

## 通 所 介 護 事 業 所

### 「ナーシングホーム市川」デイサービス

### 重 要 事 項 説 明 書

(令和 8 年 8 月 1 日現在)

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
また、特別養護老人ホーム「ナーシングホーム市川」に併設されています。  
(千葉県指定 第 1 2 7 0 8 0 0 0 3 8 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ご提供します。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とおり説明します。

※ 当事業所のサービスのご利用は、原則として、要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

#### ◇ ◇ 目 次 ◇ ◇

|    |                       |    |
|----|-----------------------|----|
| 1  | 事業所運営法人               | 2  |
| 2  | 事業所の概要                | 2  |
| 3  | 設備等の概要                | 3  |
| 4  | 職員の配置状況               | 4  |
| 5  | 当事業所がご提供するサービスと利用料等   | 4  |
| 6  | 利用料等のお支払いの方法          | 10 |
| 7  | キャンセル規定               | 10 |
| 8  | ご提供するサービスの第三者評価の実施状況  | 10 |
| 9  | ご契約を終了していただく場合        | 10 |
| 10 | 介護サービスのご提供における事業者の責務  | 11 |
| 11 | 介護サービスのご利用に当たっての留意事項  | 12 |
| 12 | 虐待の防止のための措置に関する事項     | 12 |
| 13 | 秘密保持と個人情報の保護について      | 13 |
| 14 | 緊急時及び事故発生時の対応について     | 13 |
| 15 | 非常災害対策について            | 13 |
| 16 | サービスのご提供に関する苦情の受付について | 14 |

## 1 事業所運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 慶美会
- (2) 法人所在地 千葉県市川市柏井町4丁目314番地
- (3) 電話番号 047(337)1231
- (4) 代表者 理事長 桑原 経子
- (5) 設立の時期 昭和56年7月30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12年4月1日指定 千葉県第1270800038号
- (2) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階建 2階部分
- (3) 事業の目的 指定通所介護事業所は、介護保険法等の関係法令に従い、ご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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として支援します。
- (4) 事業所の名称 ナーシングホーム市川
- (5) 事業所の所在地 千葉県市川市柏井町4丁目310番地
- (6) 電話番号 047(339)5600
- (7) 管理者 橋本 知行
- (8) 事業所の運営方針 指定通所介護事業所として、常に、ご利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスをご利用者のご希望に沿って適切な支援に努めます。更には、「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」の基本理念の下、「自立支援」、「ご利用者本位」の介護サービスをご提供することにより、地域社会から信頼される事業所を目指してまいります。

(9) 開設の時期 平成9年8月1日

(10) 通常の事業の実施地域 市川市、鎌ヶ谷市、船橋市、松戸市及び浦安市  
の区域とします

(11) 営業日及び営業時間

|          |                                         |
|----------|-----------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで<br>(12月30日から1月3日までは休業となります。) |
| 受付時間     | 8時00分から17時30分まで                         |
| サービス提供時間 | 9時00分から16時15分まで                         |

(12) 利用定員

㊦月曜日から金曜日まで 40人

㊦土曜日 30人

### 3 設備等の概要

通所介護サービスをご利用されるに当たりまして、併設される特別養護老人ホーム(2階建)内の2階部分に開設しております通所介護事業所において、以下の設備等をご用意しています。

| 事業所(施設)<br>の利用区分 | 設備機器等                                                             |
|------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 食堂及び機能訓練室        | テレビ・カラオケ<br>リハビリ機器・筋力トレーニングマシン                                    |
| 静養室              | 介護用ベッド6台                                                          |
| 相談室              | 1室                                                                |
| 浴室               | 一般浴・リフト浴・特殊浴槽                                                     |
| その他利用設備等         | 洗面所・洋式トイレ(暖房便座)冷暖房完備<br>車椅子・吸引機・送迎車輛6台・煙感知器<br>スプリンクラー<br><備考>事務室 |

### 4 職員の配置状況(契約書第3条関係)

当事業所では、ご利用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。

＜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     | 職 員 配 置 | 指 定 基 準                                        |
|---------|---------|------------------------------------------------|
| 管理者     | 1（常勤）   | 1                                              |
| 生活相談員   | 1 以上    | ・生活相談員 1<br>・介護職員 6<br>(いずれかのうち<br>常勤職員 1 人以上) |
| 介護職員    | 6 以上    |                                                |
| 看護職員    | 1 以上    | 1                                              |
| 機能訓練指導員 | 1 以上    | 1                                              |

＜直接処遇職員の勤務体系＞

| 職 種                     | 勤 務 体 制                                                            |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 介護職員<br>看護職員<br>機能訓練指導員 | 日勤①：午前 8 時 0 0 分 ～ 午後 5 時 0 0 分<br>日勤②：午前 8 時 3 0 分 ～ 午後 5 時 3 0 分 |

## 5 当事業所がご提供するサービスと利用料等

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスをご提供します。

当事業所がご提供するサービスについて、

- |                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <p>(ア) 利用料が介護保険から給付される場合</p> <p>(イ) 利用料等の全額をご契約者にご負担いただく場合</p> |
|----------------------------------------------------------------|

があります。

### （１）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、食事サービスの提供に係る費用を除き、通常 7 割から 9 割相当（「介護保険負担割合証」に記載された割合を乗じた額（利用者負担料金）を控除した額）が介護保険から給付されます。

| 区 分                     | サ ー ビ ス の 概 要                                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通所介護計画<br>の作成・説明・<br>交付 | ご利用者の心身の状況や希望等を踏まえるとともに、居宅サービス計画が作成されている場合は、居宅サービス計画の内容に沿って作成した通所介護計画について、ご本人又はそのご家族等に対しその内容を説明し、同意を得た上で交付いたします。 |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事サービス | <p>併設する特別養護老人ホーム ナーシングホーム市川の管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、ご利用者の栄養バランスや心身の状況等を踏まえたお食事を提供いたします。</p> <p>また、季節行事等においては行事食をご提供します。</p> <p>食事時間：昼食 午後0時00分から</p> <p>※1 開始時間は、ご本人の生活習慣等の事由を考慮することができます。</p> <p><b>2 食事の提供に要する費用（食費）については、「（3）介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料等（ア）」（本書9ページ）をご参照下さい。</b></p> |
| 入浴サービス | 清潔で快適な日常生活を過ごしていただけるようご本人の意向に応じた浴槽を使用して入浴することができます。                                                                                                                                                                                                                               |
| 機能訓練   | 機能訓練指導員により、ご本人の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の改善又はその減退を防止するための訓練を行います。                                                                                                                                                                                                                 |
| 健康管理等  | ご利用者の健康状態を把握している看護職員が健康状態の観察や確認を行い、病状の急変等が生じた場合は、医師との密接な連携に努めます。                                                                                                                                                                                                                  |
| 相談及び援助 | 生活相談員が、ご利用されている方の心身の状況に起因する事柄に関し、ご本人やそのご家族からのご相談に応じるなどの支援を行います。                                                                                                                                                                                                                   |
| その他の支援 | <p>・送迎</p> <p>ご利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                   |

## （2）介護保険の給付の対象となる利用料

### （ア）通所介護費

（単位数／日）

| 区 分     | 単 位 数    |
|---------|----------|
| 要 介 護 1 | 6 5 8    |
| 要 介 護 2 | 7 7 7    |
| 要 介 護 3 | 9 0 0    |
| 要 介 護 4 | 1, 0 2 3 |
| 要 介 護 5 | 1, 1 4 8 |

(イ) 各種加算・減算等 (単位数)

| 区 分             | 単位数     | 備 考                                                                                                                            |
|-----------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 時間以上 3 時間未満減算 | ×70/100 | 2 時間以上 3 時間未満の通所介護を行う場合                                                                                                        |
| 同一建物内減算         | － 9 4   | 事業所と同一建物に居住（通う）する利用者にサービスを提供した場合                                                                                               |
| 送迎未実施減算（片道）     | － 4 7   | 送迎を行わない場合                                                                                                                      |
| 入浴介助加算（Ⅰ）       | 4 0     | 入浴中のご利用者の観察（自立生活支援のための見守りの援助）を含む援助を行った場合に、1 日につき加算されます。                                                                        |
| 入浴介助加算（Ⅱ）       | 5 5     | 専門職らのご利用者宅を訪ねて浴室の環境を確認し、個別計画を多職種連携のもとで策定すると共に、計画に沿った個別の入浴介助を事業所で行った場合に、1 日につき加算されます。                                           |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ    | 5 6     | 専従の機能訓練指導員等 1 名以上配置（配置時間の定めなし）し、5 名程度以下のご利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備した上で、利用者の心身の状況に応じた個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を提供している場合に、1 日につき加算されます。 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ    | 7 6     | (Ⅰ) イの要件に加えて専従の機能訓練指導員等 1 名以上配置している場合、1 日につき加算されます。                                                                            |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)     | 2 0     | 加算(Ⅰ)の要件に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、その情報等を活用している場合、1 月につき加算されます。                                                               |
| 若年性認知症利用者受入加算   | 6 0     | 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者定め、ご利用者を中心に、そのご利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供したときに、1 日につき加算されます。                                                 |

|                                |                  |                                                                                                                          |
|--------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 栄養アセスメント加算                     | 5 0              | 管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとに、専門職が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他栄養管理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場合に、1月につき加算されます。 |
| 栄養改善加算                         | 2 0 0            | 低栄養状態にあるご利用者等に対して、個別的に実施する栄養食事相談等の栄養管理を行い、栄養改善サービスの提供に当たっては必要に応じ居宅を訪問することを条件として、3ヶ月以内の期間に限り月に2回を限度として、1回につき加算されます。)      |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）                | 2 2              | 職員の資格、勤続年数の体制に応じて、いずれかの加算が1回につき算定されます。                                                                                   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）                | 1 8              |                                                                                                                          |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）                | 6                |                                                                                                                          |
| 中重度者ケア体制加算                     | 4 5              | 中重度の要介護者の割合及び受け入れる体制（看護職員又は介護職員の確保）を構築し、指定通所介護を行った場合は、1日につき加算されます。                                                       |
| 認知症加算                          | 6 0              | 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ご利用者の割合に応じて、1日につき加算されます。                                                                     |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ）<br>（3月に1回を限度）    | 1 0 0            | 外部の専門職と連携して機能訓練を行った場合に、1月につき加算されます。                                                                                      |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）<br>（個別機能訓練算定の場合） | 2 0 0<br>(1 0 0) | 外部の専門職が事業所を訪問した上で連携して機能訓練を行った場合に、1月につき加算されます。                                                                            |
| ADL維持等加算(Ⅰ)                    | 3 0              | ご利用者が10人以上で、初月のADL値                                                                                                      |

|                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |     | や要介護認定等状況等に応じて調整式で得られた利用者の調整済 ADL 利得が 1 以上の場合に 1 月につき算定されます                                                                                                                                                                           |
| ADL 維持等加算(Ⅱ)                      | 60  | 加算(Ⅰ)の要件を満たし、評価対象利用者の ADL 利得を平均して得た値が 2 以上の場合に 1 月につき算定されます                                                                                                                                                                           |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)                 | 20  | <p>① 利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の「口腔の健康状態」について確認を行い、情報を担当するケアマネジャーに提供していること。</p> <p>② 利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の「栄養状態」について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報も含む)を担当するケアマネジャーに提供していること。</p> <p>① ②に適合する場合、1 回につき算定されます。</p> |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)                 | 5   | 上記①または②に適合する場合に 1 回につき算定されます。                                                                                                                                                                                                         |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)                       | 150 | 口腔機能が低下しているご利用者等に対して、口腔清掃の指導や実施等を行った場合に、3 ヶ月以内の期間に限り月に 2 回を限度して、1 回につき加算されます。                                                                                                                                                         |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)                       | 160 | (Ⅰ)の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、必要な情報を活用している場合、月に 2 回を限度して、1 回につき加算されます                                                                                                                                     |
| 科学的介護推進体制加算                       | 40  | 科学的介護を実施する体制を整え、実行している場合に 1 月につき算定されます。                                                                                                                                                                                               |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている |     | 利用者減の月の実績が、前年度の平均延べ利用者数等から 5 %以上減少している場合に、基本報酬の 3 %の加算を算定します。                                                                                                                                                                         |

|                          |                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 場合                       |                                                                          |
| 介護職員等処遇改善加算<br>I ロ（1 か月） | 「(ア) 介護サービス費」及び「(イ) 各種加算」等を合計した総単位数に定められた <b>加算率（12.0%）</b> を乗じた金額となります。 |

※「**単位数**」欄に記載の数値に事業所所在地の**地域加算率（市川市：10.45）**を乗じた額に対して、「**介護保険負担割合証**」に記載された割合を乗じた額がご利用者負担料金になります。

### （3）介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料等

利用料等の金額をご契約者にご負担いただくこととなるサービスの費用とその額については、以下のとおりです。

#### （ア）昼食の提供に要する費用

**1食当たりの食費                      800円**

#### （イ）その他事業所がご提供する日常生活に要する費用の額

（単位：円）

| 区 分    | 内 容                                                                              | 費用の額  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 診療費等   | サービス利用中に、道野辺診療所等医療機関を受診する必要がある場合の治療費及び薬剤投与に要する費用となります。                           | 実費相当額 |
| 複写物の交付 | サービスの提供についての記録等を閲覧することができますが、複写物の交付を希望するときは、その交付に要する費用（両面複写の場合は、片面を1枚と換算。）となります。 | 10／枚  |

（ウ）その他、レクリエーションにかかる費用等を実費負担となるものもあります。

## 6 利用料等のお支払いの方法

前記「5」に記載の利用料等は、1 か月ごとに計算しております。

ご契約者にお支払いいただくことになりますご利用者負担額については、原則として、金融機関から預金口座振替（自動払込み）の方法によりお支払い下さい。

お支払いは、翌月20日以降とさせていただいておりますので、事業所からお知らせする請求金額をあらかじめ確認していただきますようお願いいたします。

## 7 キャンセル規定

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| ご利用日の当日のご連絡またはご連絡がなかった場合 | 食費（８００円） |
|--------------------------|----------|

※同月内であれば、ご希望の日に振替ることができます。その場合、上記キャンセル料はかかりません。ただし、定員数分の予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。

※病状の急変等やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

## 8 ご提供するサービスの第三者評価の実施状況

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| 実施の有・無      | 有り                |
| 実施した直近の年月日  | 平成31年3月26日（評価確定日） |
| 実施した評価機関の名称 | 株式会社 福祉規格総合研究所    |
| 実施結果の開示状況   | WAMNET            |

## 9 ご契約を終了していただく場合

当事業所とのご契約において、ご契約終了する期日については、特にお申し出がない限り自動的に更新することとしています。

したがって、特別な事由がない限り、継続して介護サービスを利用することができますが、以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所とのご契約を終了していただくことになります。

- |                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (ア) 要介護認定において、ご契約者が自立と認定されたとき。<br>(イ) ご契約者がご契約を解除したとき。（詳細は「(1)」をご参照下さい。）<br>(ウ) 事業者がご契約を解除したとき。（詳細は「(2)」をご参照下さい。）<br>(エ) ご契約者が他の介護保険施設に入所したとき。 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### (1) ご契約者からのご契約の解除

ご契約の有効期間であっても、ご契約者から当事業所とのご契約の解除を申し出ることができます。

- |                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (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とき。<br>(イ) 事業所の運営規程の変更に同意できないとき。<br>(ウ) 事業者又は職員が守秘義務に違反したとき。<br>(エ) 事業者若しくは職員が故意によりご利用者の身体・財産・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難い重大な事情が認められるとき。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## (2) 事業者からのご契約の解除

事業者は、利用者が次に掲げる各号のいずれかに該当した場合((5)の場合を除く。)は、利用者に対して30日の予告期間を置いて文書で通知することにより、本契約を解約することができます。

- (1) ご契約者によるサービス利用料金のお支払いが2か月以上滞納し、相当期間を定めた督促にもかかわらずこれが支払われないとき。
- (2) ご契約者の行動が、他にご利用されている方々等の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- (3) ご契約者が、重大な自傷行為を繰り返すなど、生命の危険性が極めて高く、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- (4) ご契約者が、故意に法令違反その他の重大な秩序破壊行為を行い、改善の見込みがないとき。
- (5) ご契約者及び、後見人並びに家族等が事業者や事業所の職員に対して禁止行為を繰り返す等、契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することができるものとします。

※サービス利用にあたっての禁止行為

- 1. 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- 2. パワーハラスメント・セクシャルハラスメント・ケアハラスメント・カスタマーハラスメントなどの行為
- 3. サービス利用中にご契約本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

## 10 介護サービスのご提供における事業者の責務

＜介護サービスの提供に当たっての留意事項＞

- (1) ご利用者の生命及び身体等の安全の確保に配慮します。
- (2) ご利用者の体調や健康状態に配慮し、必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、適切に対処します。
- (3) 非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (4) ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- (5) ご利用者に提供した介護サービスについて記録を作成し、サービスの完結日から2年間保存するとともに、ご契約者又は代理人の請求による閲覧や複写物の交付に応じます。

(6) 事業者及び職員は、介護サービスを提供するに当たって知り得たご利用者とそのご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏えいしません(守秘義務)。

ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身の情報等を提供することになります。

## 1.1 介護サービスのご利用に当たっての留意事項

| 区 分           | 内 容                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者のマナー等      | 共用施設・設備等については、その本来の用途に従って利用してください。                                                                 |
| 施設外での受診       | 原則として、協力医療機関等に関し受診のための送迎をいたします。                                                                    |
| 宗教・政治活動等      | 他のご利用者にご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。                                                        |
| 危険物等の持込み      | 凶器や火災につながる恐れのある危険物及び可燃物等の持込みは固くお断りしています。                                                           |
| 喫煙場所の厳守       | 事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。                                                                           |
| 施設・設備の損壊及び破損等 | 故意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や設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の負担により原状に復していただくか、又は修理費用等の相当額をお支払いいただくことになります。 |
| そ の 他         | ご利用されている方が現金等をお持ちの際、事業所では紛失等の責任は負いかねます。また、事業所内での他のご利用者との金銭のやり取りや物品の交換等をご遠慮下さい。                     |

## 1.2 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、利用されている方々の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設置し、定期的に開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。
- (2) 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技能の向上に努めます。
- (3) 虐待防止担当者を設置し、職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる態勢を整えるほか、職員がサービスを利用されている方々の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

＜虐待防止体制＞

|               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| 虐待防止受付担当者     | 施設長 橋本 知行                            |
| 虐待防止受付窓口（連絡先） | TEL 047（339）5600<br>FAX 047（339）5605 |

### 1 3 秘密保持と個人情報の保護について

事業者と職員は、サービスをご提供する上で知り得たご契約者とそのご家族等の秘密を正当な理由がないのに第三者に漏らすことはありません。また、ご契約者とそのご家族の個人情報が含まれる記録（紙によるもののほか電磁的記録を含みます。）については、善良な管理者の注意義務をもって管理するとともに、これを処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。また、この秘密を保持する義務は、介護サービス提供契約が終了した後においても継続します。

さらに、事業者は、職員に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

なお、事業者は関係機関等に対し、ご契約者とそのご家族等の情報を提供することがあるため、あらかじめご契約者とそのご家族等に使用目的を説明し、個人情報使用同意書による包括的な同意にご協力願います。

### 1 4 緊急時及び事故発生時の対応について

ご利用されている方に病状の急変が生じた場合や万一事故が発生した場合は、適切に対処し、速やかにご家族等にご連絡いたします。

また、ご本人に対する介護サービスのご提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

なお、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご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場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

＜加入保険＞

|       |           |
|-------|-----------|
| 保険会社名 | 全国社会福祉協議会 |
| 保 険 名 | 賠償責任保険    |

## 15 非常災害対策について

| 区 分         | 内 容                                        |
|-------------|--------------------------------------------|
| (ア) 災害時の対応  | 消防計画書、風水害・地震に対処するための非常災害に関する対応マニュアル、業務継続計画 |
| (イ) 消火設備    | スプリンクラー、自動火災報知設備他（基準適合）                    |
| (ウ) 防火・防災訓練 | 年3回                                        |
| (エ) 防火管理者   | 松本 匡史                                      |

## 16 サービスのご提供に関する苦情の受付について

ご利用されている方とご家族からの相談又は苦情に対応する苦情受付窓口（連絡先）、相談・苦情等に対する常設の窓口として苦情受付担当者を置くとともに、適切な対応ができるよう苦情受付担当者が不在のときでも、苦情受付簿を作成し、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

### < 苦情解決体制 >

|             |                                      |
|-------------|--------------------------------------|
| 苦情受付担当者     | 生活相談員 古田 直己                          |
| 苦情受付窓口（連絡先） | TEL 047（339）5600<br>FAX 047（339）5605 |
| 苦情解決責任者     | 施設長 橋本 知行                            |
| 第三者委員       | 進藤 幸男、谷内 弘美                          |

### (2) 意見・要望等への対応

介護サービスの提供等に関するご意見・ご要望や匿名での相談・苦情を希望されるご利用者に適切に対処するため、玄関付近に「意見箱」を設置しています。

### (3) 事業者における苦情の受付

法人における苦情受付窓口として、当法人が設置運営する特別養護老人ホーム 清山荘内にサービス相談窓口を設置しています。

### < 法人本部 >

|             |                                          |
|-------------|------------------------------------------|
| 相談・苦情受付     | 社会福祉法人 慶美会 お客様サービス係<br>(特別養護老人ホーム「清山荘」内) |
| 苦情受付窓口（連絡先） | TEL 047（337）1231                         |
| 受付時間        | 月～金曜日 9時00分～17時00分                       |

(4) 行政機関その他苦情受付機関

|                                   |                                                                                                                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 市川市<br>福祉部 介護保険課                  | 所在地 市川市八幡1丁目1番1号<br>TEL 047(712)8548<br>FAX 047(712)8733<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>8時45分～17時15分                    |
| 船橋市<br>高齢者福祉部 高齢者福祉課              | 所在地 千葉県船橋市湊町2丁目10番25号<br>TEL 047(436)2352<br>FAX 047(436)2350<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>9時00分～17時00分               |
| 鎌ヶ谷市<br>高齢者支援課 介護保険係              | 所在地 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2丁目6番1号<br>総合福祉保健センター2階<br>TEL 047(445)1380<br>FAX 047(443)2233<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>8時30分～17時00分 |
| 松戸市<br>福祉長寿部 介護保険課                | 所在地 松戸市根本387番地の5号<br>TEL 047(366)7067<br>FAX 047(363)4008<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>8時30分～17時00分                   |
| 浦安市<br>介護保険課                      | 所在地 浦安市猫実1丁目1番1号<br>TEL 047(712)6403<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>8時30分～17時00分                                        |
| 千葉県国民健康保険団体<br>連合会<br>介護保険課 苦情処理係 | 所在地 千葉市稲毛区天台6丁目4番3号<br>TEL 043(254)7428<br>FAX 043(254)0048<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>9時00分～17時00分                 |

|                        |                                                                                                                                                             |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 千葉県社会福祉協議会<br>運営適正化委員会 | 所在地 千葉市中央区千葉港4番5号<br>(千葉県社会福祉センター内)<br>TEL 043(246)0294<br>FAX 043(246)0298<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>10時00分～12時00分<br>13時00分～16時00分<br>ただし、面接の場合は「予約制」。 |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

法人名 社会福祉法人 慶 美 会  
法人所在地 千葉県市川市柏井町4丁目314番地  
代表者 桑 原 経 子 印

事業所

事業所名 「ナーシングホーム市川」デイサービスセンター  
事業所所在地 千葉県市川市柏井町4丁目310番地  
管理者 橋 本 知 行  
説明者職・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ました。

サービス利用者

住 所  
氏 名 印

代理人（選任した場合）

住 所  
氏 名 印  
本人との続柄

※ この重要事項説明書は、通所介護「ナーシングホーム市川」デイサービスセンター運営規程（平成12年4月1日）第8条の規定に基づき、サービス利用者又はその家族等への重要事項の説明のために作成したものです。