

十字の園デイサービスセンターみをつくし
「指定通所介護」
「指定介護予防通所サービス」
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(介護保険事業所番号 2278100058)

当事業所は利用者に対して、指定通所介護（指定介護予防通所サービス）を提供します。事業者の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

◆◆ 目次 ◆◆

1	運営の方針	1
2	事業者の概要	1
3	事業所の職員の概要	1
4	事業所の概要	2
5	サービスの提供時間	2
6	サービスの内容	2
7	サービスの利用方法	3
8	職員の遵守事項	4
9	サービス利用に当たっての留意事項	4
10	利用料金	5
11	緊急時の対応方法	6
12	非常災害対策	6
13	虐待の防止のための措置	6
14	感染症予防の取り組み	6
13	苦情処理	7

当事業所が提供する指定通所介護（指定介護予防通所サービス）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. 指定通所介護（指定介護予防通所サービス）の運営の方針

創立の精神である「キリスト教精神に立って・・・必要な福祉サービスを総合的に提供する」（定款）を運営の基盤に、職員は、愛と奉仕の姿勢を持ち、『人格を尊重し、生きる喜び、生きる自由、生きる希望を創ります。』という法人の理念を実現する為に、利用者お一人お一人に向かい合い、その意思を尊重し、明るく家庭的な雰囲気の中で、日ごと生き生きと自立生活を継続することができるように指定通所介護（指定介護予防通所サービス）を提供することを運営の方針とします。

2. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 十字の園
主たる事務所の所在地/電話番号	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220 番地の 11 /053-414-1400
法人の種別及び名称	社会福祉法人 十字の園
代表者職	理事長
代表者氏名	鈴木 淳司

事業所の名称	十字の園デイサービスセンターみをつくし *介護老人福祉施設併設
事業所の所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220 番地の 11
施設長（管理者）名	宮島 克利
電話番号	053-430-4510（代表 053-436-9535）
介護保険事業所番号	2278100058
指定年月日	平成 12 年 4 月 1 日
交通の便	バスにて JR 浜松駅より 50 分、車にて浜松西インターより 10 分
通常の事業の実施地域	浜松市浜名区・中央区それぞれの一部 ※詳細は 5～6 ページ（通常の事業の実施地域）をご覧ください。

3. 事業所の職員の概要（契約書第 2 条）

当事業所では、利用者に対して指定通所介護（指定介護予防通所サービス）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。

<主な職員の配置状況>職員の配置については、介護保険法に基づく指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準	総 員 数
1. 施設長（管理者）	1 名	1 名
2. 生活相談員	1 名	1 名以上
3. 介護職員	2.4 名	2.4 名以上
4. 看護職員	1 名	1 名以上
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名以上

4. 指定通所介護（指定介護予防通所サービス）事業所の概要

定員	○ 一般型 24人（1単位）
食堂及び機能訓練室	96.53㎡
浴室	○ 一般浴槽 ○ 特殊浴槽
その他の設備	○ 静養室、相談室、マッサージ機、平行棒、階段昇降 ○ 送迎車：リフトバス3台

5. サービスの提供時間

平日・土・祭日	指定通所介護 9：15～16：20 指定介護予防通所サービス 9：15～16：20
営業をしない日	日曜日、年末年始（12月31日～1月3日） 台風などの悪天候により利用が危険であると判断した時には休業する場合があります。

6. サービスの内容

当事業所が提供するサービスは以下のとおりです。

①食事

栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としていますが、介助の必要な方、治療食の必要な方、流動食（経管栄養）など特別な配慮が必要な場合にもご希望に添えるように致します。

②入浴

あらかじめ体温、血圧を測定し体調に心配のないことを看護職員が判断した上でご本人の状態に合わせて入浴又は清拭により、清潔への援助を行います。外用薬塗布や、傷等の処置が必要な場合はお薬や衛生材料をご持参いただければ、看護職員が対応致します。なお、ガーゼや消毒薬は事業所にも常備しておりますので、不測の事態、臨時の場合には使用できます。但し、費用を別途ご負担いただきます。

着替え用下着、必要に応じて他の衣類をご用意下さい。タオル、バスタオルなどは事業所のものを用意致しておりますので持参いただかなくて結構です。なお、持ち物、衣類などには、必ずご記名下さい。

③排泄

利用者の排泄の介助を行います。紙おむつは事業所の物を使用する場合使用種類と枚数に応じ実費ご負担いただきます。必要枚数をご家庭でご用意下さい。

④機能訓練

利用者の希望により、機能訓練指導員の指導の下、利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤レクリエーション

四季の行事にそったレクリエーションを行います。人々との交流の中から、良い人間関係が生まれ、

生活の幅を広げ、生きがいに結びつくような楽しい時間を提供します。

⑥送迎

車椅子やリクライニング車椅子のまま乗降できるリフト付バスなど、利用者の身体の状況、ご自宅の環境に応じて送迎します。

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合はお住まいと当事業所との間の送迎費用として、別途料金をいただく場合があります。

7. サービスの利用方法

(1) 利用開始

- 担当職員より当事業所の指定通所介護（指定介護予防通所サービス）の内容等についてご説明します。
- この説明書により同意を得た後、当事業所が通所介護（介護予防通所サービス）計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- 居宅サービス計画（ケアプラン）（介護予防サービス・支援計画（ケアプラン））の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）にご相談ください。

(2) サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護（要支援）認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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、当事業所との契約は終了します。

（契約書第14条参照）

- ①利用者が死亡した場合
- ②要介護（要支援）認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③利用者が介護保険施設に入院又は入所した場合
- ④事業者が解散命令を受けた場合、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
- ⑤事業者の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ⑥事業者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
- ⑦利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑧事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(3) 利用者からの解約・契約解除の申し出（契約書第15条、第16条参照）

契約の有効期間であっても、利用者から利用契約を解約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2日前までにお申し出ください。

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利用者が入院した場合
- ③利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」「介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）」が正当

な理由なく変更された場合

- ④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指定通所介護（指定介護予防通所サービス）を実施しない場合
- ⑤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
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意にハラスメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つける等、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者が利用者の身体・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

(4) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 17 条参照）

以下の事項に該当する場合には、施設は利用者、身元保証人その他家族等に対し改善を希望する旨の申し入れを行い、それにも拘わらず改善の見込みがなく、結果として利用者に対し適切なサービスを提供することが困難であると認めるときは 30 日前に利用者、その家族に対し文書にて通知することによりこの契約を解除することができます。

- ①利用者が、契約締結時にその心身の状況及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利用者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、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利用者、身元保証人その他家族等が、故意にハラスメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為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・信用等を傷つける等、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(5) 契約の終了に伴う援助（契約書第 14 条第 2 項参照）

契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

8. 職員の遵守事項

当事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- 利用者へ提供したサービスについて記録を作成し、2 年間保管するとともに、利用者または、身元保証人その他家族等の請求に応じて閲覧、複写物を交付します。
- 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者及び身元保証人その他家族等に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）

9. サービス利用にあたっての留意事項（契約書第 22 条参照）

当事業所のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

- 施設、設備、敷地は本来の用途にしたがって利用してください。
- 故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合は利用者の自己負担により原状に復していただく、又は相当の代価をいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- 事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

10. 利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス（契約書第2条参照）

別紙をご参照下さい。

(2) 介護保険給付対象外サービス（契約書第3条参照）

別紙をご参照下さい。

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

①食事の材料の提供について（別紙参照）

年間行事の中で、外食など費用が通常よりかかる場合があります。その際にはあらかじめ文書等でお知らせします。食事が不要な場合は、前日までに（当日の場合は午前9時までに）お申し出ください。なお、経管栄養の利用者などで栄養材を持参される方は、調理代として、食材料費を除く額をお支払いいただきます。

②レクリエーション／クラブ活動

利用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。

③複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費（1枚につき10円）をご負担いただきます。

④日常生活上必要となる諸費用実費（別紙、料金表参照）

ご契約者の日常生活に要する、日常生活品や医療材料等について、施設で常備している物を使用した場合はその費用をお支払いいただきます。

⑤サービス提供時間外のサービス費

通常サービス提供時間（指定通所介護 9:15～16:20）を延長して利用される場合は、1日につき500円をお支払いいただきます。延長した場合、送迎は実施いたしません。また、延長サービスは18:30までとさせていただきます。夕食を希望される方は、471円をお支払いいただきます。尚、指定介護予防通所サービスについては、延長はございません。

⑥通常の事業の実施地域を越えて行う指定通所介護（指定介護予防通所サービス）に要した交通費

通常の事業の実施地域は、浜松市浜名区（引佐町金指、新都田、細江町小野、細江町気賀、細江町中川、細江町広岡、細江町三和、都田町(国道362号線より南の区域)）、中央区(初生町、三方原町、東三方町、豊岡町、三幸町、大原町、根洗町、葵西、葵東、高丘北、高丘西、高丘東、西丘町、花川町、大山町、桜台、深萩町、和光町)の区域とする。

通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要した送迎費は、超えた距離につき1km当り50円を

お支払いいただきます。

※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、利用者、身元保証人その他家族等に対して事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までに文書等でご説明いたします。

(3) 利用料金の支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、月末締めで、前月1か月分の請求書を15日頃までに発行いたします。
お支払い方法は27日に口座自動振替になります。予め預金残高をお確かめ下さい。

(4) その他

- ①利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載(利用者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、当事業所でサービス提供証明書を発行します。この証明書を後日、管轄する市町村の窓口へ提出して差額(介護保険適用部分の7～9割)の払い戻しを受けてください。
- ②サービス利用料について利用者が正当な理由なく支払いが3か月以上遅延し文書等で催促をしても全く反応がなく、改善の見込みが見られないと判断したときには支払督促、起訴(強制執行)等の法的な手段をとる場合があります。

11. 緊急時の対応方法 (契約書第10条)

指定通所介護(指定介護予防通所サービス)の提供中に利用者へ容体の変化等があった場合は、速やかに身元保証人、その他家族に連絡を取り、利用者の主治医等に連絡します。

12. 非常災害対策 (契約書第10条)

非常時の対応	火災、天災等、災害時においては、すみやかに安全を確保し人命救助に努めます。 地震警戒宣言発令の際には、直ちにご自宅にお送りしてご家族、地域での非常対策に即した行動が取れるように致します。
防災設備	消火器、スプリンクラー、自家発電装置、防災倉庫など
消防計画	内 容 : 消防署への届出および、防火管理者の設置 防災機構、自主防災、避難・救援活動、教育・訓練

13. 虐待の防止のための措置 (契約書第27条)

当事業所では、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

14. 感染症予防の取り組み (契約書第28条)

当事業所では、当該指定通所介護(指定介護予防通所サービス)において感染症が発生、又は蔓延しないように、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

15. 苦情処理（契約書第25条）

利用者は、当事業者の指定通所介護（指定介護予防通所サービス）の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。利用者は、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

当事業所の指定通所介護（指定介護予防通所サービス）についての苦情を受け付ける窓口担当者は、以下の通りです。

苦情相談窓口 リーダー：山崎 淳司
 苦情解決責任者 施設長：宮島 克利
電話番号：053-436-9535

当事業所の中には、苦情受付ボックスが施設の1階玄関前に設置してあります。備え付けの用紙に苦情等を記入して投函して下さい。また、十字の園法人本部でも苦情を受け付けています。

受け付けた苦情は、事業所の苦情解決委員会や中立な立場の第三者委員を交えた第三者委員会にて審議されます。利用者やご家族は、苦情解決のため第三者委員を交えた話し合いを行う事も可能です。

〔第三者委員〕

落合 克能 氏 (聖隷クリストファー大学社会福祉学部)	住所 浜松市中央区三方原町3453 電話番号 053-439-1400 FAX 053-439-1406
辻村 幸則 氏 (元三方原地区自治会長)	住所 浜松市中央区三方原町1832-3 電話番号 053-436-6076 FAX 053-436-6076

この他、下記の市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申立てることができます。

浜松市役所 健康福祉部介護保険課	所在地 〒430-8652 浜松市中央区元城町103番地2 電話番号 053-457-2374 FAX 053-450-0084
浜名福祉事務所 長寿保険課 北行政センター内	所在地 〒431-1395 浜松市浜名区細江町気賀305 電話番号 053-523-2863
中央福祉事務所 長寿支援課 中央区役所内	所在地 〒430-8652 浜松市中央区元城町103番地2 電話番号 053-457-2324
中央福祉事務所 長寿支援課 西行政センター内	所在地 〒431-0193 浜松市中央区雄踏1丁目31-1 電話番号 053-597-1119
静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 〒420-8558 静岡市葵区春日2丁目4番34号 電話番号 054-253-5590
静岡県社会福祉協議会 静岡県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 〒420-8670 静岡市葵区駿府町1の70 電話番号 054-653-0840 FAX 054-653-0840

年 月 日 指定通所介護（指定介護予防通所サービス）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。

所在地 静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220 番地の 11

名 称 十字の園デイサービスセンターみをつくし

説明者 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定通所介護（指定介護予防通所サービス）の提供開始に同意しました。

利用者の希望により、円滑な援助を行うため医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要がある場合、事業所が利用者の情報を関係機関へ提供することに同意します。

利用者住所： _____ 氏名 _____ 印 _____

家族又は代理人住所： _____ 氏名 _____ 印 _____