

# 重要事項説明書

通所介護サービス、介護予防通所介護サービス、介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業（以下「サービス」という。）の提供にあたり、厚生省令第 37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 福田会
事業者の所在地	豊明市栄町大根1-143
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	平岩紀子
電話番号	0562-98-2121
指定年月日及び指定番号	平成12年1月28日 12高対第31-0208号

## 2 利用施設

施設の名称	豊明苑デイサービスセンター
施設の所在地	豊明市栄町大根1-143
施設長氏名	田中方士
電話番号	0562-98-2039
ファクシミリ番号	0562-97-3034
介護保険事業所指定番号	2374800130

## 3 利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	愛知県知事の事業者指定		利用定員	備考
	指定年月日	指定番号		
介護福祉施設サービス	平成12年4月1日	2374800098	100人	
短期入所生活介護サービス	平成12年1月28日	2374800098	5人	
居宅介護支援事業所	平成11年9月28日	2374800080		
豊明市南部地域包括支援センター	平成24年4月1日	2304800028		

## 4 施設の目的と運営方針

事業の目的	要支援・要介護状態等となった高齢者に対し、適切なサービスを提供します。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"><li>健全な環境のもとで、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切なサービスを提供します。</li><li>利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。</li><li>通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及び利用者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行います。</li></ol>

## 5 施設の概要

構 造	鉄筋コンクリート造平屋建
建 物	165㎡
利用定員	27人

## 6 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、豊明市の区域とする。

## 7 職員の職種・人数

職員の種類	員 数			指定基準 (提供時間帯)	適 用
	常 勤	非常勤	合 計		
管理者	1		1名	1名	特別養護老人ホーム 施設長兼務
生活相談員	2名		2名	1名	社会福祉主事任用資格 2 (兼任)
機能訓練 指導員		2名	2名		看護師 2 (兼任)
看護職員		2名	2名	1名	看護師 2 (兼任)
介護職員	3名	8名	11名	4名	介護福祉士 8名 常勤兼務 2名・非常勤兼 務 1名含む
事務員	2名		2名	—	本部事務局事務員と 兼務

## 8 職員の勤務体制

職員の職種	勤 務 時 間	備 考
管理者	8:30~17:15	兼務
生活相談員	8:30~17:30(早出8:00~17:00)	兼務
機能訓練指導員	10:30~13:00	看護師
看護職員	9:00~16:00(非常勤)	
介護職員	8:30~17:30(早出8:00~17:00) 8:30~16:30(非常勤)	兼務
事務員	8:45~17:30	兼務

9 営業日・営業時間

営業日	月曜日～土曜日(但し、年末年始<12/29～1/3>を除く。)
営業時間	8:30～17:15
サービス提供時間	9:20～15:30

10 提供するサービス

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>併設する特別養護老人ホーム内にて委託業者が給食業務を行って、昼食を提供します。</li> <li>午後に、おやつを提供します。 (食事の種類) 主食:普通のご飯・粥 副食:普通のおかずのほか、刻み食・つぶし食を用意します。</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立について援助します。</li> <li>ご希望により、おむつを用意させていただきます。(実費は利用者負担)</li> </ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の心身の状況に応じて、一般浴槽又は特殊浴槽を使用して入浴して頂きます。(特別養護老人ホームの浴槽を使用)</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活を営むに必要な機能の減退を防止するための機能訓練を行います。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の健康状態については、看護職員が観察します。</li> </ul>
相談・援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者及びその家族からの各種相談に誠意をもって対応し、必要な援助を行います。</li> </ul>

11 利用者負担額

(1) 介護保険給付サービスに対する利用者負担額 (令和6年6月1日 現在)

(1日当たり額：単位)

要介護度	通所介護費	加 算		備 考
		入浴介助加算(I) (1回)	サービス提供 体制強化加算II	
要介護1	584	40	18	
要介護2	689	40	18	
要介護3	796	40	18	
要介護4	901	40	18	
要介護5	1008	40	18	

科学的介護推進体制加算 40単位/月

送迎を実施していない場合の減算⇒片道につき47単位を所定点数から減算

地域加算(5級地のため、単位数に10.45円を乗じます)

介護職員処遇改善加算I = 所定単位数(基本サービス+加算・減算) × 9.2%

注)但し、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

- (2) 介護保険給付対象外サービスに対する利用者負担額
- ①食費 1回 620円
  - ②通所介護の中で提供されるサービスのうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用で、利用者負担が適当と認められる費用(オムツなど) 実費
  - ③6項の通常の事業の実施地域を超えて行う指定通所介護に要した送迎の費用は、通常の事業の実施地域を超えた地点から、1キロメートルあたり200円をお支払頂きます。
- (3) 利用取消料(要支援を除く)
- 利用当日に利用取消しをしたときは、前日までに連絡できなかったことについてやむを得ない事情がある場合を除き、(1)及び(2)に定める額の50%をお支払頂きます。
- (4) 利用者負担金の支払
- 利用料金は、各月分(月初から月末までの1ヶ月間)を施設の指定する日までに、下記のいずれかの方法により、お支払い頂きます。
- ① 自動引落(自動振替)翌月26日(休日の場合は翌銀行営業日になります)
  - ② 現金による支払(自動引落(自動振替)が不能であった場合)  
支払場所:特別養護老人ホーム豊明苑 事務所  
受付日時:月曜日～金曜日(年末年始を除く。) 8:45～17:30

## 12 第三者評価

第三者評価の実施の有無 無

## 13 身元引受人

利用者は、利用契約時に利用料金の滞納があった場合に備えて、債務の保証人として身元引受人を定めていただきます。

## 14 連帯保証人

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、限度額50万円の範囲内で連帯して保証してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなった場合に確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

## 15 苦情申立窓口

当センターのサービスについて、不明な点や疑問の点がありましたら、お気軽にご相談下さい。

(窓口担当者 生活相談員 三窪英樹 電話番号 0562-98-2039)

(国民健康保険団体連合会 電話番号 052-971-4165)

(豊明市健康長寿課 電話番号 0562-92-1261)

(大府市役所福祉課 電話番号 0562-45-6228)

## 16 非常災害時の対策

事業所は、防災管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行います。

### 17 事故発生時の対応

事業所は、指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員、市町村等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 18 緊急時の連絡方法

緊急連絡先	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	携帯電話	
利用者の 主治医	医療機関	
	所在地	
	医師氏名	
	電話番号	

### 19 センター利用の際にご留意頂く事項

項 目	留 意 事 項
設備・器具の利用	・ センター内の設備・器具等は、所定の用法に従って使用して下さい。
飲酒・喫煙	・ 飲酒及び施設内での喫煙はお断りします。
所持品等の管理	・ 貴重な所持品等は、紛失・盗難の恐れがありますので、持参しないで下さい。
政治・宗教・営業活動	・ センター内において、他の利用者に対して政治・宗教・営業等の活動を行うことは禁止します。
ペット動物の持込み等	・ ペット動物等のセンター内への持込みはお断りします。
迷惑行為	・ 騒音・暴言・暴行等他の利用者の迷惑になるような行為は、慎んで下さい。

### 20 身体拘束の制限について

サービスの提供に当たっては、利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為を実施しません。なお、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、ご家族に説明し、同意を得て、その態様及び時間、その際の身体状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。

### 21 虐待防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次のとおり研修の機会を設けるものとし、また、業務体制を整備するものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を職員に周知・徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 研修を定期的実施します。
- (4) 担当者を配置します。

## 22 ハラスメントについて

ハラスメントに関する事業者の取り組みとして、職場内でのハラスメント対策を行います。利用者、家族または身元保証人等から、事業所及びそのサービス従事者、その他関係者に対し、故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合はサービスの利用を一時中止もしくは契約を解除する。

## 23 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の予防及びまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から必要時の委員会の開催、施設としての指針の整備、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等取り組みます。

## 24 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。業務継続計画については、職員に対し周知し、研修及び訓練を定期的実施し、必要に応じて計画の変更を行います。

以上

令和 年 月 日

(利用者)

私は、この書面に基づいて、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

利用者 住所  
氏名 印

成年後見人 住所  
氏名 印  
電話番号

(代理人)

私は、この書面に基づいて、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

署名代行者 住所  
氏名 印  
続柄( )

(身元引受人及び連帯保証人)

私は、この書面に基づいて、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

身元引受人及び連帯保証人  
住所  
氏名 印  
電話番号(自宅)  
電話番号(携帯)  
続柄( )