

デイサービスセンター福田ふれあい荘

(介護保険法に基づく) 第1号通所事業重要事項説明書

当事業者が提供する(介護保険法に基づく)第1号通所事業(以下「第1号通所事業」という)の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人遠州中央福祉会
主たる事務所の所在地	〒438-0818 磐田市下万能700番地
電話番号	0538-39-3370
法人の種別及び名称	社会福祉法人 遠州中央福祉会
代表者職	理事長
代表者氏名	安田 博俊

事業所の名称	デイサービスセンター福田ふれあい荘
事業所の所在地	〒437-1209 磐田市南島529
介護保険事業所番号	2276900368
指定年月日	平成22年 4月 1日
交通の便	遠州鉄道 磐田市福田支所停留所
通常の事業の実施地域	磐田市
第三者評価の実施の有無	有 ・ 無

2. 事業者の職員の概要

令和7年8月1日現在

職種	員数	勤務体制			
管理者	1人	常勤兼務 1人			
生活相談員	3人	常勤兼務 3人			
看護職員	5人	常勤兼務 2人	非常勤専従 1人	非常勤兼務 2人	
介護職員	12人	常勤専従 9人	常勤兼務 2人	非常勤専従 1人	
機能訓練指導員	7人	常勤専従 2人	常勤兼務 2人	非常勤専従 1人	非常勤兼務 2人

3. 第1号通所事業施設の概要

定員	単独型 35人(1単位)
食堂及び機能訓練室	105.79㎡
浴室	一般浴槽、特殊浴槽、個人浴槽
その他の設備	静養室 9.6㎡ 相談室 18.5㎡ 送迎車 4台

4. サービスの提供時間

営業日	平日・土曜日
営業時間	8：00～17：00
サービス提供時間	9：10～16：15
営業しない日	国民の祝日に関する法律に規定する休日。 1月2日、1月3日、12月31日

5. 第1号通所事業の運営方針

- (1) 地域住民が要介護又は要支援状態に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自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練及び必要な日常生活の世話をを行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。
- (2) 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を提供する。
- (3) 地域福祉の向上のため、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他保健、医療福祉機関と密接な連携を図る。
- (4) 通所サービスの提供に際し、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し生活の質の向上に資するサービス提供を行う、また利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行い、利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行います。

6. 利用料金

- (1) 当事業者の第1号通所事業の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、保険対象サービス費用の1割又は2割、又は3割です。負担割合については、保険者である市町からあなたに対して交付されます介護保険負担割合証に記載があります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金（要支援1）（週1回）

要支援1、事業対象者	1,798単位／月
------------	-----------

加算料金

口腔機能向上加算	150単位／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	88単位／月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の9.2%加算／月

基本料金（要支援2）（週2回）

要支援2、事業対象者	3,621単位／月
------------	-----------

加算料金

口腔機能向上加算	150単位／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	176単位／月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の9.2%加算／月

※ 磐田市は地域区分が「7級地」であるため、上記表の単位数に10.14円を乗じた金額の1割又は2割、又は3割が自己負担となります。

※ 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防認知症対応型共同生活介護又は介護予防特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払は受けられません。

※ 2割負担の方は、65歳以上の方で、合計所得金額が160万円以上の方です（単身で年金収入のみの場合、年収280万円以上）

ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実際の収入が280万円に満たないケースや65歳以上の方が2人以上いる世帯で収入が低いケースがあることを考慮し、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上の世帯で346万円未満の場合は1割負担になります。

※ 3割負担の方は、65歳以上の方で、合計所得金額が220万円以上の方です。ただし、合計所得金額が220万円以上であっても、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で340万円、2人以上の世帯で463万円未満の場合は2割又は1割負担になります。

(2) その他の費用

ア 食費に関する費用 1食当たり490円とする。

イ おむつ代 実費（利用者の負担が適当と認められる費用）

ウ 連絡帳袋 1袋 110円

エ 連絡帳 1冊 60円

オ 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要した費用

実施地域を越えて1Km25円とする。

カ 日常生活においても通常必要となるもので利用者の負担が適当と認められる費用

(3) 料金の支払方法

あなたが当施設に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月20日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、月末までにお支払いください。支払方法は、原則として、口座自動引き落とし、やむを得ない場合は当施設指定の口座への振込か現金支払でお支払いください。

(4) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口提供して差額（介護保険適用部分の9割又は8割、又は7割）の払い戻しを受けてください。

7. サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ・当事業者に電話でお申込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の第1号通所事業の内容などについてご説明します。
- ・この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の管理者が介護予防計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- ・あなたが介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者にご相談下さい。

(2) サービスの終了

ア あなた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10日前までに文書で申し出てください。

イ 当事業者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の提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の10日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合
- ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合
- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8. サービス利用に当たっての留意事項

ア 利用者は、通所サービス計画に基づく日課を励行し、日常動作の維持向上に努めるとともに、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めていただきます。

イ 利用者は、介護職員の指導に従い事故発生の防止と安全の確保、設備備品の保全に努めていただきます。

9. サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用日	サービス利用票（介護予防サービス計画）に基づき提供します。
内容	1. 生活相談 2. 介護サービス 3. 健康管理 4. 食事サービス 5. 入浴サービス 6. 日常動作訓練 7. 個別機能訓練 8. 口腔機能向上サービス 9. レクリエーション 10. 送迎

- ・サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- ・サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特にあなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

10. 担当の職員

あなたを担当する第1号通所事業職員は以下のとおりです。

生活相談員	藤原美千代
看護職員	磯部裕美子
介護職員	酒井由江 外11名
機能訓練指導員	杉嶋 茂

- ・職員は常に身分証明書を携行しているので、必要な場合は提示をお求めください。
- ・あなたはいつでも担当の第1号通所事業職員の変更を申し出ることができます。（これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。）
- ・当事業者は、あなたの担当の第1号通所事業職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の通所事業職員を変更することができます。

1 1. 緊急時の対応方法

- (1) 第1号通所事業の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主 治 医	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

- (2) 感染症の症状（発熱、おう吐、下痢、かゆみ、インフルエンザ等）が出た場合、もしくは疑いのある場合には当事業所の看護職員の判断にて利用を中止させていただく場合があります。

1 2. 事故発生時の対応方法

- (1) 第1号通所事業の提供中にあなたに事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係わる地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、第1号通所事業を提供する上で、この説明書の重要事項に違反し、又は事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等に損害を与えた場合には、その損害を速やかに賠償する義務を負います。
- (3) 事業所は、施設での事故予防、再発防止については、事故対策担当者を配置し、施設全体で取り組みます。

1 3. 非常災害対策

管理者は、火災、震災及びその他の災害から利用者等の人命の安全並びに財産の保護を図るためデイサービスセンター福田ふれあい荘消防計画書及び地震防災規程に基づき、非常災害に備えるため定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。訓練には地域住民の方に参加していただき実施します。

1 4. 業務継続計画の策定等について

- ①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の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ②職員に対し、業務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実施します。
- ③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。

1 5. 感染症の予防及びまん延防止

事業所は、感染症の発生と、まん延を防止するために必要な措置を講じます。

- ①感染症の予防及びまん延の防止のために対策を検討する委員会をおおむね 3 ヶ月に 1 回以上開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。
- ②感染症及びまん延の防止のための指針の整備をします。
- ③感染症及びまん延の防止の為の研修会及び訓練を定期的実施します。

1 6．虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。
- ②事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ③当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ④虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

虐待防止責任者：豊田ゆうあいの里施設長

虐待防止担当者：センター長

1 7．研修について

事業所は、全ての介護に携わる職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。また、職員の資質向上を図るための研修機会を次のとおり設け、職員が参加出来るよう、業務体制を整備します。

- ①採用時研修：採用後 12 ヶ月以内 ②継続研修：年 1 回以上

1 8．ハラスメント対策

事業者は、働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

19. 苦情処理

あなたは、当事業者の第1号通所事業の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

- (1) 苦情相談窓口 電話番号 0538-55-3143
- (2) 苦情受付担当者 酒井由江
- (3) 苦情処理責任者 藤原美千代
- (4) 市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

磐田市 担当窓口	磐田市健康福祉部高齢者支援課
	電話番号 0538-37-4769
国民健康保険団体連合会	担当窓口 介護保険課（苦情専用）
	電話番号 054-253-5590

- (5) 当事者間で処理しがたい苦情やあなたが直接苦情を申し立てがたい場合には、第三者委員に苦情を申し立てることができます。

第三者委員

- ・ 田中健作 電話番号 0538-38-1215
- ・ 横井俊二 電話番号 0539-62-4511
- ・ 藤田正利 電話番号 0538-34-1568

- (6) 不特定の利用者に対する福祉サービスの提供に関する申し立てや障害者福祉施策に関する苦情の申し立てなど法人の段階で解決が困難な苦情については、静岡県社会福祉協議会が設置する静岡県福祉サービス運営適正化委員会（静岡県静岡市葵区駿府町 1-70 電話 054-653-0840）を紹介いたします。

(7) 苦情処理体制

ア 苦情があった場合は、直ちに利用者側と連絡を取り、直接利用者宅に行くなどして事情を聞き、苦情内容を確認し、苦情受付書に記載します。

イ 苦情受付担当者は、苦情受付書により苦情処理責任者に報告します。

ウ 苦情処理責任者は、苦情受付担当者から報告を受けた事案について苦情申出人と話し合い、その解決にむけ、苦情処理実施要綱の決定に基づき苦情処理委員会を開催する。

エ 委員会の結果に基づき苦情申出人に対して苦情処理結果報告書により報告し、理解を求めるとともに再発防止に役立てます。

オ 苦情受付担当者は、苦情についての解決、改善記録を苦情受付整理簿に記載する。

カ 第三者委員は、苦情受付担当者から苦情受付受理報告書を受理した場合及び苦情申出人から苦情を直接受理した場合は、苦情内容を確認し、事情聴取を行い、状況把握の調査を行う。

キ 第三者委員は、苦情申出人と話し合い、その解決にむけ、苦情処理第三者委員設置規程に基づき第三者委員会を開催する。

ク 委員会の結果に基づき苦情申出人に対して苦情処理結果報告書により通知する。

____年 ____月 ____日

(介護保険法に基づく) 第1号通所事業の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

(事業者)

所在地 _____ 磐田市南島529 _____

名称 _____ デイサービスセンター福田ふれあい荘 _____

説明者 _____

この説明書により、(介護保険法に基づく) 第1号通所事業に関する重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____

(代理人)

住所 _____ 続柄 _____

氏名 _____

※代理人本人の直筆署名でない場合は押印をお願いします。

社会福祉法人 遠州中央福祉会 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

(1) 使用する目的

- ①適切なサービスを円滑に行うためや、連携が必要な場合の情報共有のため
- ②サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きやサービス利用・業務の維持にかかわる管理運営のため
- ③法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ④損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑤学生及び資格取得のための実習へ協力する場合
- ⑥介護保険、健康管理、国民年金、国民健康保険、後期高齢者医療に係る個人番号関係の事務手続きが必要な場合

(2) 使用に当たっての条件

- ①個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ②事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

(3) 使用する期間

契約締結日から遠州中央福祉会介護保険サービスの契約終了日までの間とする。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

氏名 _____

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

(ご家族) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

※代理人本人・ご家族本人の直筆署名でない場合は押印が必要となります。

◆肖像権について

当法人のホームページ・SNS・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただく場合がございます。使用につきまして以下を○で囲んでください。

・ 同意する

・ 同意しない

令和6年10月1日改定