

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(お泊りサービス)

利用者 _____ 様

事業者： _____ デイサービスくれあ

宿泊サービス重要事項説明書（介護保険外）〔令和8年3月1日現在〕

本宿泊サービスは、通所介護に付随して提供する介護保険外サービスです。

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社ライブコアサポート
主たる事務所の所在地	茨城県ひたちなか市高場2-18-7
設立年月日	平成22年9月21日
電話番号	029-212-6212

2 デイサービスくれあ

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービスくれあ
所在地	茨城県 ひたちなか市高場1-24-11
介護保険指定番号	通所介護事業（茨城県 0872102108 号）
サービス提供地域	水戸市、ひたちなか市、那珂市、常陸太田市、日立市、東海村 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。

(2) サービス提供時間

月 ～ 日	宿泊サービス…21時～翌8時30分まで
-------	---------------------

(3) 職員体制

	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	業務の一元的な管理	1名
介護職員又は 看護職員	介護業務	サービス提供時間を通して 1名以上
調理員	献立に基づき、給食を調理し配膳を行う	1名

3 介護保険外サービスの内容

種 類	内 容
お泊りサービス	食事介助・就寝介助・起床介助・排泄介助等全般お世話いたします。
時間外ケアサービス	介護保険で適用されるデイサービス利用時間外の延長時間の日常生活上のお世話をいたします。

4 利用料金

(1) 料金について

種類	1泊	時間外ケア	朝食	夕食
要介護 1～3	630円	850円	300円(1食)	500円(1食)
要介護 4～5		1000円		

(時間外ケア…16時30分～21時まで 宿泊サービス…21時～翌8時30分まで)

○その他

オムツ リハビリパンツ パット等	1枚につき	100円～150円
その他日常生活費	歯ブラシ ティッシュ等 1つにつき	100円

(2) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月10日頃までに当月分の料金を請求いたしますので、25日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

(3) キャンセル料

ご都合により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。

ご利用日の前営業日の 18 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日の 18 時までにご連絡がなかった場合	当該サービス料金の 50% 及び食費の 100%

※ ただし緊急の体調不良・入院などは、キャンセル料の対象外となりますので別途ご相談ください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。通所介護サービスと同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※ 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とご相談ください。

6 サービスの終了

(1) お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

(2) 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 1 ヶ月までに文書で通知いたします。

(3) 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ お客様が当通所介護事業所の利用を終了した場合。
- ・ お客様が亡くなられた場合

(4) その他

- ・ 当社が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、お客様やご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、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを 3 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 10 日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者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は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に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、速やかに事業所に申告してください。

7 権利擁護・安全配慮

宿泊サービスにおいても、利用者の尊厳に配慮し、身体拘束は原則として行いません。

また、感染症予防等の安全確保に努めます。

8 BCP・緊急時対応

当事業所では、災害や感染症の発生時においても、利用者の安全を確保し、必要な支援を継続できるよう、業務継続計画（BCP）を策定しています。

宿泊サービスにおいても、当該計画に基づき、状況に応じた対応を行います。

9 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への 連絡基準		

10 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置および緊急受診などの必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

また、必要に応じて保険者、居宅介護支援事業所等必要機関へ速やかに報告いたします。

賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行いますが、賠償責任につきましては以下のとおりです。

- (1) 事業者は、サービスの提供にともない、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
- (2) 利用者およびその家族が、故意もしくは重大な過失によって、施設・サービス提供の従事者・他の利用者などに損害を与えた場合は、事業者は当該利用者に対し、その損害について賠償請求することがあります。
- (3) 事業者は、サービス提供にあたって、事業者の責に返すべからざる事由によって生じた損害については賠償責任を負いません。とりわけ、事業者は以下の事由に該当する場合には、損害賠償を免れるかまたは賠償額が減額されることがあります。
 - ①利用者が、契約締結時にその疾患または身体状況等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
 - ②利用者が、サービス実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対してこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ③利用者の急激な体調の変化等、事業者が実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
 - ④利用者もしくは介護者（家族等）が、乙の指示・依頼に反して行った行為に起因して損害が生じた場合
 - ⑤事業所内にて対策を講じた上で利用者が感染症に罹患した場合、またそれを起因として損害が生じた場合

11 相談・苦情の受付

- (1) 当事業所が提供する宿泊サービスについての相談・苦情などの窓口

事業所名：デイサービスくれあ TEL：029-212-6212

担当 青木 海野 (受付時間：9：00～17：00)

また、苦情受付ボックス『ご意見箱』を受付に設置しています。

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

ひたちなか市役所 福祉部介護保険課	所在地：茨城県ひたちなか市東石川2-10-1 TEL：029-273-0111 FAX：029-354-1062
----------------------	--

水戸市役所 保健福祉部介護保険課	所在地：茨城県水戸市中央１－４－１ TEL：０２９－２３２－９１７７ FAX：０２９－２３２－９２３０
那珂市役所 介護長寿課介護保険グループ	所在地：茨城県那珂市福田１８１９－５ TEL：０２９－２９８－１１１１ FAX：０２８－３５２－１０２１
常陸太田市役所 高齢福祉課介護保険係	所在地：茨城県常陸太田市金井町３６９０ TEL：０２９４－７２－３１１１ FAX：０２９４－７２－３００２
日立市役所 保健福祉部介護保険課	所在地：茨城県日立市助川町１－１－１ TEL：０２９４－２２－３１１１ FAX：０２９４－２４－２２８１
東海村役場 高齢福祉課 介護保険室	所在地：茨城県那珂郡東海村東海３－７－１ TEL：０２９－２８２－１７１１ FAX：０２９－２８７－０３１７
茨城県国民健康団体連合会 介護保険課	所在地：茨城県水戸市笠原町９８７－２６ TEL：０２９－３０１－１５６５ FAX：０２９－３０１－１５７９

令和 年 月 日

- (乙) 当事業者は、甲１に対する宿泊サービスの提供開始に当たり、☐甲１ に対してサービス
☐甲２
 内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 【事業者】

茨城県ひたちなか市高場２－１８－７

株式会社ライブコアサポート

印

【事業所】

茨城県ひたちなか市高場１－２４－１１

デイサービスくれあ（指定番号 0872102108 茨城県）

説明者 氏 名

印

- (甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲１) 利用者 住 所

氏 名

印

(甲２) 利用者の家族 住 所

氏 名

印