

# シニアフィットネス デイ ここから重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

地域密着型通所介護

(大垣市指定 第2192100473号)

当事業所はご契約者に対して指定居宅サービス（通所介護）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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## ◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金
5. マイナンバーの取り扱いについて
6. 事業者からの契約解除について
7. 苦情の受付について

## 1. 事業者

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 麩城会      |
| (2) 法人所在地 | 岐阜県大垣市入方3丁目70-1 |
| (3) 電話番号  | 0584-88-1567    |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 名 和 久       |
| (5) 設立年月  | 平成8年7月5日        |

## 2. 事業所の概要

- |            |                |
|------------|----------------|
| (1) 事業所の種類 | 指定地域密着型通所介護事業所 |
|            | 令和4年6月20日指定    |

- (2) 事業所の目的 社会福祉法人麩城会が実施する居宅サービスにおいて、適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業者の管理者や従業員が、要介護状態にある高齢者に対し適切な介護サービスを提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 シニアフィットネス デイ ここから
- (4) 事業所の所在地 岐阜県大垣市友江 2 丁目 1 番地 1
- (5) 電話・FAX 番号 電話：0 5 8 4－4 7－7 4 2 0 FAX：0 5 8 4－4 7－7 4 2 1
- (6) 管理者 氏 名 管理者 村田 務
- (7) 当事業所の運営方針 要介護者等の心身の特性を踏まえて、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うことにより、要介護者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的、精神的な負担の軽減を図ることに重点をおいて運営するものとする。
- (8) 開設（サービス開始）年月  
地域密着型通所介護 令和 4 年 6 月 2 0 日
- (9) 通常の事業の実施地域 大垣市全域（墨俣地区は除く） 養老町
- (10) 営業日及び営業時間

	地域密着型通所介護
営業日	月曜日～金曜日（ただし 1 2 月 2 9 日～1 月 3 日を除く）
営業時間	月曜日～金曜日 8 時 3 0 分～1 7 時 3 0 分
サービス提供時間帯 1	月曜日～金曜日 9 時 1 5 分～1 2 時 1 5 分
サービス提供時間帯 2	月曜日～金曜日 1 3 時 3 0 分～1 6 時 3 0 分

- (11) 利用定員  
地域密着型通所介護 サービス提供時間帯 1 1 8 人（9 時 1 5 分～1 2 時 1 5 分）  
サービス提供時間帯 2 1 8 人（1 3 時 3 0 分～1 6 時 3 0 分）

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して地域密着型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。

職種	地域密着型通所介護	
	職員数	指定基準
1. 管理者（兼務）	1 名	1 名
2. 介護職員（兼務）	2 名以上	2 名
3. 生活相談員（兼務）	1 名以上	1 名
4. 看護職員（兼務）	1 名以上	1 名
5. 機能訓練指導員（兼務）	1 名以上	1 名

#### ＜主な職種の勤務体制＞

職種	地域密着型通所介護
1. 生活相談員	9：1 5～1 6：3 0 1 名
2. 介護職員	9：1 5～1 6：3 0 2 名以上
3. 看護職員	9：1 5～1 6：3 0 1 名以上
4. 機能訓練指導員	9：1 5～1 6：3 0 1 名以上

## 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

### (1) 当施設が提供する基準介護サービス

#### ＜サービスの概要＞

##### ①排 泄

- ・ご契約者の個々の状態に合わせた排せつの介助を行います。

##### ②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。

#### ＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第7条参照）

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。（※1単位＝10.14円）

地域 密着型 通所介護 費	通所介護基本サービス費		個別機能訓練加算 Ⅰイ又はⅠロ	サービス提供 体制加算Ⅱ	自己負担額		
					1割負担	2割負担	3割負担
3 ～ 4 時間	要介護1	416単位	76単位 (56単位)	18単位	565円	1,129円	1,694円
	要介護2	478単位			633円	1,267円	1,900円
	要介護3	540単位			702円	1,404円	2,106円
	要介護4	600単位			768円	1,537円	2,305円
	要介護5	663単位			838円	1,676円	2,515円

※個別機能訓練加算Ⅱとして20単位（1ヶ月）を算定します。

※科学的介護推進体制加算として40単位（1ヶ月）を算定します。

※1ヶ月の総単位数に介護職員等処遇改善加算Ⅰ（92/1000）  
を算定します。

ご希望時には以下の雑費が別途追加されます。

飲料代 120円

☆社会福祉法人による減額の認定証をお持ちの方は、サービス利用時に提出して下さい。

☆介護保険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。

☆施設利用料金（自己負担分）の詳細につきましては別紙利用料金表を参考にして下さい。

### (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。

#### ＜サービスの概要と利用料金＞

##### ① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

## ②レクリエーション・クラブ活動

教室等に参加していただいた場合に実費がかかる場合があります。(材料費等)

## ② 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。

内 容	代 金
リハビリパンツ	30 円/枚
尿取りパッド	25 円/枚
紙オムツ	L 95 円/枚 M 85 円/枚

## (3) 利用料金のお支払い方

施設利用料金につきましては、1 か月ごとに計算し、翌月請求します。十六銀行コンピューター株式会社による自動集金システム（自動口座振替）をご利用下さい。

手数料につきましては施設で負担させていただきます。

なお、日常生活上必要となる諸経費実費については、利用終了後ご請求させていただきます。

## (4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 8 条参照）

○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、利用予定日の前日までに事業者申し出て下さい。

○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、他の日時を契約者に提示して協議します。

## (5) サービス利用に当たっての留意事項

○利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従事者にご一報ください。

○利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従事者に声をかけてください。

○事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。

○従事者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

○お弁当の持込はご希望により応じておりますが、持ち込まれた弁当等の管理や衛生面、及びこれに関わる事故（食中毒）につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。

## (6) 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年 2 回利用者及び従業者等の訓練を行います。

## (7) 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

## (8) 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## (9) 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

ご契約者から開示を求められた個別介護計画、個別経過記録、モニタリング、カンファレンス、カルテなどの個人の記録に関しては「個人情報にかかる開示申請等に関する規則」に基づき開示します。

## (10) 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

平成17年4月より施行されました「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに必要な措置を講じるものとします。

### (11) 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざる得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

### (12) 感染症及び非常災害の対策

感染症や非常災害が発生した場合でも必要なサービスを継続的に提供できるよう業務継続計画の査定や研修及び訓練を実施します。

## 5. マイナンバーの取り扱いについて（契約書第12条参照）

- 1 通知カードや個人番号カード、本人の個人番号が記載された住民票の写しは、事業所等で保管致しません。利用者様やご家族様、成年後見人等の代理人が保管することを原則とします。
- 2 委任された利用範囲を超えて、個人番号を利用することはありません。また、むやみに他に提供することはありません。
- 3 個人番号が記載された申請書等のコピーを事業所等で保管する場合は、個人番号の記載箇所の黒塗りを行うなどの安全管理を行います。
- 4 事業所より、法人・施設・職員の名前を名乗り、電話にて利用者様やご家族様の個人番号を問い合わせることはありません。

## 6. 事業者からの契約解除について（契約書第20条第4項）

利用者またはその家族、その他関係者が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（身体暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕をさわる等）、カスタマーハラスメント（人権格

の侵害、誹謗中傷、理不尽な言いがかり、無理な要求など）のハラスメント行為を含む）を行い、事業者からの再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがない場合は、文書により契約を解除する場合があります。

## 7. 苦情の受付について（契約書第 22 条参照）

### （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。

- 苦情解決責任者 施設長 村 田 務
- 苦情受付窓口（担当者） 生活相談員 田中 由利菜
- 受付時間 月曜日～金曜日

８：３０～１７：３０

TEL：０５８４－４７－７４２０

FAX：０５８４－４７－７４２１

メール kokokara@yuuwaen.jp

また、苦情受付ボックスを事務所に設置しています

### （２）行政機関その他苦情受付機関

大垣市役所介護保険課	所在地 〒503-8601 大垣市丸の内 2-2-9 Tel0584-81-4111 fax0584-81-6221 受付時間 8時30分～17時15分
岐阜県国民健康保険 団体連合会	所在地 〒500-8385 岐阜市下奈良 2丁目2番1号 Tel058-275-9826 受付時間 9時00分～17時00分
岐阜県運営適正化委員会 (岐阜県社会福祉協議会)	所在地 〒500-8385 岐阜市下奈良 2丁目2番1号 Tel058-278-5136 fax058-278-5137 受付時間 9時00分～17時00分

### 《苦情解決第三者委員》

特定非営利活動法人 旅人とたいようの会	所在地 〒503-0892 大垣市橘町1丁目3番地 Tel0584-73-2662 fax0584-82-4158 メール tabibito1@bird.ocn.ne.jp 受付日 月曜日～金曜日 受付時間 9時00分～16時00分
------------------------	--

### 《法人本部》

社会福祉法人麩城会	所在地 〒503-0962 大垣市入方3丁目70番地1 Tel：0584-88-1567 fax：0584-88-1577 受付時間 8時30分～17時30分
-----------	---

令和      年      月      日

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

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同意しました。

利用者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

ご家族（扶養者）

住所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

關係