

社会福祉法人 長崎愛心会

『みえ愛の郷デイサービスセンター』

(指定地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス)

重要事項説明書

当施設は、介護保険の指定を受けています。
(長崎県指定 第 4270108105 号)

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービス、介護予防通所介護相当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内容及び契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

令和 8 年 1 月 1 日現在

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人長崎愛心会
(2) 法人所在地 長崎県長崎市三京町8 1 1 番地 1 6
(3) 電話番号 0 9 5 - 8 6 5 - 8 5 7 3
(4) 代表者氏名 理事長 古仲 敦

(5) 設立年月日 平成 2 2 年 4 月 7 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
介護予防通所介護相当サービス
平成 23 年 5 月 1 日指定 長崎県第 4270108105 号
※当事業所は特別養護老人ホームみえ愛の郷に併設されています。
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、通所介護サービス及び介護予防通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 みえ愛の郷デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 長崎県長崎市三京町8 1 1 番地 1 6
- (5) 電話番号 0 9 5 - 8 6 5 - 8 5 7 3
- (6) 代表者氏名 管理者 古仲 浩典
- (7) 運営方針 事業所は、要支援・要介護者の心身の特性を踏まえて、その居宅においてその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日 平成 2 3 年 5 月 1 日
- (9) 利用定員 10 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は、以下の地域とする。

《サービスの概長崎市》

三京町、三重町、三重田町、畦町、檜山町、永田町、上黒崎町、下黒崎町、東出津町、西出津町、赤首町、下大野町、上大野町、神浦夏井町、神浦向町、神浦丸尾町、神浦江川町、神浦下道德町、神浦上道德町、神浦口福町、神浦北大中尾町、神浦上大中尾町、神浦下大中尾町、神浦扇山町、新牧野町、松崎町、西海町、さくらの里、京泊町、豊洋台、畝刈町、鳴見台、鳴見町、多以良町、見崎町、相川町、式見町、四杖町、牧野町、手熊町、園田町、北陽町、滑石、横尾、大園町、葉山、北栄町、大宮町、西北町、岩屋町、若竹町、赤迫、泉、琴海村松町、琴海大平町一部

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8:30~17:30
サービス提供時間	10:00~16:15

4. 設備の概要

食堂兼機能訓練室	1室	浴室	一般浴・リフト浴
静養室	1室2床	相談室	1室
送迎車	4台		

5. 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及び指定介護予防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	配置数	指定基準
管理者	1名	1名
生活相談員	1名	1名以上
介護・看護職員	2名	1名以上
機能訓練指導員	1名	1名以上

主な職種の勤務体制は以下のとおりです。

職種	勤務体制
管理者	8:30~17:30
生活相談員	8:30~17:30
介護職員	8:30~17:30
看護職員	8:30~17:30
機能訓練指導員	8:30~17:30

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

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。

(1) サービス内容

①食事

- ・管理栄養士の作成する献立により、栄養及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者お一人おひとりの身体状況に配慮した食事形態や内容での食事を提供します。
- ・食事時間は、12:00～13:00です。なお、延長利用等で夕食をご希望の場合には提供します。(17:00～18:00)

②入浴

- ・ご契約者が身体の清潔を保持し、精神的にも快適な生活を営むことができるよう、入浴を行います。
- ・身体状況で入浴が困難な方でも、リフト浴等にて入浴を楽しんでいただけます。

③排泄

- ・ご契約者の身体状況に応じ、適切な方法での介助を行うとともに、排泄の自立を目標に、ご契約者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。

④機能訓練

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

⑤健康管理

- ・看護職による健康チェックを毎日行い、健康管理に努めます。
- ・緊急等必要な場合には、ご契約者の主治医あるいは協力医療機関を受診します。医療機関を受診する場合は責任をもって引継ぎます。

⑥その他自立への支援

- ・施設での時間が実りあるものとするために、適宜レクリエーションや行事活動を企画します。

⑦相談及び援助

- ・ご契約者とそのご家族からのご相談に応じます。

(2) サービス利用料金

①介護保険給付サービスの負担額は、別紙「みえ愛の郷デイサービスセンター 利用料金表」(以下、「料金表」という。)の通りです。ご契約者の要支援・要介護度に応じたサービス利用料金及び各種加算料金から、介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。

②介護保険給付サービス以外に係るその他の費用の内訳については、別紙「料金表」の通りです。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求します。請求書発送月から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。

- ①指定口座への振り込み
- ②施設窓口での現金支払い
- ③ご指定の口座からの自動振替

※3ヶ月を超えて利用料が未納の場合は、契約を終了していただく場合があります。

7. 非常災害時の対策

非常災害時については、別途定める当施設の消防計画書に従い対応します。防災設備については、全館スプリンクラー、火災報知器、消火栓、消火器などが備わっております。防災訓練については、消防機関との連絡を密にして、避難救出及び消火に関する訓練を適宜実施します。

また、火災以外（地震や台風等）の災害を想定した訓練を実施します。

8. 事故発生時の対策

ご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、速やかに県市町村、ご利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 個人情報の保護について

(1) 秘密の保持について

ご利用者及びその家族に関する秘密（以下、「個人情報」とする。）の保持について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。また、施設及び従業者は、サービス提供を行う上で知り得た個人情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この個人情報を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。事業所は、従業者に対して、業務上知り得た個人情報について、従業者である期間と従業者でなくなった後においても秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容としています。

(2) 個人情報の利用について

個人情報については、法人の運営する各事業所がサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、責任者のもとに保管するとともに、下記の利用目的に沿った利用を行うものとします。別紙「個人情報の利用同意書」にて個人情報を利用することにご同意いただきます。なお、下記以外の利用目的で情報を利用する場合は、事前にご利用者又はご家族に同意を得た上で実施いたします。

①事業所での利用

- ・事業所がご利用者に提供する介護サービス
- ・事業所内での氏名・生年月日・写真等の掲示
- ・介護保険請求等に係る業務
- ・事業所の管理運営業務等

②他の介護事業者等への情報提供等の利用

- ・事業所がご利用者に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・損害賠償等に係る保険会社への相談又は届出等
- ・事業所の管理運営業務に対する内外部監査機関への情報提供等
- ・事業所の管理運営業務に必要な場合

③事例研究及び広報物等の利用

- ・社内外研修や事例研究
- ・事業所が発行する広報誌による氏名・生年月日・写真等の掲載

10. 苦情相談窓口

(1) 事業所における苦情の受付

①苦情相談窓口

所在地：長崎市三京町811番地16

対応責任者：施設長 古仲 浩典

受付担当者：生活相談員 浦越 むつみ

電話番号：095-865-8573

FAX：095-865-8563

受付時間：8:30～17:30

②ご意見箱を設置しています。

(2) 第三者委員

池本 秀敏 (民生員)

電話番号：095-850-0035

(3) 行政機関その他苦情受付機関

①長崎市役所福祉部高齢者すこやか支援課

所在地：長崎市魚の町4-1

電話番号：095-829-1555 (直通)

FAX：095-829-1228

受付時間：8:45～17:30 (月曜日～金曜日)

②長崎市役所福祉部介護保険課

所在地：長崎市魚の町4-1

電話番号 : 095-829-1163

FAX : 095-829-1250

受付時間 : 8:45~17:30 (月曜日~金曜日)

③長崎県国民健康保険団体連合会

所在地 : 長崎市今博多町8番地2

電話番号 : 095-826-1599 (苦情申立専用)

FAX : 095-826-7325 (苦情申立専用)

11. サービス利用上の留意事項

当事業所のご利用にあたって、利用されている方々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。

(1) 施設・設備の使用上の注意

①利用にあたり、火気類・刃物類等の危険物、ペットの持ち込みはご遠慮下さい。

②デイサービス室、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。

③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、ご利用者に自己負担により原状回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

④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。

(2) 喫煙

施設内は、全館禁煙となります。所定の場所以外での喫煙はできません。また、所定の場所に職員が付き添えない場合も喫煙をご遠慮いただく場合があります。ご了承下さい。

12. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご利用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。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用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。

13. サービス利用を終了していただく場合

当事業所との契約では、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、仮に次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要介護認定により、ご利用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、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所が閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者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又は指定を辞退した場合
- ⑤ご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。）
- ⑥事業者から契約解除の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご利用者からの解約・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7日前までにお申し出下さい。

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事業所もしくは従事者が正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合
- ③事業者もしくは従業者が守秘義務に違反した場合
- ④事業者もしくは従業者が故意又は過失によりご利用者の身体・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

(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ご利用者によるサービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延し、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ご利用者が故意又は重大な過失により事業者又は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、著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご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。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービスの提供開始に当たり、本書面に基づいて重要事項及び個人情報の取扱いについて説明しました。

事業者

住 所 長崎市三京町811番地16
法 人 名 社会福祉法人 長崎愛心会
代 表 者 名 理事長 古仲 敦 印

事業所

施 設 名 みえ愛の郷デイサービスセンター
代 表 者 名 管理者 古仲 浩典 印

説明者氏名 生活相談員 浦越 むつみ 印

重要事項説明同意書

私は、本書面に基づいて、みえ愛の郷デイサービスセンターの重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護、介護予防通所介護相当サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人

住所 _____

氏名 _____ 印