びの概要

### (1) 指定通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人ウェルネスケア
所在地	静岡県三島市松本292番地1
代表者氏名	理事長 加藤信秀
法人設立年月日	平成19年3月14日

### (2) 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

事業所名称	デイサービス のあのあ
介護保険指定事業者番号	2271102846
事業所所在地	静岡県沼津市太平字出水2804番1
連絡先 相談担当者氏名	055-933-7520 土屋里絵
事業所の通常の 事業の実施地域	沼津市（原、浮島、今沢、片浜、愛鷹、西浦、戸田を除く）、清水町、長泉町、三島市（ビューティータウン、芙蓉台、徳倉地区を除く）、函南町（田代、桑原、冷川地域を除く）、伊豆の国市（大仁地区、伊豆長岡南部、エメラルドタウンを除く）
利用定員数	23名
営業日	月曜日～土曜日 （ただし1/1～1/3を除く）
営業時間	8時から17時
サービス提供時間	9時15分から15時30分 （延長サービス なし）

### (3) 事業所の職員体制

管理者	佐々木 ひとみ
-----	---------

職種	職務内容	人員数	
		専従	兼務
管理者	職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。		1名
生活相談員	事業所に対する指定（介護予防）通所介護の利用の申込みに係る調整、職員に対する助言及び技術指導を行い、他の職員と協力して（介護予防）通所介護計画の作成等を行う。	1名	1名
看護職員	指定（介護予防）通所介護の提供に当たり利用者の健康管理、相談・助言を行う。		2名
介護職員	入浴介助等の日常生活上必要な介助を行う。	4名	2名
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、または減退を防止する為、訓練および指導、助言を行う。		2名

#### (4) 当事業所の設備

定 員	:	23名/日
機能訓練室・食堂	:	1室 (74.40 m <sup>2</sup> )
静 養 室	:	1室 (10.14 m <sup>2</sup> )
事務所・相談室	:	1室
浴 室	:	1室 機械浴1台、個浴2個
送迎車両	:	4台

## 2 当事業所の連絡窓口（相談・キャンセル連絡など）

TEL : 055-933-7520

担 当 者 : 管理者…佐々木ひとみ 相談員…土屋里絵

受 付 時 間 : 午前8:00～午後5:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

## 3 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適切な介護サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 事業所は、利用者がその心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行う事により、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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。</li><li>2. 事業所は、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めるものとする。</li><li>3. 事業所は、利用者自身の「考える力」を大切にし、サービス内容の選択・準備に利用者が主体的に参加できるよう支援する。</li><li>4. 利用者一人ひとりが「主役」になれる場所として、社会的役割を果たしながら活躍できるよう支援する。また、在宅における危険回避能力を維持する為にも、リスクについて利用者が主体的に考えられるよう支援する。</li></ol>

## 4 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所変更などがあった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたします。
- (3) サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお「通所介護計画」は、利用者等心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することが出来ます。

## 5 提供するサービス内容及び費用について

### (1) 提供するサービスについて

サービス区分と種類	サービスの内容
生活指導（相談援助等）	常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に誠実に応じるとともに必要な助言その他の援助を行う。
機能訓練（日常動作訓練）	利用者との合意に基づき、心身の状況に応じて日常生活を営むのに必要な改善、又は機能低下を防止するための訓練を行う。
介護サービス	利用者が自立的な日常生活を営むことを支援するよう、利用者の心身の状況に応じ、適切な技術をもって介護を行う。
健康状態の確認	常に利用者の健康状況に注意し、日常における健康保持のための適切な措置をとる。
送迎サービス	利用者の送迎を行う。
食事の提供	栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供する。
入浴サービス	利用者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことが出来るよう適切な方法により、利用者に入浴の機会を提供する。

### (2) 利用料金について（利用料金等は別紙参照）

#### (1) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日までに当月分の料金を請求いたします。  
翌月末日までに、あらかじめ指定した方法でお支払いください。  
領収書につきましては、入金確認後送付致します。

#### ① 社会福祉法人ウエルネスケアの口座に振り込みにて支払う

月末までに下記口座に振り込みにてお支払い下さい。  
なお、振込手数料は利用者様の負担となります。

振込口座	三島信用金庫	三島南支店
	(普)	1 1 8 9 1 4 6
名 義	社会福祉法人ウエルネスケア	
	理事長 加藤信秀	

#### ② ご利用者様又はご家族様名義の通帳より、口座振替にて支払う

振替日は毎月の請求書にご案内いたしますが、27 日（休日の場合は翌営業日）を  
予定しております。  
口座振替には手続きが必要です。希望される場合は事業所にお申し出下さい。

#### キャンセル料金

利用日当日の 8 時までにご連絡をいただいた場合	無料
利用日当日の 8 時までにご連絡がなかった場合	昼食代 実費

利用者の都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。  
キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

## 6 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

通所介護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。  
まずはお電話などでお申し込みください。当事業所職員が伺い、説明いたします。また、事業所の見学・1 日体験もできます。お気軽にご連絡ください。

### (2) サービスの終了

#### 利用者の解除権

- ①利用者は事業者に対して、1 週間の予告期間において文書で通知をすることで、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変・急な入院など、やむを得ない事情がある場合は、予告期間が 1 週間以内の通知でも、この契約を解約することができます。
- ②次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することで、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ・事業者が正当な理由なく、サービスを提供しない場合
  - ・事業者が守秘義務に反した場合
  - ・事業者が利用者やその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
  - ・事業者が破産した場合

#### 事業所の解除権

- ①事業者は、利用者の法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、事業所の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達する事が困難になった時は、30 日間以上の予告期間をもって、この契約を解除する事ができます。
- ②次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することで、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ・利用者のサービス利用料金の支払いが 90 日以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず、10 日以内に支払われない場合
  - ・利用者又はその家族等が、事業者やサービス提供の従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの迷惑行為・背信行為を行った場合
  - ・利用者が正当な理由がなく、サービスの中止を繰り返した場合、または入院・入所・病気などにより、90 日以上にわたりサービスを利用できない状態にあることが明らかになった場合

#### 契約の終了

①次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ・利用者が介護保険施設に入所又は入院した場合
- ・利用者の要介護状態区分が、要支援、非該当(自立)と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合
- ・契約書第2条により、契約期間満了日2日前までに利用者から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき
- ・契約書第10条に基づき、事業者が契約を解除した場合
- ・事業者が事業を廃止した場合

#### (3) その他

- ・利用者に、病気・怪我などで健康上に問題がある場合は、当事業所におけるサービスのご利用をお断りする場合があります。
- ・当事業所における当日の健康チェックにおいて、利用者の診断結果が悪い場合、サービス内容の変更、または、サービスの提供を中止する場合があります。
- ・当事業所のサービス利用中に、利用者の体調が悪くなった場合、サービス提供を中止する場合があります。その場合は、家族または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・利用者に、他の利用者の健康に悪影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。ご利用者様の疾患（感染症）が治癒するまで、当事業所におけるサービスの利用はお断りさせていただきます。
- ・サービスのご利用時は、多額の金銭・貴重品類は持参しないでください。また、利用者間での金銭の貸し借り・物品の貸し借り・食べ物のやりとりはご遠慮ください。
- ・当事業所の施設内では、政治活動・宗教活動・物品の販売などの行為は、禁止させていただきます。

## 7 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、利用者に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
緊急連絡先 ①	氏 名	続柄：
	連 絡 先	
緊急連絡先 ②	氏 名	続柄：
	連 絡 先	
主治医・ご家族などへの 連 絡 基 準		健康管理上、日常のバイタルチェックとの数値の差が顕著であったり、本人の様子に異変があるとき。また、突発的な事故等に遭遇した時など、ご家族、担当ケアマネジャー、主治医等に連絡する。
		健康上の追記

## 8 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、利用者に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合は、当事業所は利用者に対して賠償責任を負うものとします。

## 9 非常災害時の対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者） 管理者：櫻井 正博

- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。

- ③ 地域と連携し、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期（年2回（11月・5月））

非常時の対応	別途定める「地域密着型特別養護老人ホーム ノアノアテラス 防火・防災・災害対策マニュアル」に則り対応を行います。			
平常時の訓練等	別途定める「地域密着型特別養護老人ホーム ノアノアテラス 防火・防災・災害対策マニュアル」に則り対応を行います。			
防火・防災設備	設備名称	有無	設備名称	有無
	火災報知機	有	消火器	有
	ガス漏れ報知機	有	ヘルメット・防災頭巾	有

## 10 苦情相談窓口

提供した指定通所介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

### ○デイサービス のあのあ

静岡県沼津市大平字出水 2804 番 1

電話 055-933-7520

苦情相談窓口担当者 管理者：佐々木ひとみ 相談員：土屋里絵

### ○その他の苦情窓口

名称	電話番号
社会福祉法人ウェルネスケア	055-982-5111
第三者委員 加藤智彦	055-977-2278
第三者委員 岡田美喜子	055-986-4814
第三者委員 小林隆	055-977-6323
清水町福祉介護課	055-981-8213
三島市介護保険課	055-983-2607
沼津市市民福祉部長寿福祉課	055-934-4873
長泉町長寿介護課	055-989-5511
函南町福祉課	055-979-8126
伊豆の国市介護課	0558-76-8009
静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付窓口	054-253-5590



【事業者】 住 所 静岡県三島市松本292番地1  
法人名 社会福祉法人ウェルネスケア  
代表者 理事長 加藤信秀 印

【事業所】 住 所 静岡県沼津市大平字出水2804番1  
事業所名 デイサービス のあのあ  
( 指定番号 2271102846 号 )  
説明者 印

担当者 佐々木ひとみ より、重要事項説明書の内容について説明を受け、  
了承しました。

令和 年 月 日

【ご利用者】 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

【代理人】 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

署名代行理由： \_\_\_\_\_