

「指定居宅サービス」重要事項説明書

～指定通所介護サービス～

1. 事業者

- (1) 法人名　社会福祉法人　三愛会
(2) 法人所在地　〒426-0044　藤枝市大東町58番地
(3) 電話番号　054-634-1131（代表）
(4) 代表者氏名　理事長　阿井孝訓
(5) 設立年月日　平成15年　3月　3日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類　指定通所介護
平成15年10月　1日　静岡県　指定2275300446号
緩和基準通所型サービス
平成29年　4月　1日　静岡県　指定2275300446号
※当事業所は特別養護老人ホーム【愛華の郷】に併設されています。
(2) 事業所の目的
介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）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、ご契約者に、通所介護・緩和基準通所型サービスを提供します。
(3) 事業者の名称　老人デイサービスセンター愛華
事業所の所在地　〒426-0044　藤枝市大東町58番地
電話番号　054-625-9731（デイ専用）
事業所長（管理者）大石　怜史
(4) 当事業所の運営方針

この事業は、利用者が要介護状態等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日常生活を営むことができるよう配慮して、入浴、排泄、食事等の身体介護その他の生活全般にわたる援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持と家族の身体的、精神的負担の軽減を図るものとする。

事業者は、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

事業者は、この事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業者、その他の保健医療又は福祉サービスを提供する者と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(5) 事業所が行っている他の業務

○介護老人福祉施設 愛華の郷

平成15年10月 1日 静岡県 指定2275300446号 定員100名

○老人短期入所事業所 愛華の郷

平成15年10月 1日 静岡県 指定2275300446号 定員 20名

○居宅介護支援事業所 愛華の郷

平成15年10月 1日 静岡県 指定2275300446号

○藤枝市地域包括支援センター 愛華の郷

平成18年 4月 1日 静岡県 指定2205300011号

○緩和基準通所型サービス おでかけデイサービスセンター愛華の郷

平成29年 4月 1日 静岡県 指定2275300446号

(6) 通常の事業の実施地域

藤枝市、焼津市、島田市（旧島田市）、吉田町

(7) 営業日及び営業時間

通所介護	
営業日	月曜日から土曜日までとする。 ただし、12月30日から1月3日までを除く。
受付時間	月～土 8：30～17：30
サービス提供時間帯	月～土 9：20～16：25

(8) 利用定員

54人

(9) 主な設備

設備の種類	数	面 積	1人あたりの面積
食堂及び機能訓練室	1室	210.78m ²	3.39m ²
静養室（共有）	1室	39.97m ²	
相談室（共有）	1室	17.25m ²	
浴室等（共有）	1室	71.00m ²	

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護（介護予防通所介護）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。

※以下の職員配置は指定基準を遵守しています。

<主な職員の配置状況>

職種	員数(人)
1. 管理者	1名(兼務)
2. 介護職員	9名以上
3. 生活相談員	1名以上
4. 看護職員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

○通所介護サービス

また、そのサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割～7割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。
- ・ 一般浴槽の他、機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ・ 入浴は利用者の健康チェックを行った後に実施します。

②排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

〈大規模型通所介護費（II）〉 1日あたりの単位数

（単位）

要介護 / 時間	3以上-4未満	4以上-5未満	5以上-6未満	6以上-7未満	7以上-8未満
要介護1	345	362	525	543	607
要介護2	395	414	620	641	716
要介護3	446	468	715	740	830
要介護4	495	521	812	839	946
要介護5	549	575	907	939	1,059

* 基本的には、所要時間7時間以上8時間未満のサービス提供をさせて頂きます。

○各加算及び単位数等

入浴介助加算（I） 40単位／日

個別機能訓練加算（I）イ 56単位／日

サービス提供体制強化加算（II） 18単位／日

☆ 介護職員処遇改善加算 I 総単位数の5.9%

☆ 介護職員特定処遇改善加算（I） 総単位数の1.2%

☆ 介護職員等ベースアップ等支援加算 総単位数の1.1%

* 令和6年6月1日より上記の3つの加算（☆印の加算）が一本化し

「介護職員等処遇改善加算（I）」総単位数の9.2%となる

※ 送迎は基本単価に含まれております。

※ 藤枝市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.14円を乗じた金額の介護保険負担割合証に記載の割合分が自己負担となります。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書5条、第10条参照）

以上のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要＞

①食事

- 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ご契約者の自立支援のため離床して食堂談話室にて食事をとっていただくことを原則としています。食事時間は、昼食12時頃、おやつ15時半頃です。

☆食材料費 1日 850円（昼食代、おやつ代、飲み物代）

☆おむつ等 紙おむつ・パット使用の場合はご自宅より利用毎にご持参下さい。

- 紙おむつ・パットのご持参がない場合、または不足して当デイサービスの紙おむつ・パットを使用された場合は、下記の通り料金を請求させていただきます。

紙おむつ 1枚 150円 パット 1枚 80円

☆レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：1日80円

*その他、特別なレクリエーションには別途材料代等の実費をいただきます。

(例：刺し子：200円 エコクラフト：ノーマル20円/m カラー30円/m)

(3) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、サービス利用料金の金額がご契約者の負担となります。(介護保険から給付されるものはありません。)

☆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。その場合事前にお知らせします。

(4) 利用料金のお支払い方法 (契約書第8条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。但し1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

- 下記指定口座への振り込み

しづおか焼津信用金庫 藤枝支店 普通預金 464654

- 預金口座振替による支払い・・・18日に引落します(18日が土、日の場合は月曜日)

*お取り扱いできる金融機関は、「預金口座振替依頼書記入例」の裏面を参照下さい。

*スルガ銀行はお取扱いできませんのでご了承下さい。

(5) 利用の中止、変更、追加 (契約書第9条参照)

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者に申し出でください。
- 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料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者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	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所が契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

5. 緊急時の対応

- 利用者に急変が起きた場合には、ただちに家族に連絡させていただきます。その場合、来所して頂く事がありますのでご承知おき下さい。
(この場合、かかりつけの病院等がある場合は医師に連絡して下さい。)
- 利用者の状態が急変等により、医療機関の受診が必要となり、救急車・施設車で搬送する場合には、家族の付添い（同乗）をお願いします。
- ご契約者の希望により、次の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。
- 入所中に死亡した場合の死亡確認が主治医の不在等により、確認日が遅れる場合がありますのでご承知おき下さい。

① 協力医療機関

医療機関名称	藤枝市立総合病院	医療法人社団 聖稟会 聖稟リハビリテーション病院
所在地	藤枝市駿河台4丁目1番11号	藤枝市宮原676-1
診療科	内科他	脳外科・リハビリ科

6. 契約の終了について

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、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、当施設との契約は終了し、ご契約者に利用を終了していくことになります。

(契約書第18条参照)

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ② 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
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設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
- ⑤ ご契約者から利用終了の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から利用終了の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの申し出により利用を終了していただく場合（中途解約・契約解除）（契約書第19条、第20条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用を終了することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、利用を終了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 施設の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合
- ④ 居宅サービス計画書（ケアプラン）が変更された場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑥ 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
- ⑦ 事業者もしくはサービス事業者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・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がたい重大な事情が認められる場合
- ⑧ 他の利用者がご契約者の身体・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) 事業者からの申し出により利用を終了していただく場合（契約解除）（契約書第21条参照）

以下の事項に該当する場合には、利用を終了していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況およ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、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、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
- ③ ご契約者及び家族が、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利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為（暴言・暴力行為やセクハラ等のハラスメント行為等）を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

7. サービスの利用に関する留意事項

○ 居室・設備・器具の利用

居宅及び共通施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○ 喫煙・飲酒

喫煙・飲酒は当事業所内ではできません。

○ 迷惑行為等

騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。

○ 宗教活動・政治活動

当事業所の職員や他の利用者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

○ 嘘託医師以外の医療機関への受診

主治医への受診は原則としてご家族の付添いをお願いします。服薬中の方は薬を持参して下さい。不足する場合は主治医より投薬をうけて持参して下さい。

○ 所持品・現金等の管理

- ・ 高価な物品及び高額な現金は持込まないで下さい。
- ・ 来所時の必要品は別紙のとおりです。
- ・ 被服等に氏名の記入のないものは紛失のおそれがありますので、必ず名前を明記して下さい。

8. 損害賠償について（契約書第15条、第16条参照）

- ・ 当事業所において、事業者の責任によりご契約者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、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、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。
- ・ 事業者は、万一の事故の発生に備えて、日本興亜損害保険株式会社の賠償責任保険に加入しております。

9. 虐待の防止（契約書第11条の4参照）

当施設では、ご契約者等の人権の擁護・虐待の防止のために、下記の担当者を定め、委員会を設置し、指針の整備や必要な研修を実施します。

○ 人権擁護・虐待防止担当者：施設長 阿井孝訓

10. 業務継続に向けた取り組み（契約書第11条の3参照）（令和5年度までに実施）

当施設では、非常災害及び感染症が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できるように、下記の取り組みを行います。

- 非常災害：
 - ・業務継続計画の策定
 - ・非常災害時の通報及び連絡体制の整備
 - ・避難、救出等の訓練の実施（地域住民の参加）
- 感染症：
 - ・業務継続計画の策定
 - ・研修の実施
 - ・訓練（シミュレーション）の実施

1 1. 苦情の受付について（契約書第24条参照）

（1）当施設における苦情の受付

当施設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。

- 苦情受付窓口（担当者） 管理者 大石 恵史
- 第3者委員 堀田 修久 電話番号 080-2603-3311
青野 幸憲 電話番号 090-6575-6349
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日
午前8：30～午後5：30
12月30日～1月3日までを除く。
電話 054-625-9731
FAX 054-637-9133

（2）行政機関その他苦情受付機関

藤枝市 地域包括ケア推進課	所在地 426-8722 静岡県藤枝市岡出山1丁目11番1号 電話番号 054-643-3225 受付時間 8:30～17:00
焼津市 介護保険課	所在地 425-8502 静岡県焼津市本町2丁目16番地32号 電話番号 054-626-1159 受付時間 8:30～17:15（祝休日・年末年始を除く）
島田市 長寿介護課	所在地 427-0041 静岡県島田市中河町283-1 保健福祉センターはなみずき 電話番号 0547-34-3294 受付時間 8:30～17:15
吉田町 福祉課	所在地 425-8502 静岡県榛原郡吉田町87番地 電話番号 0548-33-2106 受付時間 8:15～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 420-8558 静岡県静岡市葵区春日2丁目4-34 電話番号 054-253-5590 受付時間 8:30～17:00

（3）ご契約者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

- 苦情相談受付ボックスを玄関に設置しています。
- 第三者評価の実施及び結果の公表は行っておりません。

12. 個人情報の取り扱いについて（契約書第12条参照）

社会福祉法人三愛会は、ご利用者及び身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集するものとします。

（1）利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

（2）利用目的

- ①介護保険における介護認定の申請及び更新、変更の為。
- ②利用者に関する介護サービス・支援計画を立案し、円滑にサービスが提供される為に実施するサービス担当者会議での情報提供の為。
- ③医療機関・福祉事業者・介護支援専門員・介護サービス事業者・自治体（保険者）・その他社会福祉団体等との連絡調整の為。
- ④利用者が、医療サービスの利用を自暴している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合。
- ⑤利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスの為。
- ⑥行政の開催する評価会議、サービス担当者会議。
- ⑦その他サービス提供で必要な場合。
- ⑧上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

（3）使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関する目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関する契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- ②個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

「ホームページへの掲載に関する承諾について」

当施設では、各事業所の関係情報を収集し、インターネットを活用し愛華の郷ホームページ上に公開しております。その際、情報の掲載は「愛華の郷ホームページ作成ガイドライン」に沿って行なっています。

愛華の郷ホームページ上に、個人写真及びお名前へのご承諾の可否を下記にて返答お願い致します。なお、掲載後に記載内容について訂正や削除の希望がありましたら、その旨をお申し出下さい。

（□承諾します・□承諾しません）

年 月 日

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

老人デイサービスセンター愛華

説明者職名

生活相談員

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所 _____

氏名 _____ 印

家族代表者

住 所 _____

続柄：_____

氏名 _____ 印