

「陵幸園デイサービスセンター」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。

(鹿児島県指定 第 4677500037 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、利用上ご注意いただきたいことを
次の通り説明します。

※当サービスの契約は、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. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 秘密保持に関して	6
7. 緊急時の対応について	6
8. 安全対策及び介護事故発生時の対応について	6
9. 身体拘束適正化対策及び高齢者虐待防止について	6
10. 非常発生時の対応について	7
11. 各種対策について	7
12. 苦情の受付について	7
13. 契約者の記録や情報の管理・開示について	8
14. その他の運営についての重要事項	

1. 事業者

- | | |
|-------------|---|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 陵 幸 会 |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県鹿屋市吾平町麓 3805 番地 |
| (3) 電話番号 | 0994-58-6255 |
| (4) FAX番号 | 0994-58-5057 |
| (5) メールアドレス | ryoukougai@ryoukougai.jp |
| (6) ホームページ | https://ryoukougai1987.com/ |
| (7) 代表者氏名 | 理事長 長 崎 春 代 |
| (8) 設立年月 | 昭和 61 年 7 月 4 日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成12年1月28日指定
※当事業所は特別養護老人ホーム陵幸園に併設されています。
- (2) 事業所の目的 要介護状態にある契約者に対し、適正な通所介護を提供する。
- (3) 事業所の名称 陵幸園デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿屋市吾平町麓3805番地
- (5) 電話番号 0994-58-6255
- (6) 事業所長（管理者）氏名 長 崎 春 代
- (7) 当事業所の運営方針
要介護状態になった場合においても、その契約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た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い、心身の機能の維持を図る。
- (8) 開設年月 平成6年3月1日
- (9) 契約定員 30人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 鹿屋市及び肝属郡全域
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月 ～ 土
営業時間	8時 30分 ～ 17時 30分
サービス提供時間	9時 45分 ～ 15時 45分

4. 職員の配置状況

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。

＜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	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1	兼務
2. 介護職員	4	4名以上
3. 生活指導員	1	1名以上
4. 看護職員	1.5	1名以上
5. 機能訓練指導員	1	1名以上

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業

所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）
で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算
では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となり
ます。

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間： 8：30～17：30 原則として職員 1 名あたり契約者 4～5 名のお世話を します。
2. 看護職員	勤務時間： 8：30～17：30 原則として 1 名の看護職員が勤務します。

5. 当事業所が提供するサービスと契約料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 生活指導等

集団活動を通じての契約者への生活指導、健康及び生活相談並びに契約者
が趣味を通じて生きがいをもつよう各種サークルの開設を行います。

② 機能訓練（日常動作訓練）

日常生活上の機能の維持及び低下を防止するため、個々のケースに合わ
せた個人訓練及び軽運動、趣味活動等の集団訓練を行います。

③ 健康増進・健康チェック

血圧測定、体温測定及び問診その他定期的に体重測定等の健康チェック
を行い身体健康状態によっては養生のプログラム化を図ります。

④ 入浴サービス

一般浴のほか介助の必要な契約者については、介助浴又は特浴による入
浴サービスを行います。

⑤ 給食サービス

契約者に昼食提供を行います。

⑥ 送迎

通常の実施地域のみ送迎を行います。

⑦ 排泄

随時、排泄介助を行います。（オムツ利用の方はご持参下さい）

＜サービス利用料金（１回あたり）＞

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１．サービス利用料金	7,600 円	8,770 円	9,950 円	11,120 円	12,300 円
・基本料金	5,840 円	6,890 円	7,960 円	9,010 円	1,0080 円
・入浴加算	400 円				
・個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560 円				
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	60 円				
・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ	10.9%				
２．うち、介護保険から給付される金額	6,840 円	7,893 円	8,955 円	10,008 円	11,070 円
３．サービス利用に係自己負担額（１－２）	760 円	877 円	995 円	1,112 円	1,230 円

※上記基本料金は、６時間以上 ７時間未満の場合です。

※利用者負担合計に科学的介護推進加算が別途（月４０円）加算されます。

※利用負担金合計に個別機能訓練加算（Ⅱ）が別途（月２０円）加算されます

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。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ます（償還払い）。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。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交わします。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

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。

＜サービスの概要と契約料金＞

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

料金：1回 600円

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約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。契約料金：原則、材料代等は無料です。

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かかる費用を負担いただきます。

・おむつ代

（注）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か月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

前記の（１）、（２）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口への現金支払い。

イ. 下記指定口座へのお振り込み

鹿児島銀行	笠之原出張所	普通預金	22844
	名義	社会福祉法人	陵幸会
		陵幸園デイサービスセンター	
		園長	長崎春代

（４）契約の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申出をされた場合、

取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

ア 利用予定日の前日午後5時30分までに申し出があった場合は、無料

イ 利用予定日の前日午後5時30分までに申し出がなかった場合は、キャンセル料として食費をいただきます。

- ウ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 秘密保持に関して

職員は、業務上知りえた契約者又はその家族の秘密を保持します。

職員であった者に、業務上知りえた契約者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

7. 緊急時の対応について

契約者の状態変化、急変などがあった場合は、ただちに事業管理者に報告し、ご家族に連絡するとともに、契約者のかかりつけ医療機関と連携し必要に応じて適切な措置を講じます。

8. 安全対策及び介護事故発生時の対応について

安全管理委員会を定期的（3ヶ月に一回以上）あるいは必要時に開催し、施設の安全対策を協議・検討いたします。利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者及び身元保証人又は後見人等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ記録を整備します。事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。年に2回以上の研修を行います。

9. 身体拘束適正化対策及び高齢者虐待防止

身体的拘束廃止推進委員会及び高齢者虐待防止委員会を定期的（3ヶ月に一回以上）あるいは必要時に開催し、当施設の身体拘束ならびに高齢者虐待の状況を協議・検討し、廃止へ向けた取り組みを行います。協議内容については、記録を整備し職員へ周知いたします。また職員に対して、高齢者虐待防止の基礎的内容の適切な知識を普及・啓発するために、年に2回以上の研修を行います。事業者は、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しません。

10. 非常発生時の対応について

災害時の対応	別途定める「陵幸園消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「陵幸園消防計画」にのっとり年2回以上の消防訓練を
防災設備	非常通報装置等、消防法に定める基準設備を完備しています。
消防計画等	別途定める「陵幸園消防計画」による。

11. 各種対策について

○非常災害や感染症対策

災害や感染症が発生しても必要なサービスを継続的に提供していくため、必要性の高い対策や計画を策定し、感染症ならびに周辺地域において想定される、火災・震災・風水害その他非常災害には、地域との連携にも努めます。

- ・防災設備自動通報装置、スプリンクラー、消火器、消火栓等、避難器具
- ・感染症発生シミュレーション訓練、防災訓練各年2回以上

○褥瘡防止対策

褥瘡対策委員会を3ヵ月に1回以上あるいは必要時に開催し、当施設の褥瘡策を討議・検討し、その効率的な推進を図り、予防と治療を行います。

○感染症対策

感染症対策委員会を3ヵ月に1回以上あるいは必要時に開催します。感染対策委員会では、感染症に対する予防対策を討議・検討し、感染源の隔絶、除去及び感染経路の遮断に取り組み、安全な生活環境の構築に努めます。年に2回以上の研修を行います。

12. 苦情の受付について

(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以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 生活相談員 佐々木 美紀代

○受付時間 月～土 8：30 ～ 17：30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

連絡先 陵幸園デイサービスセンター 0994-58-6255

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。

(3) 苦情解決のための話し合い苦情解決責任者は、申し出人と誠意をもって話し合い、速やかに解決を図るように努めます。その際は、苦情申し出人は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

- ・第三者委員による苦情内容の確認
- ・第三者委員による解決案の調整、助言
- ・話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) 行政機関その他苦情受付機関

鹿屋市役所 高齢福祉課	所在地 電話番号 FAX	鹿屋市共栄町 20 番 1 号 0994-43-2111 0994-42-2001
肝付町 保健課・福祉課	所在地 電話番号 FAX	肝属郡肝付町新富 98 0994-65-2511 0994-65-2521
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 FAX 受付時間	鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号 099-213-5122 099-213-0817 8:30~17:00
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 電話番号 FAX 受付時間	鹿児島市鴨池新町 1 番 7 号 099-257-3855 099-251-6779 8:30~17:00
鹿児島県地域振興局保健福祉環境部（鹿屋保健所）地域保健福祉課 介護指導課係	所在地 電話番号 FAX 受付時間	鹿屋市打馬 2 丁目 16-6 0994-52-2122 0994-52-2120 8:30~17:00

13. 契約者の記録や情報の管理・開示について

関係法令に基づいて、契約者の記録や情報を適切に管理し、契約者の求めに応じて、その内容を開示します。また契約者およびご家族の情報の使用に関してはあらかじめ別紙「個人情報に関する同意書」により同意の上、使用させていただきます。

14. その他の運営についての重要事項

◎当事業所は職員の質の向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備しております。

◎契約者又は他の契約者等の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合についてのみ、身体拘束を行うことがあります。その際は、契約者及びご家族に説明をし、同意に関してのご相談をすることとしています。また、同意を得た場合、その状態・時間その際の契約者の心身状況、並びに緊急やむを得ない理由を記録いたします。

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 平屋
- (2) 建物の延べ床面積 456.39㎡
- (3) 事業所の周辺環境 広々とした田園を眼下に見渡せ、周囲には国見山、東岳、遠く高隈山を眺望できる大自然に包まれたすばらしい環境に恵まれています。

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

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。5名の契約者に対して1名の介護職員を配置しています。

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。1名の生活相談員を配置しています。

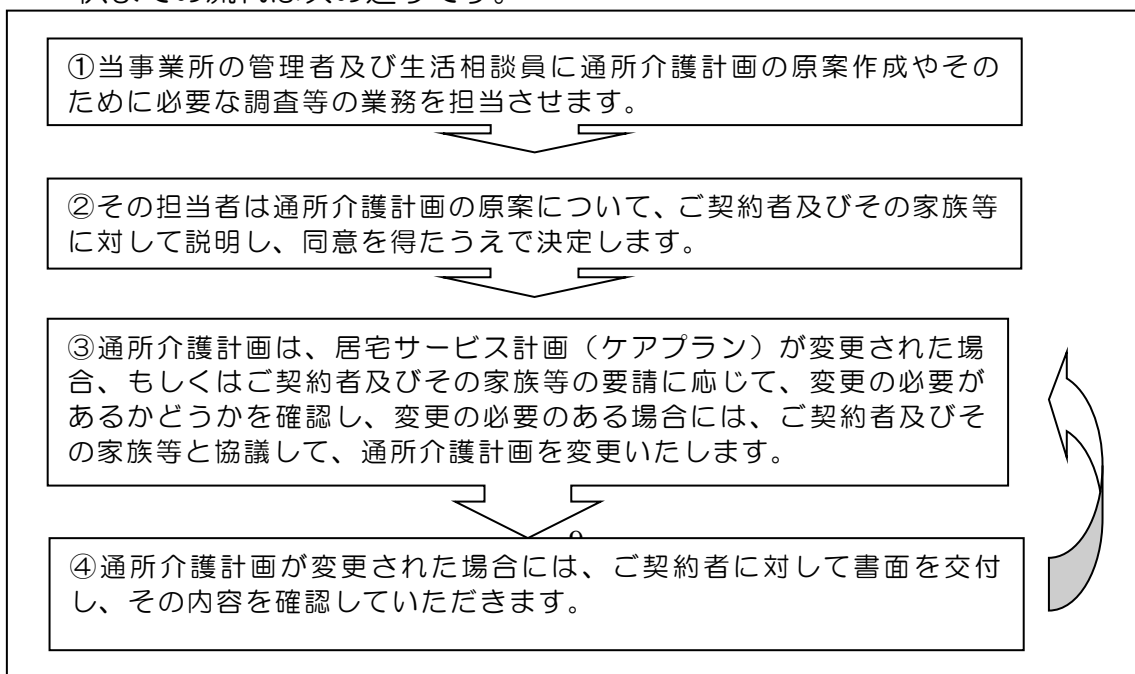
看護職員… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

1名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

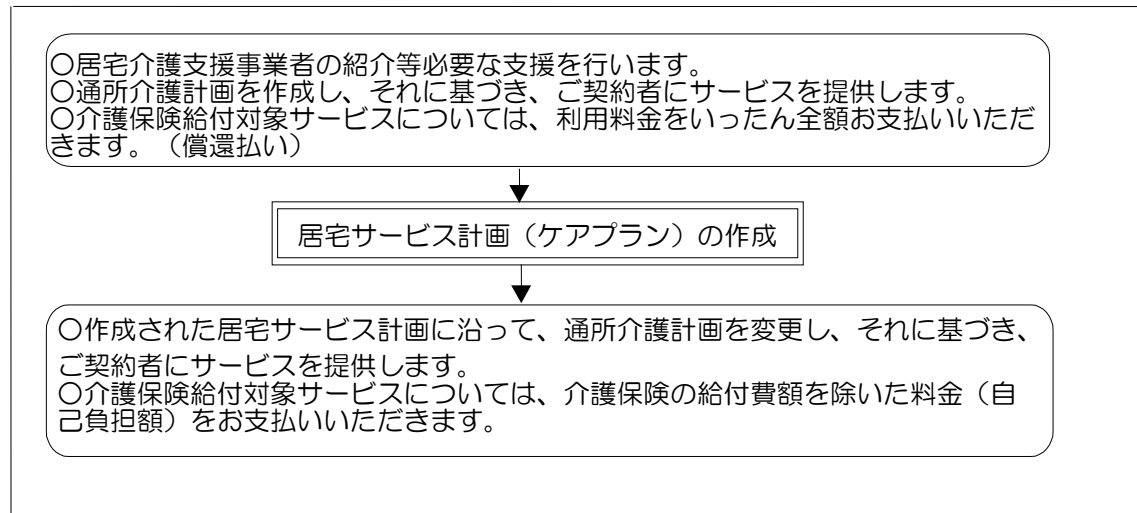
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。

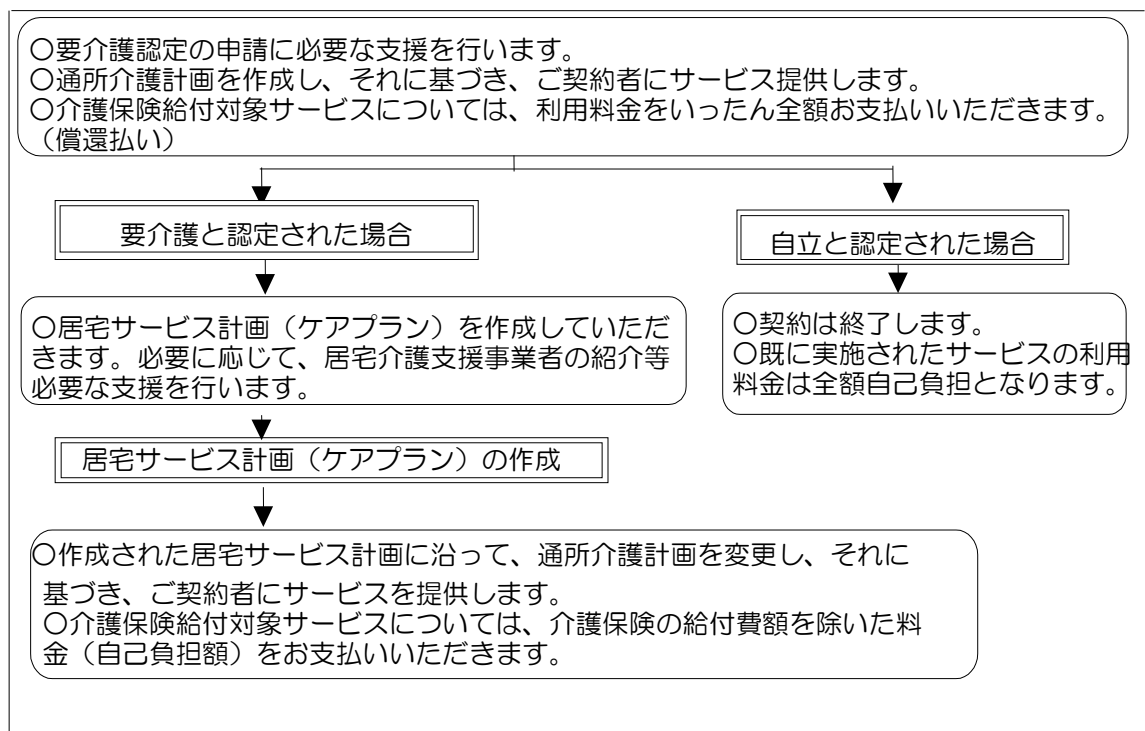


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務

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。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又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）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

5. サービスの利用に関する留意事項

（１）施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って契約して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の契約者に対し、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。
 - 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
 - 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当施設の職員や他の契約者に対し、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。
- 職員に対するハラスメントに該当する行為に対しては、適切に対応さ

させていただきます。

- ・暴力又は無理な要求や人格否定等の許容範囲を超える言動
- ・必要なく体に触れる、執拗に個人の携帯番号を聞く等の性的な言動

(2) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

6. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. 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。

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、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
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所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
- ⑥ご契約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。）
- ⑦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。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から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7日前までに解約届出書をご提出ください。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ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく通所介護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又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の契約者がご契約者の身体・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

（２）事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、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ご契約者による、サービス利用料金の支払いが１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ご契約者が、故意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契約者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

（３）次の事由に該当した場合は、事業所は直ちに本契約解約終了致します。

- ①契約者又は、その家族が事業者やサービス従業者、他の契約者に対して、本契約を継続し難い程の背信行為を行った場合
- ②契約者やその家族が他の契約者や職員に対して威嚇行為や危害を加えた場合
- ③暴力又は乱暴な言動、無理な要求（物を投げつける、刃物をむける等）
- ④セクシュアルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動等）
- ⑤その他（個人の携帯番号を聞く、ストーカー行為等）

（４）契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、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。

令和 年 月 日

指定通所介護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。

指定通所介護事業者名 陵幸園デイサービスセンター

説明者職名 氏 名 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。

契約者 住所

契約者 氏名 印

身元引受人 住所

身元引受人 氏名 印

続 柄 ()

※身元引受人(家族)とは契約者の連帯保証人を意味し、利用料その他係る一切の責任を負うものとする。