

いずみの園デイサービスセンター

ふれんど館

## 重 要 事 項 説 明 書

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所  
事業  
及び  
指定通所介護

## 品質方針

神と人ともに仕えるキリスト教の愛と奉仕の精神を基本理念とする。

1. アメニティ (Amenity)

快適主義：快適なサービス、快適な環境、笑顔のサービス提供をおこなう。

2. ヒューマニティ (Humanity)

人間主義：心と体の自由を尊重、一人ひとりの個性を大切にしたサービスの提供をおこなう。

3. ローカリティ (Locality)

地域主義：地域と共に歩み、地域の福祉拠点としての役割を果たす。

上記内容を次の通り実施し、確実にする。

※ 顧客満足及び地域社会の福祉向上のためにこの品質方針を要求事項の適合と品質マネジメントシステムの有効性の継続的な改善を図る。

※ 品質方針を達成するための品質目標を設定し、定期的に見直しする。

施設長 富永 健司

2001年11月1日

# 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業及び指定通所介護 重 要 事 項 説 明 書

「いずみの園デイサービスセンターふれんど館」

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(大分県及び中津市指定 第4470300130号)

当事業所はお客様に対して介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業サービス及び指定通所介護サービス（以下「通所介護サービス」という）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、ご注意いただきたいことを次の通り説明します。  
※介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（以下「第1号通所事業」という）

## 1. 事業者

|           |                                       |
|-----------|---------------------------------------|
| 法 人 名     | 社会福祉法人 九州キリスト教社会福祉事業団                 |
| 法 人 所 在 地 | 大分県中津市大字永添2744番地                      |
| 電話・FAX    | 電話：0979-23-1616      FAX：0979-26-0781 |
| 代 表 者 氏 名 | 理事長 富永 健司                             |
| 設 立 年 月   | 昭和46年8月14日                            |

## 2. 事業所の概要

|                      |                                                                                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所の種類               | 第1号通所事業、指定通所介護事業所<br>(第1号通所事業：平成30年4月1日指定 中津市4470300130号)<br>(指定通所介護：平成12年2月18日指定 大分県4470300130号)<br>※当事業所は介護老人福祉施設いずみの園に併設されています。 |
| 事業所の目的               | 第1号通所事業及び指定通所介護（以下「通所介護」という）は、介護保険法に従い、お客様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ことができるよう支援することを目的として、通所介護サービスを提供します。                         |
| 事業所の名称               | いずみの園デイサービスセンターふれんど館                                                                                                               |
| 事業所の所在地              | 〒871-0162 大分県中津市大字永添2744番地                                                                                                         |
| 電話・FAX               | 電話：0979-22-5858      FAX：0979-26-0781                                                                                              |
| 管理者氏名                | 中野 尚義                                                                                                                              |
| 当 事 業 所 の<br>運 営 方 針 | 四季おりおりの行事を活動の中に取り入れながら、自然に親しみ家庭的な雰囲気の中で、心身機能の維持向上をはかり地域福祉の支えになるよう努めます。                                                             |
| 開 設 年 月 日            | 昭和63年1月4日                                                                                                                          |
| 利 用 定 員              | 35名                                                                                                                                |

### 3. 事業実施地域及び営業時間

|               |                                                                                                                                                            |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通常の事業の実施地域    | 中津市、宇佐市、吉富町、上毛町                                                                                                                                            |
| サービス提供日及び提供時間 | <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供日 : 月曜日～土曜日<br/>(12月31日から、1月1日、2日、3日は休み)</li> <li>受付時間 : 8:30～17:30</li> <li>サービス提供時間 : 9:30～16:35</li> </ul> |

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、お客様に対して通所介護サービスを提供する職員として、指定基準を遵守した以下の職種の職員を配置しています。

| 職 種          | 配置基準                                                                                                             | 職務内容                            |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. 事業所長（管理者） | 常勤1名                                                                                                             | 従業者、業務の管理を一元的に行う。               |
| 2. 生活相談員     | 提供時間数に応じて1名以上                                                                                                    | 日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。        |
| 3. 介護職員      | <p>「単位ごとに確保すべき勤務延時間数＝(利用者数－15)÷5＋1)×平均提供時間数」で算出された人数</p> <p>定員35名に対し5名以上</p> <p>※平均提供時間数＝利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数</p> | 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。 |
| 4. 看護職員      | 1名以上                                                                                                             | 健康管理や療養上の世話、日常生活上の介護、介助等を行います。  |
| 5. 機能訓練員     | 1名以上                                                                                                             | 機能訓練指導、その他のサービス提供を行います。         |
| 6. 管理栄養士     | 1名                                                                                                               | 栄養、嗜好を考慮した食事提供に当たります。           |

### 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、お客様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<br>(2) 利用料金の全額をお客様に負担いただく場合 |
|----------------------------------------------------|

があります。

(1) 当該事業者が提供するサービス内容  
当事業所では以下のサービスを提供します。

| 種 類    | 内 容                                                                                                                                                           |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 送迎     | ご自宅～当事業所間の送迎を行います。                                                                                                                                            |
| 健康チェック | 体温、血圧、脈拍の測定、心身状況の把握を行います。                                                                                                                                     |
| 機能訓練   | お客様の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の維持、回復またはその減退を防止するための訓練を行います。                                                                                                     |
| レク活動   | お客様に合わせて余暇活動の支援やその他レク活動を提供します。                                                                                                                                |
| 入浴     | 希望に応じ、入浴、シャワー浴の提供を行います。<br>自立支援の観点からご自分での洗身、洗髪を促す事を基本とし、支援が必要な方には、入浴介助を致します。                                                                                  |
| 食事     | 当事業所では栄養士（管理栄養士）のたてる献立表により、栄養並びにお客様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。<br>お客様の自立支援の観点から離床して食堂で食事をとっていただくことを原則としています。<br>1人で食べられない方には食事介助をいたします。また、食事時間外でも個々の状況に応じて対応します。 |
| 排泄     | 必要な方には排泄の支援を行います。                                                                                                                                             |
| 相談     | ご利用者、ご家族様からのご相談に応じ、援助致します。                                                                                                                                    |

(2) 介護保険の給付対象となるサービス料金（1回あたり）

留意事項を確認の上、以下の料金表によって、お客様の事業対象認定により判断された利用回数、要介護度（以下「要介護度等」という）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（定められた自己負担割合／1割又は2割若しくは3割）をお支払い下さい（サービスの利用料金は、お客様の要介護度、サービス提供時間に依りて異なります）。

なお、第1号通所事業サービス費及び通所介護費については、「利用申込書兼重要事項説明同意書」の裏面に記載をさせていただきます。

1) 留意事項について

- お客様がまだ事業対象認定、要介護認定（以下「要介護認定等」という）を受けていない場合には、サービス料金の全額をいったんお支払いいただく場合があります。介護認定を受けた後、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）。介護予防サービス支援計画又は居宅サービス計画（以下「ケアプラン」とする）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、お客様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。
- お客様に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。
- 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、お客様の負担額を変更します。

## 2) 第1号通所事業サービス費について

2024.6.1～

### 《総合事業》

| 通常規模型 |      |         | 生活機能向上<br>グループ活動<br>加算 | 科学的<br>介護加算 | サービス<br>提供体制<br>加算<br>(Ⅲ) |
|-------|------|---------|------------------------|-------------|---------------------------|
| 基本単位  | 要支援1 | 1798 単位 | 100 単位                 | 40 単位       | 24 単位                     |
|       | 要支援2 | 3621 単位 | 100 単位                 | 40 単位       | 48 単位                     |

※チェックリストを受ける必要があります。

※合計額に 5.9%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。

※2022年10月より、1.1%相当のベースアップ加算が加わります。

※介護職員処遇改善加算：2024年6月1日から介護職員等処遇改善加算3へ変更。

## 3) 通所介護費について

### 《通所介護：通常規模》

| 通常規模型 | 所要時間   | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4    | 要介護5    |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 基本単位  | 7～8 時間 | 658 単位 | 777 単位 | 900 単位 | 1023 単位 | 1148 単位 |
|       | 6～7 時間 | 584 単位 | 689 単位 | 796 単位 | 901 単位  | 1008 単位 |
|       | 3～4 時間 | 370 単位 | 423 単位 | 479 単位 | 533 単位  | 588 単位  |
|       | 2～3 時間 | 70/100 |        |        |         |         |

| 加算                  | 単位     |
|---------------------|--------|
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ        | 56 単位  |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ        | 76 単位  |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)         | 20 単位  |
| サービス提供体制強化加算<br>(Ⅲ) | 6 単位   |
| 生活機能向上連携加算          | 100 単位 |
| 入浴(計画なし)            | 40 単位  |
| 入浴(計画あり)            | 55 単位  |

| 加算                 | 単位    |
|--------------------|-------|
| 生活相談員加算            | 13 単位 |
| 科学的介護推進体制加算        | 40 単位 |
| ※感染症・災害などの減少       | +3%   |
| ※介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ) | +8%   |
| 認知症加算              | 60 単位 |
| 中重度者ケア体制加算         | 45 単位 |
|                    |       |

※上記内容を基本とします。提供時間は 9:30～16:35 となり、7～8 時間の算定となります。

※合計額に 5.9%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。

※感染症また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場合  
+3%加算(3か月ごと)

### (3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がお客様の負担となります。

| 項 目             | 内 容                                                                       | 利用料金                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 食 費             | お客様に提供する食事にかかる費用です。                                                       | 1回当り<br>昼食：700円<br>(内おやつ代120円) |
| 通常の事業実施区域外への送迎  | 通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。 | 1往復当り<br>：300円                 |
| 複写物の交付          | お客様は、サービスの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<br>： 10円                 |
| 日常生活上必要となる諸費用実費 | 日常生活品の購入等お客様の日常生活に要する費用で、以下のものは、ご契約者にご負担いただきます。                           | おむつ代、アクティビティ、ドライブに係る費用<br>：実費  |

※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。

### (4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金、費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。お支払いは、原則として金融機関口座からの自動引き落とし（基本27日引き落とし）といたします。

### (5) 利用の中止、変更、追加

○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金額をお支払いいただく場合があります。但し、お客様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 | 昼 食 700円<br>(おやつ代120円含む) |

○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お客様の希望する期間にサービスの提供が出来なかった場合、他の利用可能日時をお客様に提示して協議します。

### (6) 長期の欠席や頻回な欠席について

○体調不良や疾病等による入院や私用等による長期欠席が発生した場合、他の新規のご利用者や待機者の方々のために、1ヶ月の間まで待機者として登録させて頂き、期間終了後、退院及び再開の見込みがない場合は終了者としてのお取り扱いをさせて頂きます。

○頻回な欠席については、他の待機ご利用者の状況等も踏まえ、当該ご利用者様、ご家族様への終了相談をさせて頂く場合があります。

## 6. 緊急時等における対応等について

- (1) お客様が当事業所をご利用中に、病状等の急変、その他緊急事態が発生した場合は、速やかに主治医に連絡する等必要な対応を行います。
- (2) 感染症流行時、お客様の体調によっては利用を控えていただくなどの対応を行います。
- (3) お客様が当事業所をご利用中に、天災その他の災害が発生した場合、必要により避難等の措置をとります。
- (4) 当事業所は、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

## 7. 苦情の受付について

### (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。

|                     |             |                    |    |               |
|---------------------|-------------|--------------------|----|---------------|
| 当事業所における<br>苦情の受付窓口 | 苦情受付窓口（担当者） |                    |    |               |
|                     | 職 名         | 総務部                | 氏名 | 友清 賢<br>小松 証子 |
|                     | 受付時間        |                    |    |               |
|                     | 毎 週         | 月曜日～土曜日 8：30～17：30 |    |               |
|                     | 電話番号        | 0979-23-1616       |    |               |

また、苦情受付ボックスを園内受付に設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                    |      |                |     |              |
|--------------------|------|----------------|-----|--------------|
| 中津市役所<br>介護保険担当課   | 所在地  | 中津市豊田町14番地3    |     |              |
|                    | 電話番号 | 0979-22-1111   | FAX | 0979-26-1217 |
|                    | 受付時間 | 8:30 ～ 17:15   |     |              |
|                    |      |                |     |              |
| 大分県<br>国民健康保険団体連合会 | 所在地  | 大分市大手町2丁目3番12号 |     |              |
|                    | 電話番号 | 097-534-8470   | FAX | 097-537-8652 |
|                    | 受付時間 | 9:00 ～ 17:00   |     |              |
|                    |      |                |     |              |
| 大分県社会福祉協議会         | 所在地  | 大分市大津町2-1-41   |     |              |
|                    | 電話番号 | 097-558-0300   | FAX | 097-558-6001 |
|                    | 受付時間 | 9:00 ～ 17:00   |     |              |
|                    |      |                |     |              |

## 8. 虐待防止について

事業所は、お客等の人権擁護、虐待防止の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、すべての職員の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員がお客様などの権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 虐待の発生又はその再発を防止するための実施に努めます。（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）

## 9. 非常災害時の対策

非常時の対応としては消防計画に基づき対応し、消防訓練を行います。

- (1) 別途定める消防訓練に則り対応を行います。
- (2) 火災等を想定した消防・避難訓練をお客様の方も参加していただき実施します。
- (3) 感染症及び災害時には業務継続計画に則り事業を行います。

## 10. 身体的拘束等の適正化の推進

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、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を得ない理由を記録します。

## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 事業所の概要

|          |                           |
|----------|---------------------------|
| 建物の構造    | 鉄筋コンクリート造 平屋建（耐火建築）       |
| 建物の延べ床面積 | 378.12 m <sup>2</sup>     |
| 施設の周辺環境  | 中津市南部の高台に位置し、静かで高齢者施設に最適。 |

### 2. 重要事項説明時からサービス提供までの流れ

（１）お客様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、ケアプランがある場合はその内容を踏まえ、今後当事業所で作成する「通所介護計画」に定めます。サービス提供までの流れは次の通りです。

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ①当事業所の管理者又は管理者が指定した職員に通所介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。                          |
| ②その担当者又は他の職員は通所介護計画の原案について、お客様及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。                       |
| ③通所介護計画は、ケアプランが変更された場合、もしくはお客様及びその家族等の要請に応じて、変更の必要のある場合には、お客様及びその家族等と協議して変更いたします。 |
| ④通所介護計画が変更された場合には、お客様に対して書面を交付しその内容を確認していただきます。                                   |

（２）お客様に係る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要介護認定等を受けている場合

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所（以下「ケアプラン作成担当事業所」という）の紹介等必要な支援を行います。<br>○通所介護計画を作成し、それに基づき、お客様にサービスを提供します。 |
| ケアプラン                                                                                            |

- 作成されたケアプランに沿って、通所介護計画を変更し、それに基づき、お客様にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

## ②要介護認定等を受けていない場合

- 要介護認定等の申請に必要な支援を行います。
- 通所介護計画を作成し、それに基づき、お客様にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます（償還払い）。

事業対象、要支援、要介護と認定された場合

自立と認定された場合

- ケアプランを作成していただきます。
- 必要に応じて、ケアプラン作成担当事業所の紹介等必要な支援を行います。

- サービス提供は終了します。
- 既の実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

ケアプランの作成

- 作成されたケアプランに沿って、通所介護計画を変更し、それに基づき、お客様にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

## 3. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、お客様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お客様の生命、身体、財産の安全、確保に配慮します。
- ②お客様の体調、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お客様から聴取、確認します。
- ③お客様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、お客様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お客様へのサービス提供時において、お客様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お客様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、お客様に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にお客様の心身等の情報を提供します。また、お客様とのサービスの終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、お客様の同意を得ます。

#### 4. サービス利用に関する留意事項

|                  |                                                                                                                                                                                           |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設・設備の<br>使用上の注意 | ○施設、設備、敷地を本来の用途に従って利用して下さい。<br>○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、汚したりした場合は、お客様の自己負担により現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。<br>○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。 |
| 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。                                                                                                                                                                  |

##### (1) 個人情報の取り扱いについて

###### ・使用する目的

利用者のための通所介護計画に基づいて円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議又は、ケアプラン作成担当者、他事業者との連絡調整等必要とする場合に限り使用させていただきます。

###### ・取扱いについて

- 1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払います。
- 2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過は記録しておきます。
- 3) いずみの園デイサービスセンターふれんど館がサービスを提供する期間とします。

##### (2) 送迎について

安全で円滑な送迎を提供させて頂くに当たり、今一度利用者様、ご家族の皆様にご施設の運営規定を理解していただきご協力頂きますよう、よろしくお願い致します。

- 1) 原則として、訪問調査時に確認した待ち合わせ場所、ご自宅玄関までのお迎え、お送りを致します。身体的、環境的等の諸事情がある場合は、利用者様、ご家族様と話し合いをさせて頂き、当施設で出来る範囲内での送迎サービスを提供させて頂きます。
- 2) 季節により暑かったり寒かったりと身体に及ぼす影響は様々ですので、自宅の中でお待ち頂きますようお願い致します。
- 3) お迎えの時間は、訪問調査時または調査後にお伝えさせて頂きます。その日のご利用者の状況や交通事情等で送迎時間が10分前後する場合がありますのでご容赦下さいませ。
- 4) 送迎職員到着後、特別な事情を除いて準備が出来ていない等の理由で長時間待つことは出来ません。他の利用者様への送迎対応が出来なくなる場合もあり、ご迷惑を掛けてしまうことにもなりますのでご理解の程お願い致します。
- 5) ペットをお飼になられている場合は、リードをつけたりゲージなどに保護したりするなどの配慮をお願いします。職員がペットに噛まれた場合の治療費、物品破損の代金等のご相談をさせていただくことがございます。また、ペットの脱走等については責任を負えません。
- 6) 自家用車で来所される場合は、駐車スペースには限りがありますので、あらかじめご了承下さい。また、安全運転でのご来所をお願い致します。

##### (3) 必要書類について

サービス利用にあたり、計画作成担当者より基本情報、服薬情報、サービス計画及び提供表、介護保険証、負担割合証、主治医意見書などの必要書類の複写をいただくことをご了承願います。また、薬を服薬されている方につきましては、初回利用時の内服薬変更時に服薬説明書をご持参ください。服薬状況確認のためのご協力をお願いします。

#### 5. ご利用時のリスクについて

職員が見守り等の支援を行っておりますが、他のご利用者の支援を行っている際等どうしても見守りが行き届かない状況があります。歩行時の転倒、椅子からの転落等には十分注意を払っておりますが、そのリスクが少なからずでもあるということをご理解願います。

## 6. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりお客様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、損害の発生について、お客様に故意又は過失が認められる場合には、お客様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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。また、お客様が従業者の指示に従わず、生じた事故につきましては責任を負いかねます。

## 7. サービス利用をやめる場合

お客様は、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、当事業所のサービスを終了させていただくことになります。

- ①要介護認定等により、お客様の心身の状況が自立と判定された場合。
- ②お客様が死亡した場合。
- 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、お客様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お客様から解約の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）。
- ⑦事業者から解約を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）。

### （１）お客様からの解約の申し出

お客様から当事業所又はケアプラン作成担当者に解約を申し出ることができます。  
ただし、以下の場合には、即時に解約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お客様が入院された場合。
- ③お客様の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お客様の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他重大な事情が認められる場合。
- ⑦他の利用者がお客様の身体、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）事業者からの解約の申し出

以下の事項に該当する場合には、当事業所より解約を申し出ることがあります。なお、この場合、原則として、事前に担当されている地域包括支援センター職員または居宅介護支援事業所へ連絡をさせていただきます。

- ①お客様が、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、その結果サービスの提供を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ②お客様による、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。なお、この場合、未払い金全額をお支払いいただきます。
- ③お客様が、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お客様等の生命・身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、ハラスメント（他者が不快に思う行為）を行うことなどによって、サービスの提供を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

### （３）自立と認定された場合の支援

お客様の要介護度等が自立と認定され、当事業所のサービスが受けられなくなった場合には、お客様の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、関係機関の紹介等必要な支援を行うよう努めます。

## 8. 介護保険法により求められる「自立支援」（抜粋）

### （目的）第一条

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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う

### （介護保険）第二条四項

被保険者が要介護状態となった場合においても、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に配慮されなければならない。

### （国民の努力及び義務）第四条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

年 月 日

ご利用者様、ご家族様

いずみの園

デイサービスセンターふれんど館管理者

## 「デイサービスセンターふれんど館ご利用時の写真使用について」

いずみの園では、ホームページや地域に向けたお便りなどご利用者の活動風景写真を使用させていただくことがございます。つきましては、皆様にご利用時の写真使用についてご了承をいただきたくご協力のほどよろしくお願いいたします。ご不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

### 【写真使用について】

①デイサービスセンターふれんど館で作成するチラシ（主にご利用者のご家族）

②いずみの園だより（主に中津市内）

③いずみの園のホームページ（インターネットでの全国）

※①～③以外での写真使用はいたしません

（デイサービスセンターふれんど館 22-5858）

---

## 「写真使用同意書」

年 月 日

社会福祉法人  
九州キリスト教社会福祉事業団  
中津総合ケアセンターいずみの園  
理事長 富永健司 殿

デイサービスセンターふれんど館利用時の写真使用について

|                     |       |   |        |
|---------------------|-------|---|--------|
| ①ふれんど館で作成するチラシについて  | 同意します | • | 同意しません |
| ②いずみの園だよりでの写真使用について | 同意します | • | 同意しません |
| ③いずみの園ホームページについて    | 同意します | • | 同意しません |

氏名（ご本人）

氏名（ご家族）

# 「利用申込書 兼 重要事項説明書確認及び同意書」

年 月 日

社会福祉法人  
九州キリスト教社会福祉事業団  
中津総合ケアセンターいずみの園  
理事長 富永 健司 殿

いずみの園デイサービスセンターふれんど館を下記のとおり利用したいので申し込みます。

記

利用開始年月日 : 年 月 日

利用回数及び曜日 : 週 回 ( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 )  
※介護度や利用曜日の変更が生じた場合は、ふれんど館通所介護計画にて修正を行います。

サービス内容 : ふれんど館通所介護計画に沿って支援を行います。

私は「デイサービスセンターふれんど館 重要事項説明書 (2024/12/1 版)」に基づいて事業者から説明を受け、デイサービスセンターふれんど館の利用開始に同意致します。

利用者住所

氏 名

利用者家族住所

氏 名

重要事項説明書は、厚生省令第37条（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者また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。

デイサービスセンターふれんど館の利用開始に際し「いずみの園デイサービスセンターふれんど館 重要事項説明書 (2025/4/1 版)」に基づき重要事項の説明を行い、同意を得ました。

説明者職名

氏 名

以上