

通所介護重要事項説明書

〈令和 7 年 4 月 1 日現在〉

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 055-978-0555

管理者 内田 知子

※ ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. かなみ老人デイサービスの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	かなみ老人デイサービス
所 在 地	田方郡函南町平井717-38
介護保険指定番号	通所介護（静岡県 2270300060号）
サービスを提供する 対 象 地 域	函南町・三島市(大場、東大場、多呂、北沢、梅名)・ 伊豆の国市奈古谷
営業日・営業時間	月曜日～土曜日（年末始 12月31日～1月3日を除く） 午前 8時30分～午後 5時30分
サービス提供時間 定 員	午前 9時30分～午後 4時40分まで 定員 45名

※通所介護のサービス提供時間は、「居宅サービス計画書」に沿った「通所介護計画」によります。

(2) 同センターの職員体制

	資 格	常勤	常勤兼務	非常勤	非常勤：兼務	計
管 理 者	介護福祉士		1名			1名
生 活 相 談 員	社会福祉士、介護 福祉士	1名	1名			2名
看 護 ・ 介 護	看 護 師	1名		1名		2名
	機能訓練指導員			1名		1名
	介 護 福 祉 士		2名	7名		9名
	介護職員初任者研 修若しくはヘルパ ー1～2級修了者			3名		3名
そ の 他		1名				1名

(3) 同センターの設備の概要

食 堂 兼 機能訓練室	1 室	休 養 室	1 室
		相 談 室	1 室
浴 室	一般浴槽・特殊浴槽・個浴	送 迎 車	あ り

3. サービス内容

- ① 日常生活上の援助
- ② 健康状態の確認
- ③ 機能訓練サービス
- ④ 送迎サービス
- ⑤ 入浴サービス
- ⑥ 食事サービス
- ⑦ 相談、助言等に関すること

4. 料金

(1) 通所介護

① 大規模型（Ⅰ）通所介護費 （単位：単位数）

	7時間以上 8 時間未満	6 時間以上 7 時間未満
要介護度 1	629	564
要介護度 2	744	667
要介護度 3	861	770
要介護度 4	980	871
要介護度 5	1,097	974

※ 通所介護利用料については、自己都合で早めに帰宅した場合基本料金を頂く場合があります。

- ② 入浴介助加算 40 単位
- ③ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22 単位
- ④ 中重度者ケア体制加算 45 単位
- ⑤ 認知症加算 60 単位
- ⑥ 個別機能訓練加算Ⅰ（Ⅰ） 56 単位

※ 函南町は、地域区分が「7 級地」であるため、①～④の単位数に 10.14 円を乗じた金額の 1 割もしくは 2 割が自己負担となります。ただし、所得に応じて 3 割負担となる場合もあります。

※ 別途 1 ヶ月の合計単位数に、9.2%の介護職員処遇改善加算が加わります。

※ 事情により、ご家族等が送迎を行った場合、片道 47 単位を減算します。

- ⑦ 食費（昼食・おやつ代等材料費を含む） 800 円（全額自己負担）
 1. 希望する
 2. 希望しない

⑧ その他

上記の他、行事・趣味活動等に係る費用は、自己負担となります。

5. キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、ご利用日の当日午前 9 時 30 分までにご連絡がない場合は、800 円のキャンセル料がかかります。

6. 支払方法

毎月、15 日までに前月分の請求書をお渡ししますので、月末までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は、現金払い ・ 口座振替 の 2 通りの中からご契約の際に選べます。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当センター職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 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下さい。

(2) サービスの終了

① お客様の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週間前までにお申し出下さい。

② 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了といたします。

- ・お客様が介護保険施設入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、要支援、事業対象者及び非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

③ その他

- ・当事業所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、お客様ご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、お客様は電話または窓口で解約を通知することにより即座にサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金のお支払いを6ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促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等が当施設や当施設の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なった場合は、サービスを終了していただく場合がございます。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、契約を終了させていただく場合がございます。
- ・利用者及び家族、その他関係者の行動が事業所内外において利用者や職員の生命、身体、健康及び財産に重大な影響を及ぼし、または、その恐れがあり、サービス利用を継続しがたい重大な事由がある場合は、サービスを終了させていただく場合がございます。

8. 当事業所のサービスの特徴

(1) 運営の方針

- ・本事業所内において提供する通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ・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とともに利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ・利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
- ・適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- ・常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
- ・居宅サービス計画書が作成されている場合は、当該計画に沿った通所介護計画を提供する。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

外 出・・・サービス提供時間中の外出はご遠慮ください。

ただし、行事、個別機能訓練等は、通所介護計画に沿います。

飲酒、喫煙・・・飲酒はご遠慮ください。喫煙は、所定の場所以外はご遠慮ください。

訓練器具等・・・職員の指導によりご利用できます。
飲食物・・・・・・飲食物のご持参はご遠慮ください。
宗教活動・・・・・・信仰は自由ですが、施設内での布教活動はご遠慮ください。

9. 緊急時の対応方法

- ① 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合は、サービス内容の変更または中止をすることがあります。この場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ 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。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10. 非常災害対策

- ・災害時の対応・・・災害が発生した場合、従事者は利用者の避難等の適切な措置を講じます
- ・防災設備・・・・・・消防法に定める各種防災設備は完備しております。
- ・防災訓練・・・・・・「かなみ老人デイサービス消防計画」により定期的に行ないます。
- ・防火管理者・・・・佐々木 省三

11. 事故発生時の対応

- (1) お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者のご家族等に連絡を行なうと共に必要な措置を行ないます。
また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐために対策を講じます。
- (2) お客様に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

12. 事業継続計画の策定

- ① 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定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計画（以下「事業継続計画」という。）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じます。
- ② 事業所は、従業員に対し、事業継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に（年 1 回以上）実施します。
- ③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

- ・利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ・利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のための従業員教育を行います。

15. 衛生管理

- ・当事業所で使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分注意するものとします。
- ・従業者と事業所の衛生管理に努めるとともに、感染症又は食中毒が発生又は、まん延しないように必要な措置を講じます。

16. 秘密保持

「社会福祉法人共済福祉会における個人情報保護に対する基本方針等」に基づき、個人情報の取り扱いを行うと共に以下のとおりとします。

- (1) 当事業所の従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は解約後も同様です。
- (2) 当事業所は、重要事項説明の同意をもって、以下に掲げる理由に限り、利用者及びその家族等に関する情報を提供することがあります。
 - ① 要介護・要支援認定調査について、関係する都道府県、市町村、付属機関及びその委託を受けた機関が情報提供や報告を求めた場合。
 - ② 主治医等が治療に要する目的で情報提供や報告を求めた場合。
 - ③ 居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者等がサービス担当者会議等でサービスを提供する上で情報提供が必要な場合。
- (3) 当事業所は、将来を担う介護従事者等の実習生、または利用者のサービス提供を目的にボランティアの受け入れをしています。職員と同様にかんなみ老人デイサービスで知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らさないよう事前説明の上、秘密保持に関わる誓約書を交わしています。

17. 福祉サービス第三者評価事業

福祉サービスの質の向上や、ご利用者の適切なサービス選択のために、第三者が一定の基準に照らして専門的、客観的に事業所を評価し、情報を公開する事業です。

当事業所の実施状況

第三者評価の実施	無
----------	---

18. サービス内容に関する苦情

① 苦情解決の仕組み

①ー1 苦情の受付

かなみ老人デイサービス

- ・受付担当者 内田 知子
- ・電話 055-978-0555
- ・FAX 055-978-4137

第三者委員会

- ・第三者委員 石橋 菜穂子 電話 055-944-6644
- 大谷 真 電話 055-978-9288
- 山田 信昭 電話 055-979-3950

①ー2 受付の報告・確認

- ・苦情解決責任者 社会福祉法人 共済福祉会
高齢者福祉部 部長 竹村 聖一郎
- ・第三者委員

①ー3 苦情解決のための話し合い

①ー4 苦情解決結果の報告

①ー5 解決できない場合

(福) 静岡県社会福祉協議会に設置された「運営適正化委員会」に申し立てることができます。

「運営適正化委員会」連絡先

静岡県福祉サービス運営適正化委員会

〒420-8670 静岡市葵区駿府町1-70

(福) 静岡県社会福祉協議会内

電話 054-653-0840

FAX 054-251-7508

①ー6 苦情解決第三者委員会議

3ヶ月に1回、定例会議を開催

② その他

当事業所以外に、市町村等の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

函南町 福祉課 電話 055-979-8126

伊豆の国市 長寿福祉課 電話 0558-76-8009

三島市 介護保険課 電話 055-983-2607

(電話)

静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 054-253-5590

19. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 共済福祉会
代表者役職・氏名	理事長 志村 幸洋
本部所在地・電話番号	田方郡函南町平井717-2 055-978-4100

当法人が運営している事業所

【高齢者福祉関連事業】

介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム 伊豆白寿園
短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護	伊豆白寿園 老人ショートステイ
通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業	かなみ老人デイサービス
訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業、居宅介護	共済福祉会ほほえみ訪問介護センター
居宅介護支援	共済福祉会ほほえみ居宅介護支援事業所

【障害者福祉関連事業】

障害者支援施設（生活介護・施設入所支援）	伊豆ライフケアホーム
短期入所事業	伊豆ライフケアホーム
日中一時支援事業	伊豆ライフケアホーム
生活介護事業	伊豆ふれあいデイサービスセンター
相談支援事業	リベルテ
放課後等デイサービス	なないろ

令和 年 月 日

通所介護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ついて重要事項を説明しました。

事業者

〈事業者名〉 社会福祉法人共済福祉会
かななみ老人デイサービス
介護保険事業者番号(2270300060・静岡県)

〈住 所〉 静岡県

田方郡函南町平井717-38

〈代表者名〉 高齢者福祉部長 竹村 聖一郎 印

〈説明者名〉 共済福祉会 かなみ老人デイサービス
氏 名 印

私は、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、同意いたします。

利用者

住所

氏 名

EP

(代理人)

住所

氏 名

EP