社会福祉法人　千葉県福祉援護会

ローゼンホーム上山デイサービスセンター

地域密着型通所介護事業　重要事項説明書
介護予防・日常生活支援総合事業
通所型サービス　重要事項説明書

Rosen

地域密着型通所介護事業／介護予防・日常生活支援総合事業

通所型サービス　重要事項説明書

【令和８年１０月１日版】

１．当事業所が提供するサービスについての相談窓口

ローゼンホーム上山デイサービスセンター

担当部署：通所介護係

電話番号：０４７－４０４－８８７７

受　　付：営業日の午前８時３０分～午後５時３０分

２．当事業所の概要

（１）基本理念、基本方針、行動指針

【重要事項説明書別紙】をご参照下さい。

（２）地域密着型通所介護／介護予防通所型サービスの指定事業所番号及びサービス提供地域

事　業　所　名	ローゼンホーム上山デイサービスセンター
所　在　地	千葉県船橋市上山町２－２８６－１
介護保険指定事業所番号	千葉県・１２７０９０７０９８
通常のサービス提供地域	船橋市（馬込町、馬込西、藤原、上山町、丸山、行田町、行田、前貝塚町、旭町、古作町、古作）

（３）職員体制

職　種	員　数	備　考
管　理　者	１名	兼務有り
生　活　相　談　員	１名以上	
看　護　職　員	１名以上	機能訓練指導員兼務有り
介　護　職　員	２名以上	
機　能　訓　練　指　導　員	１名以上	看護職員兼務有り

＊職員の配置については指定基準を遵守しています。

＊実際の配置人数については、介護サービス情報公表システム上で公開しております。

（４）利用定員・設備等の概要

利用定員　　18名

設　　備　　食堂兼機能訓練室

相談室

浴室（一般浴室・特別浴室）

送迎車両

（５）営業時間

毎週　月曜日～土曜日	午前８時３０分～午後５時３０分
休業日	日曜日・年末年始 12／29～1／3

＊　休業日であっても臨時で営業を行う場合あり

＊　緊急連絡先：０４７－４０４－８８７７

３．基準サービスの内容

①　生活相談（相談援助等）
②　機能訓練（日常動作訓練等）
③　介護サービス
④　介護方法の指導
⑤　健康状態の確認
⑥　送迎
⑦　入浴
⑧　食事

４．基準外サービスの内容

〔別紙有料サービス一覧表〕をご参照下さい。

５．利用料金

（１）基準サービスに係る利用料金

お支払いいただく料金は、〔別紙料金表〕のとおりです。

（２）基準外サービスに係る利用料金

〔別紙有料サービス一覧表〕に定めた料金をお支払いいただきます。

（３）その他

おむつ代やレクレーション等にかかる費用（実費相当）、サービス提供地域外の送迎（実施地域境界より 1 km あたり 10 円）、栄養補助食品（個人購入）について、自己負担して頂く場合があります。

６．支払い方法

毎月、１０日までに前月分の請求書をお届け致しますので、２０日（口座引き落とし）までにお支払い下さい。ただし、千葉銀行以外での口座引き落としの場合は、翌月２３日までとなります。現金でのお支払いはご遠慮ください。お支払い頂きますと領収証を発行致します。

お支払いは、【契約書別紙】に記載して頂いた方法でお支払い下さい。なお、支払方法の変更がある場合は、変更手続きをお願い致します。

7．キャンセル料規定

当日の午前８時３０分までにご連絡いただいた場合	無　　料
当日の午前８時３０分までにご連絡がなかった場合	当日の利用料金の１０％

8．利用中の中止

次の事由に該当する場合は、利用途中でもサービスを変更・中止する場合があります。

① 利用者が利用途中にサービスの中止を希望した場合
② 利用当日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
③ 利用中に体調が悪くなった場合
④ 他の利用者等の生命や健康に重大な影響を与える行為があった場合
⑤ 他の利用者等に感染する恐れのある病気等の場合

9．サービスの利用方法

お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、地域密着型通所介護／介護予防通所型サービス計画を作成して、サービスの提供を開始します。なお、ご契約前に、健康診断書の提出をお願いする場合があります。

※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にご相談下さい。

10．契約の終了

（１）ご利用者のご都合で契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の１４日以上前までに文書にてお申し出ください。

（２）当事業所の都合でサービスを終了する場合

① 利用者が、利用料金の支払いを２ヶ月以上遅延し、利用料金を支払うよう催告したにもかかわらず、７日以内に支払われない場合
② 利用者やその家族などが当事業所や当事業所の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
③ やむを得ない事情により当事業所を閉鎖もしくは縮小する等の場合は１ヶ月前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります

（３）自動的にサービスを終了する場合

① 利用者が介護保険施設に入所した場合

② 介護給付でサービスを受けている利用者の要介護認定区分が要支援認定または非該当（自立）および事業対象者と認定された場合
③ 利用者がお亡くなりになった場合等、被保険者資格を喪失した場合

（4）直ちにサービスを終了する場合
① 利用者は事業者に対して文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができる場合
・正当な理由なくサービスを提供しない場合
・守秘義務に反した場合
・ご利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
・当事業所が破産した場合
② 事業者は利用者に対して文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます
・サービス利用料金の支払いを２ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず７日以内に支払われない場合
・正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
・事業者や事業者の職員または他の利用者に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合　※
・他の事業者との間で結んだ契約により当事業者の利用ができなくなる場合

※この契約を継続し難いほどの背信行為の具体的な内容
・職員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの言動。
・パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為。
・サービス利用中に当事者の了解なしに利用者本人以外の写真や動画の撮影録音をする行為。また、撮影物や録音物などを当事者の了解なしにインターネットなどに掲載する行為。
その他、職員や他利用者が著しく苦痛と感じる行為についても該当する場合があります。

11. カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方
当事業所では、すべてのご利用者に安心してサービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。
そのため、ご利用者またはご家族からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当すると判断した場合には適切な対応をとらせていただくことがあります。

具体的には次の行為等が該当しますが、これに限られるものではありません。

・暴力行為
・大声での叱責や威圧的な言動
・人格を否定する発言や差別的な言動
・業務の範囲を超えた過度な要求
・長時間にわたる執拗な要望やクレーム

当事業所としては、職員の職場環境の確保の観点から、これらカスタマーハラスメントに該当する行為が認められた場合には、やむなく、複数名での対応等の緊急対応を行うほか、サービス提供方法の見直しや利用契約の解除をさせていただくことがあります。

なお、サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまで通り誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

12. 事業所の特徴

事　　項	有無	備　　考
時間延長	有	要相談（緊急時のみ）
男性介護職員	有	
従業員への研修	有	年間計画に基づき実施
サービスマニュアル	有	

13. サービス利用に当たっての留意事項

（1）送迎時間
（2）体調確認
（3）体調不良等によるサービスの中止・変更
（4）食事のキャンセル
（5）時間変更
（6）設備・器具の利用

14. 緊急時の対応

体調の変化等、緊急の場合は【契約書別紙】に記載のある緊急連絡先に連絡いたします。なお、緊急連絡先の内容に変更ありましたら、変更手続きをお願い致します。

15. 非常災害対策

（1）災害時の対応

施設内の防災設備により速やかに対応いたします。また、職員が常駐し

ておりますのでご利用者への対応及び関係機関への連絡を速やかに行います。

（２）防災設備

非常警報装置、管轄消防署への非常通報装置、スプリンクラー設備、非常用散水栓、消火器、避難用階段、非常放送設備を備えております。

（３）防災訓練　　年３回実施

定期的に避難訓練及び消火訓練を行います。

（４）防火管理者　　秋葉　聡

16. 個人情報の使用について

（１）使用目的

・個人情報は、地域密着型通所介護事業/介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス契約書（第１０条）に基づき、各種計画書の作成に必要な場合及び福祉サービス等を円滑に実施するため、関係機関との連絡調整やサービス担当者会議等において必要な場合

・施設の活動内容等をお知らせさせていただくため、法人ホームページや機関誌等に写真・氏名等の掲載

（２）使用条件

・上記に記載する目的の範囲内とします。また、個人情報は法人の定める個人情報管理規定に基づき、適切に管理いたします。

（３）個人情報の内容

・個人情報とは地域密着型通所介護事業/介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス契約書（第１０条）に基づく福祉サービス等を提供する上で必要な次に掲げるものとします

①氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が支援を行うために最低限必要な入居者や家族個人に関する情報等

②入居者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または、識別され得る情報

（４）使用する期間

・使用期間は、令和　　年　　月　　日から契約終了日までとします。

17. ご要望、苦情等の受付窓口

当事業所のサービス等についてご利用者またはご家族からいただいたご要望、苦情等につきましては、できる限り事業所内において改善を図るよう努めてまいりますが、事業所を設置運営する社会福祉法人千葉県福祉援護会にて設置する『苦情解決委員会』に直接ご意見等をお寄せいただくこともできます。この『苦情解決委員会』には、中立公正な立場で苦情解決第三者委員をおいております。

（１）社会福祉法人千葉県福祉援護会『苦情解決委員会』の概要

・第三者委員名　廣瀬　賢治　（船橋市生きがい福祉事業団監事）
佐々木マサ子（法典地区民生委員）
長嶋　洋二　（千葉市社会福祉協議会生浜地区部会長）
米原　仁子　（法典地区社会福祉協議会理事）

・連絡先　社会福祉法人　千葉県福祉援護会
〒２７３－００４７　千葉県船橋市藤原８－１７－２
電話番号　０４７－４２９－６８７１

（２）その他の窓口

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市町村名　船橋市
担　当　介護保険課　電話　０４７－４３６－２３０２

18. 当法人の概要

法人種別・名称	社会福祉法人　千葉県福祉援護会
代表者役職・氏名	理事長　繁田　高広
本部所在地・電話番号	千葉県船橋市藤原８－１７－２ ０４７－４２９－６８７１

19. 福祉サービス第三者評価の実施の有無

実施なし

20. その他

法令に基づき、以下の担当者を配置しています。

（1）当事業所における法令遵守責任者
法令遵守責任者　花野井　浩一　副法令遵守責任者　小林　陽司

（2）当事業所における虐待防止責任者　嶋田　竜太

【定款の目的に定めた事業】

１．第１種社会福祉事業

①障害者支援施設「誠光園」の設置経営
②障害者支援施設「ローゼンヴィラ藤原」の設置経営
③特別養護老人ホーム「ローゼンヴィラ藤原」の設置経営
④軽費老人ホームケアハウス「ローゼンヴィラ藤原」の設置経営
⑤特別養護老人ホーム「ローゼンヴィラはま野」の設置経営

２．第２種社会福祉事業

①身体障害者福祉ホーム「船橋市身体障害者福祉ホーム若葉」の管理の代行及び経営
②障害福祉サービス事業（短期入所　誠光園）
③障害福祉サービス事業（生活介護　誠光園）
④障害福祉サービス事業（短期入所　ローゼンヴィラ藤原）
⑤障害福祉サービス事業（生活介護　ローゼンヴィラ藤原）
⑥障害福祉サービス事業（多機能型　生活介護　就労継続支援Ｂ型　オーヴェル）
⑥障害福祉サービス事業（生活介護　アトリエ　プレジュ）
⑦老人デイサービス事業（ヴェルフ藤原）
⑧老人短期入所事業（ローゼンヴィラ藤原）
⑨老人短期入所事業（ローゼンヴィラはま野）
⑩老人デイサービス事業（ローゼンヴィラはま野デイサービスセンター）
⑪老人デイサービス事業（ローゼンホーム上山デイサービスセンター）
⑫地域生活支援事業（相談支援　誠光園）
⑬地域生活支援事業（相談支援　ヴェルフ藤原）
⑭障害児通所支援事業（ローゼンヴィラ藤原）
⑮保育所「ローゼンかみやま保育園」の経営
⑯保育所「ローゼンそが保育園」の経営

【公益事業】

①居宅介護支援事業（ヴェルフ藤原）
②居宅介護支援事業（ローゼンヴィラはま野）
③居宅介護支援事業（ケアプランセンター藤原）
④地域包括支援センター「千葉市あんしんケアセンター浜野」
⑤介護予防支援事業（千葉市　日常生活圏域中央区）
⑥地域包括支援センター「船橋市法典地域包括支援センター」
⑦介護予防支援事業（船橋市　法典地区コミュニティ）
⑧地域包括支援センター「千葉市あんしんケアセンター稲毛」
⑨介護予防支援事業（千葉市　日常生活圏域稲毛区）
⑩地域支援事業を市町村から受託して実施する事業（船橋市二次予防事業対象者通所型介護予防事業）
⑪サービス付き高齢者向け住宅の経営（ローゼンホーム上山）
⑫居宅介護等事業（ローゼンホーム上山ヘルパーステーション）

令和　　年　　月　　日

地域密着型通所介護／介護予防通所型サービス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な事項を説明しました。

事業者

所在地　　千葉県船橋市上山町２－２８６－１

名　称　　ローゼンホーム上山デイサービスセンター

説明者　　所属　　通所介護係

氏名　　印

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護／介護予防通所型サービスについての重要な事項の説明を受けました。なお、私および私の家族の個人情報の使用についても、必要な場合は、医療機関及び関連事業者等に対して提供することに同意します。

利　用　者

〔住　　所〕

〔氏　　名〕　　印

代　理　人

〔住　　所〕

〔氏　　名〕　　印

身元引受人

〔住　　所〕

〔氏　　名〕　　印

Rosen

ローゼンホーム上山デイサービスセンター