

デイサービスセンターキャロット広場 重要事項説明書

(令和 7 年 4 月改定)

当施設は介護保険の指定を受けています。

【長崎県指定 第 4270500269 号】

当施設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。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	1
2. 事業所の概要	2
3. 施設の概要	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
6. 契約の終了について	6
7. 苦情の受付について	7
8. 契約締結からサービス提供までの流れ	8
9. サービス提供における事業者の義務	8
10. 施設利用の留意事項	9
11. 損害賠償について	9

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|-----------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 恵光会 |
| (2) 法人所在地 | 長崎県大村市東大村 2 丁目 1 6 1 6 番地 2 |
| (3) 電話番号 | 0 9 5 7 - 2 0 - 7 0 2 0 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 遠山 光宣 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 42 年 10 月 1 日 |

2. 事業所の概要

- (1) 施設の種類 通所介護事業・平成20年4月1日指定
長崎県 4270500269 号
- (2) 施設の目的 通所介護
- (3) 施設の名称 デイサービスセンターキャロット広場
- (4) 施設の所在地 長崎県大村市富の原2丁目4番地4
- (5) 電話番号 0957-55-5031
- (6) 管理者氏名 山崎 かずみ
- (7) 利用定員 25名
- (8) 営業日 月～土曜日（年始1月1日休業）
- (9) 営業時間 午前8:30～午後18:00
- (10) 利用時間 午前9:00～午後17:00

3. 施設の概要

当施設では以下の設備を用意しています。但し、ご利用者の心身状況に応じて利用できない設備がございますのでご了承ください。

設備の種類	個数	備考
一般浴室	1	
リフト機械浴	1	一般浴室では入浴できない方
ドクターメドマー	1	血栓症・重度の動脈瘤・急性静脈瘤の方は使用できません。
訓練用具	一式	平行棒・階段昇降など
調理訓練室	1	おやつ作り等を行います
静養室	1	
相談室	1	
事務室	1	

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して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	人数
1. 管理者	1名
2. 生活相談員	1名以上
3. 介護員	3名以上
4. 看護職員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1、介護職員	午前8：30～午後17：30 午前9：00～午後18：00
2、生活相談員	午前8：30～午後17：30 午前9：00～午後18：00
3、看護・訓練職員	午前8：30～午後17：30 午前9：00～午後18：00

☆非常勤に関しては、業務内容で違いがあります。

＜配置職員の職種＞

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。

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。

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

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練及び運動機能向上訓練を担当します。

主に、理学療法士が担当します。

（看護師は機能訓練指導員を兼務しております。）

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設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、利用基本料金の通常 7 割～9 割が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 入浴

- ・ ご利用者の状態に応じて入浴又は清拭を行います。

② 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 食事介助

- ・ ご利用者にあった形態の食事を用意し、自立を促すための食事介助を行います。

④ 衛生管理

- ・ ご契約者がいつも清潔な状態で生活していただけるよう、口腔ケアを含めご契約者の衛生管理を行います。

⑤ 相談及び援助

- ・ ご利用者およびご家族からの生活面でのご相談に応じます。

⑥ 送迎

- ・ ご自宅から当施設までの送迎を行います。

⑦ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑧ 健康管理

- ・ 看護職員が、バイタルチェック等ご利用者の健康管理を行います。

⑨ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

⑩ 身体拘束廃止への取り組み

- ・ 本事業所では、ご契約者の尊厳を継続させていただくために、どのような心身状態になられても身体拘束をしない取り組みを行なっております。

＜サービス利用料金（一日あたり）＞

別紙 1（12 ページ）【表 1】【表 2④】の料金表により、ご契約者の介護度に応じた基本料金から
介護保険給付費額を除いた金額（※利用者負担額）に【表 2 ⑤】の金額を合わせて
お支払い下さい。

- ☆ ご契約者がまだ要支援、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一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、利用者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）。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」を交付します。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ ご利用者の希望により利用時間変更をご希望される方は、サービス提供時間に応じた利用料となりますので、介護支援専門員にお問い合わせください。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

- 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（実費）を負担いただきます。
- 介護保険区分支給限度額を超えた際のサービス提供については全額自己負担(実費)となります。
- 食事費（昼食分 650 円）

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、翌月１５日前後にご契約者へ送付いたします。お支払いは送付月の月末までに現金、又は振込みでお支払いください。

（５）事故発生時の対応について

入所者の病状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに救急車手配又は主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、ご家族への連絡を行います。
その他、必要に応じて関係機関に連絡し、敏速な対応に努めます。

（６）第三者委員の評価について

当施設は、ご契約者に提供するサービスにおいて第三者委員の評価は受けておりません。

6. 契約の終了について

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、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、仮に下記のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了することとなります。

- ①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
- ②事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑤ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることが出来ます。その場合には、7日前までに申し出てください。

但し、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サービスを実施しない場合
- ④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
- ⑤事業者もしくはサービス事業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
- ⑥他の利用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) 事業所からの申し出により契約解除する場合

以下の事項に該当する場合には、当施設の契約を解除することがあります。

- 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、サービス料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、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利用者等の生命、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
- ④ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合（以下の通りです。）
- ⑤ご契約者が入院や施設入所など在宅介護でなくなった場合。

7. 苦情の受付について

当施設における苦情の受付、苦情申出窓口について

苦情受付ボックスを玄関入り口付近に設置しています。

また、本事業所では利用者からの苦情に適切に対応する体制を整えております。

本事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び生活相談員を下記により設置し、苦情解決に努めております。

1. 苦情解決責任者 山崎 かずみ
2. 苦情受付担当者(生活相談員) 吉武 ゆかり

苦情受付連絡先

住所：大村市富の原 2 丁目 4－4

電話：0957-55-5031

受付：9：00～17：00（月～土）

4. 苦情解決の方法

(1) 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者及び生活相談員が随時受け付けます。ご遠慮なく申し出ください。

(2) 苦情の受付の報告・確認

苦情受付担当者及び生活相談員が受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告いたします。苦情解決責任者は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情内容により、職員の立会いを求めることがあります。

ア. 介護員、看護師

イ. 生活相談員

ウ. 事務員

・話し合いの結果や改善事項等は書面にてお渡しいたします。

(4) 本事業所には第3者委員を配置しております。

第3者委員 糸田 國子 電話番号 0957-54-1494

野添 幸重 電話番号 0957-54-2337

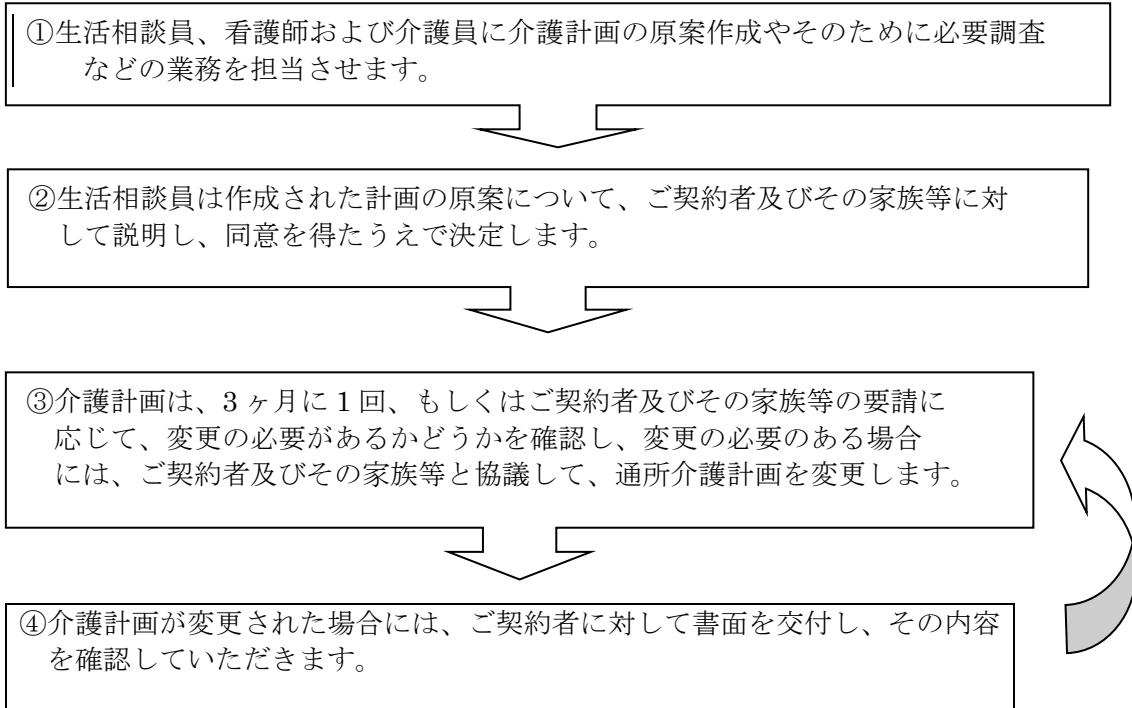
(5) 本事業者で解決できない苦情は、大村市長寿介護課（20－7301）もしくは長崎県社会福祉協議会（長崎市茂里町 3-24・TEL095-842-6410）に設置された「運営適正化委員会」に申し立てることができます。

なお、介護保険事業に関する苦情は「県国民健康保険団体連合会」（095-826-1599）で受け付けます。

8. 契約締結からサービス提供までの流れ

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、契約後作成する通所介護計画（以下、「介護計画」という。）に定めます。

「介護計画」の作成及びその変更は次の通り行います。尚、介護計画は、介護支援専門員の作成するケアプランに沿って作成いたします。



9. サービス提供における事業者の義務

当施設は、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、2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 ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護する為に緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- 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）。
但し、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の情報等を提供します。
また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

10. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、下記の事項をお守り下さい。

(1) 面会

- ※ 面会については、事前にお知らせ願います。
- ※ 来訪される場合、お菓子・金銭等の持ち込みはご遠慮ください。
- ※ 来訪者は、必ずその都度職員に申し出てください。
- ※ 感染症拡大防止対策の為、面会時の検温・手指消毒・マスク着用・面会時間の制限や場所の指定等お願いする場合があります。

(2) 外出

外出される場合には、事前にお申し出下さい。
但し、介護保険法上サービス利用中の外出は介護保険報酬算定で問題を生じる場合がありますので、あらかじめ職員と協議をお願いいたします。

(3) 食事

食事が不要な場合は、前日までに申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、食費は減免されます。当日のキャンセルについて、朝 9:00 以降は減免ができませんのでご注意下さい。

(4) 施設・設備の使用上の注意

- 共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に、施設及び設備を壊したり、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修復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当施設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。

(5) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

11. 損害賠償について

当施設において、事業所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。

但し、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等により、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

令和 年 月 日

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。

デイサービスセンターキャロット広場

説明者氏名 _____ ㊞

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、通所介護サービスの提供開始に同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏 名 _____ ㊞

家族又は代理人(又は法定代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報について、デイサービスセンターキャロット広場が、医療機関や福祉サービス事業者等に必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

（目的） 利用者のための居宅サービス計画等に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議や関係機関との連携調整等において必要な場合。

（条件） 1.個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当っては関係機関以外の者に洩れることのないように細心の注意を払うこと。

2.個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

契 約 者

氏 名 _____ (印)

家族又は代理人（又は法定代理人）

氏 名 _____ (印)

《別紙 1》 令和 7 年 4 月 1 日以降 通所介護基本料金一覧表

【表 1】

	要介護 1		要介護 2		要介護 3		要介護 4		要介護 5	
	基 本 単 位	基 本 料 金	基 本 単 位	基 本 料 金	基 本 単 位	基 本 料 金	基 本 単 位	基 本 料 金	基 本 単 位	基 本 料 金
3 時間以上 4 時間未満	370	3,700	423	4,230	479	4,790	533	5,330	588	5,880
4 時間以上 5 時間未満	388	3,880	444	4,440	502	5,020	560	5,600	617	6,170
5 時間以上 6 時間未満	570	5,700	673	6,730	777	7,770	880	8,800	984	9,840
6 時間以上 7 時間未満	584	5,840	689	6,890	796	7,960	901	9,010	1008	10,080
7 時間以上 8 時間未満	658	6,580	777	7,770	900	9,000	1023	10,230	1148	11,480

【表 2】

	加算・実費	基本単位(単位)	基本料金(円)	備 考
㊤	入浴介助加算Ⅰ	40	400	
	個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	56	560	※利用毎に(イ) 又は(ロ)どちら かの加算となり ます。
	個別機能訓練加算Ⅰ(ロ)	76	760	
㊦	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	180	
	処遇改善加算Ⅲ	介護職員等処遇改善加算Ⅲ (基本料金+㊤)×8.0%		
	昼食代	650 円		
	オムツ代等 (自費サービスや個人使用物品等)	実費		

※【表 1】 + 【表 2㊤】 の 1 割～3 割 + 【表 2㊦】 が個人負担となります。
(1 割・2 割・3 割は介護保険負担割合証に基づく)