

社会福祉法人十字の園  
デイサービスセンター松崎十字の園  
「指定通所介護」重要事項説明書  
(令和5年4月1日改定)

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
( 静岡県指定 第2270100262号 )

当事業所はご契約者に対して、指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意戴きたい事を次の通り説明致します。

当サービスの利用は、原則として、要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも、サービスの利用は可能です。

## 目 次

- |               |                   |
|---------------|-------------------|
| 1. 通所介護の運営の方針 | 2. 事業所の概要         |
| 3. 事業者の職員の概要  | 4. 通所介護施設の概要      |
| 5. サービスの内容    | 6. サービスの利用方法      |
| 7. 職員の遵守事項    | 8. サービス利用に当たっての留意 |
| 9. 利用料金       | 10. 緊急時の対応方法      |
| 11. 非常災害対策    | 12. 苦情処理          |

この重要事項説明書は厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

当事業者が提供する通所介護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. 通所介護の運営の方針

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、お一人おひとりの利用者が、その尊厳が守られ、日ごと生き生きと生活することができるようにサービスを提供することを運営の方針にします。

## 2. 事業者の概要

事業者の名称	十字の園
主たる事務所の所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220-11
電話番号	053-439-9100
法人の種別及び名称	社会福祉法人
代表者職	理事長
代表者氏名	鈴木 淳司

事業所の名称	デイサービスセンター松崎十字の園
事業所の所在地	静岡県賀茂郡松崎町江奈 157
介護保険事業所番号	静岡県 2270100262 号
指定年月日	平成 14年4月 1日
交通の便	東海バス松崎停留所より徒歩3分
通常の事業の実施地域	松崎町 西伊豆町 及び下田市(蓮台寺駅以西)の一部

## 3. 事業者の職員の概要 (契約書第2条) (詳細は、別表②)

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。

## 4. 通所介護施設の概要

定員	○ 一般型 25人(1単位)
食堂及び機能訓練室	217.1㎡
浴室	○ 一般浴槽 特殊浴槽
その他の設備	○ 静養室 マッサージ機 平行棒 ○ 送迎車 車椅子対応車5台 普通車2台

## 5. サービスの内容 (契約書第2、3、6～7条)

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。

### サービスの提供時間

平日・祭日	9:30 ~ 16:30 時間延長サービス体制16:30~19:30
営業をしない日	土・日曜日、年末・年始

## **食事**

当事業所では、栄養士による献立により、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）など特別な配慮の必要な場合にもご希望に添えるように致します。

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。

## **栄養改善（栄養マネジメント）**

栄養状態が低下した方に、管理栄養士が栄養相談や指導などを行い「食」の自立を支援します。

## **入浴**

あらかじめ体温、血圧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入浴又は清拭により、清潔への援助を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴する事ができます。入浴後に軟膏を塗布する、傷の手当の必要がある場合に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。ガーゼや消毒薬は施設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が、費用を別途いただくものもあります。

着替え用下着などは必要に応じてご用意下さい。なお、持ち物、衣類などこちらでも配慮いたしますが、記名いただくと助かります。

## **排泄**

ご契約者の排泄の介助を行います。紙おむつは施設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いただいても結構です。

## **口腔機能向上**

歯科衛生士がご契約者の口腔内の状況に応じて計画した、食生活に必要な機能の回復または、その減退を防止するための口腔衛生の支援や訓練を実施します。

## **個別機能訓練**

機能訓練員が、ご契約者の心身の状況に応じて計画した、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。

## **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、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。年に2回程遠足、外食なども実施します。その際は文書にて希望を募ります。

## **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、ご契約者の身体の状況、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、追加料金をいただく場合があります。

## 6. サービスの利用方法（契約書第1、5、8～9、14～18、24条）

### (1) 利用開始

あなたが居宅サービス計画(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にご相談ください。当事業者に直接電話でお申し込みいただくこともできます。

この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者は通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

### (2) サービスの終了

- あなたのご都合でサービスを終了する場合、終了希望7日前までに文書で申し出て下さい。
- 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は、30日前までに、文書により通知します。
- あなたが介護保険施設へ入所、亡くなった場合、サービスは自動的に終了となります。
- その他

当事業者が、正当な理由がなくサービスを提俸しない場合、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3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そ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。

## 7. 職員の遵守事項（契約書第2、11、23条）

当事業所では、ご契約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。

- ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ご契約者に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、ご契約者または代理人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または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）

## 8. サービス利用に当たっての留意事項（契約書第22条）

- 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。故意に又は注意を払えば避けられたにも関わらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合はご契約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。また、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。

## 9. 利用料金（契約書第12～13条）（詳細は、別表①）

### (1) 介護保険給付対象サービス

当施設の通所介護の提供(介護保険適用部分)に際しあなたが負担する利用料金は原則として基本料金の1割、2割又は3割です。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。

○基本料金は、所定の単位に10円を乗じて得た額です。

○この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第19号)に規定される機能訓練や入浴、口腔機能向上、栄養改善に対し、一定の料金を負担していただきます。

### (2) 介護保険給付対象外のサービス

通常の事業実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用、サービス提供時間外のサービス料、食材料費、おやつ代、レクリエーションや趣味活動の材料費、行事等にかかる費用、紙おむつや衛生材料、その他の日常生活において通常必要とされる費用はあなたの負担となります。

### (3) 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10日頃までに発行いたします。お支払い方法は『現金支払い』『口座自動振替』『振込み』になっております。

- 『現金支払い』 ⇒ 施設窓口に現金でお支払いください。
- 『口座自動振替』 ⇒ 郵便貯金総合通帳から毎月20日に自動引落としになりますので、貯金残をお確かめ下さい。  
(ご希望の方は「自動払込用申込書」を当施設に用意してあります)
- 『振込み』 ⇒ 静岡銀行松崎支店普通貯金『0199100』口座名義『松崎十字の園 園長 小川秀幸』

### (4) キャンセル料

あなたのご都合により通所介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当施設に連絡してください。

#### ア 利用前のキャンセルの場合

利用日の午前8時までにご連絡いただいた場合	無料
利用日の午前8時までにご連絡がなかった場合	1日の基本料金の10% (自己負担相当分)

#### イ 利用中のキャンセルの場合

あなたがサービスを利用している期間でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

### (5) 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、当施設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に提出して差額(介護保険適用部分の9割)の払い戻しを受けてください。

## 10. 緊急時の対応方法 (契約書第10条)

通所介護の提供中に、あなたに容体の変化等があった場合は、速やかにご家族に連絡を取りあなたの主治医等への連絡や受診の援助を行います。

## 11. 非常災害対策 (契約書第10条)

非常時の対応	火災、天災等、災害時には、すみやかに安全を確保し人命救助に努めます。 東海地震情報発表時の対応 観測情報発表時 サービス提供は継続実施します。 注意情報発表時 サービス提供は継続実施しますが家族への引渡し方法の調整・準備に掛かります。 警戒宣言発令時 } サービス提供は中止いたします。発令・発生時提供中 地震発生時 } であれば施設において安全な場所で待機しご家族にお迎えいただくことを原則とします。 地域の非常対策に則し行動が取れるよう、可能な限りの援助に努めます。
防災設備	スプリンクラー 非常散水栓 消火器 非常通報装置 非常食 防災用ヘルメット 救護用担架 救護用薬品等
消防計画	消防署への届出および、防火管理者の設置 内容 : 防災機構、自主防災、避難・救援活動、教育・訓練など

12. 苦情解決のシステム 苦情処理 (契約書第25条) (詳細は別表③)

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、事業所苦情相談担当窓口で受け付けています。

○苦情受付窓口(担当者) 生活相談員 藤池久美子

○受付時間 毎週月曜～金曜 8時30分～17時30分

また、苦情受付ボックスをデイサービス事務所前に設置しています。

(2) 第三者委員

斎藤 伸彦 氏(松崎町社会福祉協議会)

江口 充 氏(社会福祉法人ベテスタ会理事)

(3) 行政期間その他苦情受付期間

松崎町役場健康福祉課福祉係

TEL 0558-42-3966

国民健康保険団体連合会

TEL 054-253-5530

静岡県社会福祉協議会

TEL 054-254-5231

西伊豆町役場健康福祉課福祉係

TEL 0558-52-1961

令和 年 月 日

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

社会福祉法人十字の園 デイサービスセンター松崎十字の園

説明者職名 生活相談員

氏名 藤池久美子 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。また、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、事業者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

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 続 柄 ( )

# 重要事項別表①

令和6年4月1日改正

## ＜通常規模型通所サービス利用料金＞

ご契約者の要介護度に応じた介護報酬基本単位となります。（下記表を参考にしてください）

＜単位／回＞

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
(a) 介護度別 基本単位 (1 回) (※送迎費含む)	658	777	900	1023	1148
(b) 入浴加算 (※入浴後利用時のみ)	40				
(c) サービス体制加算Ⅱ	18				
(d) 介護職員処遇改善加算Ⅰ	(d) 全ての単位数の5.9%				
(e) 介護職員等特定 処遇改善加算Ⅱ	(e) 全ての単位数の1.0%				
(f) 介護職員等ベースアップ加算	(f) 全ての単位数の1.1%				

\*ご参考；入浴をされた場合の自己負担額は下記の通りとなります

① 自己負担額 ( a+b+c )	716 円	835 円	958 円	1081 円	1206 円
(d) 介護職員処遇改善加算Ⅰ (a+b+cの5.9%)	42 円	49 円	57 円	64 円	71 円
(e) 介護職員等特定処遇改善 加算Ⅱ (a+b+cの1.0%)	7 円	8 円	10 円	11 円	12 円
(f) 介護職員等ベースア ップ加算(a+b+cの11%)	8 円	9 円	11 円	12 円	13 円
② 自己負担額 (1 回) 1 割負担の方 ① + (d) + (e) + (f)	773 円	901 円	1036 円	1168 円	1302 円
③ 自己負担額 (1 回) 2 割負担の方 ① + (d) + (e) ×2	1,546 円	1,802 円	2,072 円	2,336 円	2,604 円
④ 自己負担額 (1 回) 3 割負担の方 ① + (d) + (e) ×3	2,319 円	2,703 円	3,108 円	3,504 円	3,906 円

介護保険の給付対象外のサービスにつき、実費負担となるもの

介護保険外の費用	食材料費 昼食 525 円 (*時間延長の使用時、希望にて夕食 525 円) おやつ代 70 円 希望 ( する ・ しない ) レク消耗品費・製作物用教材費等 60 円希望 ( する ・ しない )
その他サービス	実費負担 (おむつ代・行事参加費・施設独自のサービス提供時の場合)

\*ご参考；②、③と給付対象外サービスの実費負担の合計が 1 回の料金のご負担額となります

およその金額（1回） 1割負担の方	1,428円	1,556円	1,691円	1,823円	2,593円
およその金額（1回） 2割負担の方	2,201円	2,457円	2,727円	2,991円	3,259円
およその金額（1回） 3割負担の方	2,974円	3,358円	3,763円	4,159円	4,561円
時間延長サービス （介護保険）	18:30 から 19:30 までの間、時間延長を使用される場合は、1回 50単位となります。 ※夕食は希望者のみとなります。				

- ☆契約者がまだ要介護認定を受けていない場合、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただき、要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻される（償還払い）が適用されます。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も、償還払いとなります。
- ☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせてご契約者の負担額を変更いたします。

#### 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

#### <サービスの概要と利用料金>

- ① レクリエーション  
ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。材料代等の実費をご負担下さい。
- ② 複写物の交付  
ご契約者は、サービスの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をご負担いただきます。
- ③ 日常生活上必要となる諸費用実費  
日常生活品の購入代金等がご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものには、かかる費用をご負担下さい。  
\*紙おむつについて・・・紙おむつをデイサービスセンターで提供させて頂いた場合は、有料（実費程度）となります。デイサービス利用日には、ご家庭で使われる枚数よりも多めにご用意くださることをお勧め致します。

パット	一律 60円	紙おむつ	120円（M）、130円（L）
紙パンツ	120円（M）、130円（L）		

- ⑤ 体験利用にかかる諸費用  
通所介護を受けるにあたって、体験利用ができます。体験期間は一日で費用は保険外となり、個人負担となります。（費用一日1,000円の中に食事、おやつ、レクリエーション代を含んでいます。）



## 重要事項別表② 事業所の職員の配置状況と勤務形態

令和4年10月1日現在

当事業所では、ご契約者に対して指定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。

**介護職員** ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

**生活相談員** ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

**看護職員** 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助も行います。

**機能訓練指導員** ご利用者様の残存機能の維持を目的として訓練を行います。

### <主な職員の配置状況> \*職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	勤務 形態	人 数	勤 務 時 間
1. 事業所長 (管理者)	常/兼	1名	勤務時間：8：30～17：30
2. 介護職員	常/専 非/専 非/兼	2名 25名 0名	勤務時間：8：30～17：30 (時間延長対応体制～19：30)
3. 生活相談員	常/専	1名	勤務時間：8：30～17：30
4. 看護職員	常/兼 非/兼	1名 3名	勤務時間：9：30～17：30
5. 機能訓練指導員	常/兼 非/兼	1名 3名	勤務時間：9：30～17：30 (内2時間)