

# 重要事項説明書

1. 当事業所は富山県指定の障害者デイサービスセンターです。  
(事業所番号 16201600022129)
2. 当事業所では機能訓練を中心とした、日常生活機能の維持、向上を目的として、その援助を行います。事業所の従業者は要介護者等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を営むことができるよう、機能訓練等の援助を行う。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
3. 利用定員及び通常の事業の実施地域  
60名(介護給付サービス、介護予防サービス定員併せて)  
平成17年合併前の旧富山市に係る地域
4. 営業日及び営業時間は、次の通りです。  
月曜日から土曜日 午前9時～午後5時00分  
(5月3日～5日、8月14日～16日、12月29日～翌1月3日までを除きます。  
ただし、会社が指定する日はこの限りではない。)
5. 利用料等

1日あたり	
共生型生活介護サービス(I)	697円
食費	660円
1月あたり	
福祉・介護処遇改善加算(II)	1月につき+所定単位×80/1000

※上記に加え、利用開始日から起算して30日以内の期間については、  
初期加算(30単位/日)を加算します。

原則としてお支払いは

- ① 郵貯銀行での自動引き落とし(翌月17日引落し)
  - ② 北銀リースでの自動引き落とし(手数料110円 翌月22日引落し)  
※どの金融機関でも対応可能
  - ③ 富山第一銀行での自動引き落とし(翌月22日引落し)
  - ④ 郵貯銀行か銀行でのお振り込み(翌月17日まで振込み)
- 上記のいずれかとなります。

その他の費用として

- (1) おむつ代 100円
- (2) パット代 30円
- (3) 機能訓練に必要な機材が生じた場合 実費相当分
- (4) 外出、買い物、夏祭り、クリスマス会など大掛かりなレクリエーション費用 100円

## 6. 非常災害対策

- (1) 災害時の対応、緊急時連絡網にて対応します。
- (2) 防災設備 煙探知機、消火器、火災報知機

## 7. 損害賠償保険の有無

当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 東京海上日動火災保険

保険名 居宅介護事業者賠償責任保険苦情相談窓口

## 8. 苦情相談窓口

当事業所に対する苦情等がありましたら、(076-491-6228)までお申し出下さい。

苦情受付担当 職名、管理者 江戸 健吾

苦情解決責任者 職名、代表 村野 秀治

富山市障害福祉課 所在地 富山市新桜町7番38号  
電話番号 076-443-2056

富山市介護保険課 所在地 富山市新桜町7番38号  
電話番号 076-443-2041

富山県国民健康保険団体連合会 所在地 富山市下野宇豆田995-3  
電話番号 076-431-9833

富山県福祉サービス運営適正化委員会  
所在地 富山市安住町5-21  
電話番号 076-432-3280

## 9. 事故発生時の対応

通所事業者は、利用者が通所介護の実施中に病状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医または事業所連携医に連絡する等の措置を講ずる。また必要に応じ、緊急車両を要請する。

## 10. 秘密保持

1. 事業所の職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守する。
2. 職員であった者が、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことの無いよう、必要な処置を講ずる。

## 11. 勤務体制

管理者1名、生活相談員2名、機能訓練指導員2名、看護職員2名  
介護職員8名以上

# デイサービスセンターふる里の風 堀川

〒939-8072 富山市堀川町475

TEL: 076-491-6228

FAX: 076-491-6238

事業所名称 デイサービスセンター ふる里の風 堀川  
管理者 江戸健吾 (住所 富山市草島204-20)  
法人名 株式会社 ビレッジ・フィールド  
代表取締役 村野秀治 (住所 富山市住吉町二丁目6-19)

通所介護（介護予防）の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

デイサービスセンターふる里の風 堀川

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、利用契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

利用者 \_\_\_\_\_

(家族代表者又は代理人 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )



# 指定通所介護（障害デイサービス）利用契約書

## 第1条（契約の目的）

事業者は、介護保険法に従い、利用者が有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を過ごせるように支援することを目的とし、サービスを提供します。

## 第2条（契約期間、解除）

本契約の有効期限は、契約締結の日からその年の12月31日までとする。但し、契約期間満了の日の10日前までに利用者からの契約終了の申し入れがない場合には、本契約同条件にて更新されるものとします。また、契約期間中であっても、利用者の意思により途中で契約を打ち切ることに、事業者はいつでも応じることとする。また、事業者は利用者が他の利用者、サービス従業者に対し生命、身体、財物、信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、改善が見込めない場合は契約を解除することができる。

## 第3条（サービス内容）

事業者は利用者に対して、日常生活上のお世話及び機能訓練を提供します。また、2ヶ月に1度程度屋外にての機能訓練を兼ねた行事を行います。（新年会、花見、施設見学など）

### 1. 機能訓練

平行棒による歩行訓練、運動  
筋力維持及び強化の為の抵抗運動  
マッサージ、ストレッチ体操  
メドマーによる血行促進  
低周波  
運動を兼ねたレクリエーション

### 2. 日常生活のお世話及び相談

### 3. 風呂

### 4. 昼食

### 5. 送迎

#### 第4条（利用料金の支払い）

1日あたり	
共生型生活介護サービス（Ⅰ）	697円
食費	660円
1月あたり	
福祉・介護処遇改善加算（Ⅱ）	1月につき+所定単位×80/1000

※上記に加え、利用開始日から起算して30日以内の期間については、初期加算（30単位/日）を加算します。

#### 第5条（利用日の中止、変更、追加）

利用者はサービス利用の中止、変更、追加がある場合には前日までに事業所に申し出るものとします。但し、当日になっての体調不良などの場合はこの限りではない。また、キャンセルにともなう利用料金のキャンセル料は一切生じないが、昼食の注文後についての利用中止時は昼食代を請求するものとする。

#### 第6条（利用料金の変更）

サービス利用料金については障害者総合福祉法の改正により、介護給付費体系に変更がある場合以外には変更は無いものとする。

#### 第7条（事業者及び従業者の義務）

1. 事業者及びサービス提供従事者は利用者の生命、身体の安全確保に配慮するものとします。
2. 事業者は利用者の体調に不調がある場合には、利用者の主治医、または事業者の連携医に確認し、サービスを実施します。
3. 事業者はサービス提供時に利用者に病状の急変が生じた場合には速やかに主治医に連絡を行う。また必要に応じ緊急車両の判断による医療機関に搬送を要請する。
4. 事業者はサービス提供の記録を5年間保管し、利用者、その家族等の請求に応じ、これを閲覧、複写するものとする。

#### 第8条（守秘義務）

事業者及び従業者はサービス提供上知り得た利用者、その家族に関する内容について第三者に漏洩しません。契約終了後も守秘義務は継続します。ただし、緊急時の医療機関への連絡等はこの限りではない。

#### 第9条（利用者の施設利用上の注意点）

1. 利用者は施設、設備を事業所本来の目的、用途に従って利用するものとする。
2. 利用者は事業所の施設、設備を故意に破損した場合などには、自己負担により現状に

復すか、代価を支払うものとする。

3. 利用者の心身の状況により利用者に特別な配慮が必要な際は利用者、その家族と事業者との協議の上適切な利用方法を定めるものとする。

#### 第10条（損害賠償）

事業者はサービスの提供にあたって、自己の責任により利用者に生じた損害について賠償責任を負います。但し利用者が故意または重大な過失が認められる場合、また、従業者の指示に反して起きた事故、事業者の必要事項の聞き取りの際に不実の告知を行ったものにより起因する損害などについては、この限りではないものとする。

#### 第11条（苦情処理）

当事業所に対する苦情等がありましたら、（076-491-6228）までお申し出下さい。

苦情受付担当 職名、管理者 江戸 健吾  
苦情解決責任者 職名、代表 村野 秀治

富山市障害福祉課 所在地 富山市新桜町7番38号

電話番号 076-443-2056

富山市介護保険課 所在地 富山市新桜町7番38号

電話番号 076-443-2041

富山県国民健康保険団体連合会 所在地 富山市下野宇豆田995-3

電話番号 076-431-9833

富山県福祉サービス運営適正化委員会 所在地 富山市安住町5-21

電話番号 076-432-3280

#### 第12条（事故発生の対応）

通所事業者は、利用者が通所介護の実施中に病状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医または事業所連携医に連絡する等の措置を講ずる。また必要に応じ、緊急車両を要請する。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者と事業者が記名捺印し、各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

**利用者ご家族**

住所

氏名

(続柄 )

事業者

住所

氏名

富山市住吉町2丁目6の19  
株式会社 ビレッジ・フィールド  
代表取締役 村野 秀治 印