

指定通所介護事業所
デイサービスセンター東和荘のご紹介
『重要事項説明書』

令和7年 4月 1日現在

目 次

	ページ
1 事業所経営法人	1
2 利用施設	1
3 職員の配置状況	2
4 事業所が提供するサービスと利用料金	2
5 利用の変更、追加、中止	5
6 社会福祉法人による利用者負担軽減制度について	5
7 事故発生時の対応	5
8 非常災害時の対策	5
9 高齢者虐待防止について	5
10 身体的拘束等について	6
11 防犯カメラの設置及び管理について	6
12 その他運営に関する事項について	7
13 苦情受付について	7
14 守秘義務等について	7
15 第三者による評価の実施状況	8

1 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 八起社
- (2) 法人所在地 名古屋市天白区植田山 2 丁目 101 番地
- (3) 電話番号 0 5 2 - 7 8 1 - 2 8 5 9
- (4) 代表者 理事長 長谷川 弘之
- (5) 設立年月日 昭和 2 9 年 1 2 月 2 0 日

2 ご利用施設

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所（以下、「事業所」という。）
特別養護老人ホーム東和荘に併設
- (2) 事業所の目的
当事業所は、適正な運営を確保するために必要な管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者等に対し適正かつ効率的な通所介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター東和荘
- (4) 所在地 愛知県知多郡東浦町大字石浜字飛山池上 41 番地
- (5) 電話番号 0 5 6 2 - 8 4 - 2 4 6 0
- (6) 事業所長 下村 卓也
- (7) 運営方針
指定通所介護事業は、要介護状態となった場合においても、その利用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うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持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るものとする。
- (8) 開設年月日 平成 1 2 年 4 月 1 日
- (9) 通常の事業の実施区域
愛知県知多郡東浦町（東浦町以外のお方でもご利用できますが、送迎はできません。）
- (10) 営業日および営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日まで毎日（祝日も営業します。） ただし、1 2 月 3 1 日から 1 月 3 日を除きます。
営 業 時 間	午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分
送 迎	お迎えは午前 8 時 3 0 分から順次、お送りは午後 4 時 3 0 分から順次行います。
サ ー ビ ス 提 供 時 間	午前 9 時 1 5 分から午後 4 時 3 0 分まで

- (11) 利用定員 3 2 名（介護予防通所介護相当サービスを含む）

3 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対してサービスを提供する職員として、次の職種の職員を配置しています。

(1) 主な職員の配置状況

職 種	職 員 数	備 考
1 管理者	1 名	従業員の管理及び業務の管理
2 生活相談員	1 名以上 (うち常勤 1 名)	利用者及び家族の相談並びに生活指導、援助
3 介護職員	5 名以上 (うち常勤 1 名)	通所介護事業計画等に基づく日常生活の世話
4 看護職員	1 名以上	利用者の健康保持のための措置
5 機能訓練指導員	1 名以上	生活機能の改善、維持のための機能訓練の実施

(2) 主な職種勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1 生活相談員	勤務時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (常勤の場合)
2 介護職員	勤務時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (常勤の場合)
3 看護職員	勤務時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (常勤の場合)
4 機能訓練指導員	勤務時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (常勤の場合)

4 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して介護保険の給付の対象となるサービスと給付の対象にならないサービスを提供をします。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

次のサービスについては、利用料金の通常 7 割、8 割又は 9 割が介護保険から給付されます。

(ア) 入浴

入浴又は清拭を行います。一般浴槽と機械浴槽（座位浴）の 2 種類あり、利用者の方の身体状況に合わせた入浴形態をとらせていただきます。

(イ) 食事の提供 (別途食費が必要となります。)

ア 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養や利用者の身体の状況、嗜好を考慮した食事を提供します。

イ 利用者の自立支援のため、離床して食堂で食事を摂っていただくことを原則としています。

ウ 食事開始時間は 11 : 45 ~ 12 : 30 です。

(ウ) 生活相談及び援助

(エ) 排泄

利用者の排泄介助を行います。

(オ) 健康状態の把握

利用者の健康状況の確認、把握に努めます。

(カ) 機能訓練

機能訓練指導員により利用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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

(キ) 送迎

利用者の送迎を行います。

(2) 介護保険の給付の対象となるサービスの利用料金

(ア) 介護給付（要介護度1から要介護度5と認定された場合）

当施設は、7級地適用地域で、サービス費1単位当たり10,14円で算定（円未満切捨て）し、自己負担額は円未満切上げで算定します。なお、介護保険法により給付単位に変更があった場合、変更された給付単位を基準として利用者の自己負担額を変更します。

＜1回あたり＞

	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
基本単位	658	777	900	1,023	1,148
入浴介助加算Ⅰ	40	40	40	40	40
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	18	18	18	18
介護職員等処遇改善加算Ⅰ 加算率9.2%	66	77	88	99	111
合計単位	782	912	1,046	1,180	1,317
介護サービス費	7,929 円	9,247 円	10,606 円	11,965 円	13,354 円
自己負担額1割	793 円	925 円	1,061 円	1,107 円	1,336 円
自己負担額2割	1,586 円	1,850 円	2,122 円	2,398 円	2,671 円
自己負担額3割	2,379 円	2,775 円	3,182 円	3,590 円	4,007 円

ア 入浴介助加算Ⅰは、入浴介助を行った際に加算します。

イ 介護職員の総数の内、介護福祉士の割合が50%以上いる体制のため、サービス提供体制強化加算Ⅱが加算されます。

ウ 上記の金額に送迎に係る費用は含まれています。

(イ) その他の主な加算の算定について

上記(ア)に料金表に加え介護保険法の規定に基づき次の対応を実施した場合、各種加算を算定させていただきます。

ア 利用者ごとに作成した個別機能訓練計画に基づき計画的に機能訓練を行った場合

(a) 専ら機能訓練指導に従事する理学療法士等を1名以上配置し、機能訓練を行った場合 個別機能訓練加算(Ⅰ)イとして56単位/日((b)との併加算不可)

(b) 加算(Ⅰ)イに加え、専ら機能訓練指導に従事する職員を配置した場合 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロとして76単位/日((a)との併加算不可)

(c) 個別機能訓練加算Ⅰに加え、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、実施のために必要な情報を活用している場合 個別機能訓練加算(Ⅱ)として、加算(Ⅰ)に加え20単位/月

イ 若年性認知症利用者を受け入れた場合 1日60単加算

ウ 栄養改善加算 3カ月間、1回200単位 1か月2階を限度

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、低栄養状態の改善を目的として個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理で利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合で介護保険法の要件を満たした場合

エ 口腔・栄養スクリーニング加算

(a) 従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の状態及び栄養状態について確認を行い、その情報を利用者の介護支援専門員に提供している場合 加算(Ⅰ)として20単位/回((b)との併加算不可)

(b) 栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定しており、口腔の状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、その情報を利用者の介護支援専門員に提供している場合 加算(Ⅱ)として5単位/回を6か月に1回を限度((a)との併加算不可)

オ 口腔機能向上加算

- (a) 口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔清掃の指導や実施をした場合で介護保険法の要件を満たした場合 口腔機能向上加算（Ⅰ）として、150単位／回（(b)との併加算不可）
- (b) 加算（Ⅰ）の取組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたりその情報その他適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合 加算（Ⅱ）として、原則3カ月以内、1ヶ月2回を限度として160単位／回（(a)との併加算不可）

カ ADL維持等加算

- (a) 一定期間内にADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合 ADL維持等加算（Ⅰ）1ヶ月30単位（(b)との併加算不可）
- (b) 加算（Ⅰ）で定める水準以上の場合 ADL維持等加算（Ⅱ）60単位（(a)との併加算不可）

キ 科学的介護推進体制加算 40単位／月

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供にあたり、情報その他適切かつ有効に行うために必要な情報を活用する場合

(3) その他介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金

次のものについては、利用料金の全額が利用者の負担となります。なお、オムツ・包帯・ガーゼ・テープ・消毒液等については、ご持参願います。

(ア) 食費

利用者に提供する食事にかかる費用として 1食575円（おやつ代を含む。）

(イ) レクリエーション活動費

利用者の希望によるレクリエーション活動参加費 材料費等の実費

(ウ) 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で、利用者ご自身に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

(4) サービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又はご家族に対し、サービス内容及び利用料金について説明を行い、同意する旨の文書に署名をいただきます。また、利用料金に変更が生じた場合には改めてサービス内容及び利用料金について説明を行い、同意する旨の文書に署名いただきます。

(5) 利用料金のお支払い方法

前記（1）の利用料金、（2）及び（3）にかかる費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払ください。

(ア) 金融機関口座からの自動引き落とし

どの金融機関でもご利用いただけます。（引き落とし手数料は事業者負担とします。）自動引き落とし日は原則翌月26日となっておりますので、口座振替登録をされた口座にそれまでにご入金をお願いします。

(イ) 窓口での現金払い

5 利用の変更、追加、中止

(1) 利用予定の前に、契約者及び利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。

(ア) 利用予定日の午前8時30分までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合は、取消料として当日の食費・おやつ代（575円）をお支払いいただく場合があります。ただし、利用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。

(イ) サービスの変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時を契約者及び利用者提示して協議します。

(2) 次の場合は、利用の中止をさせていただくことがあります。

(ア) 事故防止のため、事業所及び設備を使用するに当たって、職員の指示に従っていただけない場合

- (イ) 利用者に伝染性疾患又は適切な加療を要する疾病が認められた場合
- (ウ) 風雨等による警報等が発令され、交通途絶その他、送迎に支障をきたすおそれがある場合

6 社会福祉法人による利用者負担軽減制度について

社会福祉法人が運営主体となっている各サービスについて、法人が利用者負担を軽減する制度があります。

(1) 軽減対象者の要件について

市町村民税世帯非課税者であって、下記の要件の全てを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であるとして、市町村が認めた方となります。

- (ア) 年間収入が単身世帯で150万円、世帯数が1人増えるごとに50万円加算した額以下であること。
- (イ) 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- (ウ) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- (エ) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- (オ) 介護保険料を滞納していないこと

(2) 減額割合について

減額割合は1/4（利用者負担第1段階の方は1/2）を原則とします。

該当すると思われる方は、市町村の介護保険担当課にお問い合わせください。

7 事故発生時の対応

当事業所は、事故の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 事故が発生した場合の対応、報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。
- (2) 事故発生の防止のための対策を検討する委員会を開催します。
- (3) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底するための体制を整備します。
- (4) 職員に対する事故発生の防止のための研修を実施します。
- (5) 事業所のサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町村及び利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

8 非常災害時の対策

- (1) 火災、自然災害の非常事態への対策については、「東和荘消防計画」を定め、安全かつ迅速な対応に努めます。
- (2) 非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を実施します。

9 高齢者虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための委員会を定期的に開催し防止に努めます。
- (2) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (3) 苦情解決体制を整備します。
- (4) 成年後見制度の利用を支援します。
- (5) サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に報告します。

10 身体的拘束等について

当事業所は、利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為「以下（身体的拘束等）という。」を行わないため、次

に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (3) 身体的拘束等の適正化のための研修を実施します。
- (4) 身体拘束等を行う緊急やむを得ない場合は、次のいずれにも該当する場合とします。
 - (ア) 切迫性
利用者本人又は他の利用者の生命又は身体が陰にさらされる可能性が著しく高い場合
 - (イ) 非代替性
身体拘束以外に代替する介護方法がない場合
 - (ウ) 一時性
身体拘束が一時的なものである場合

11 防犯カメラの設置及び管理について

当事業所は、利用者等の安全と事故防止、事故発生時の早期発見及び施設での犯罪防止に資するため、防犯カメラの設置及び管理について次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 防犯カメラの設置者及び管理責任者について
 - (ア) 設置者 社会福祉法人八起社 理事長 長谷川弘之
 - (イ) 管理責任者 老人ホーム東和荘 総括荘長 下村 卓也
- (2) 防犯カメラ等の設置について
防犯カメラ、映像表示機器及び録画レコーダ（以下「防犯カメラ等」という）の設置場所は、玄関、非常口及び館内の共有スペースとします。
- (3) 防犯カメラの設置の表示について
防犯カメラの撮影区域内の見やすい場所に、防犯カメラを設置し、撮影している旨並びに防犯カメラの設置者名及び管理責任者名を表示します。
- (4) 防犯カメラ等の管理について
設置者及び管理責任者以外は、防犯カメラ等の操作をし、及び画像の取扱いをしないこととします。
ただし、設置者及び管理責任者が必要であると認めた場合には、防犯カメラ等の操作及び画像の取扱いをする操作取扱者（以下「操作取扱者」という。）を指定します。
- (5) 画像の管理について
撮影された画像の管理は、次に掲げるとおりとします。
 - (ア) 設置者及び管理責任者並びに操作取扱者は、画像を編集し、又は加工することなく、撮影時の状態のまま保管することとします。
 - (イ) 録画レコーダは、施設のできる事務所に保管し、30日間の保存期間を経過した画像は、上書きにより消去します。
- (6) 画像の利用制限について
画像は、設置目的以外に利用しません。ただし、次に掲げる場合については、その限りではありません。
 - (ア) 法令に基づく場合
 - (イ) 捜査機関からの犯罪、事故の捜査等のための閲覧又は提出を求められ、協力の必要がある場合
 - (ウ) 本人若しくはその家族の同意があるとき又は本人若しくはその家族に提供する場合
- (7) 苦情等の処理について
設置者及び管理責任者は、防犯カメラの設置又は運用に関する苦情や問い合わせを受けたときは、適切かつ速やかに対応します。

12 その他運営に関する事項について

当事業所では次の委員会等を通し、安全性の高い事業所運営に努めます。

- (1) 感染対策委員会
感染症や食中毒の予防及びまん延の防止のため概ね月 1 回程度定期的に委員会を開催します。
- (2) 給食委員会
食品の衛生管理、栄養管理、利用者の嗜好等について検討します。
- (3) 衛生委員会
産業医の指導に基づき、職場環境の整備、改善、職員の健康管理等を検討します。
- (4) 介護事故防止対策委員会
施設における介護事故の予防、その他安全管理についての改善策等の検討をします。
- (5) 虐待防止推進委員会
利用者の人権の擁護、虐待の発生、再発の防止の推進、対策の整備を図ります。

13 苦情受付について

当事業所における苦情やご相談は次の窓口で受け付けます。

- (1) 特別養護老人ホーム 東和荘 事務室 受付担当 高場・水野
受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:45～17:30 (日祝祭日と12月29日～1月3日を除きます。)
TEL 0562-83-2878 FAX 0562-84-2448
- (2) 行政機関その他機関での苦情受付
 - (ア) 国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談室
〒461-8532 愛知県名古屋市中区泉一丁目6番5号(国保会館)
TEL 052-971-4165 FAX 052-962-8870
 - (イ) 知多北部広域連合 事業課 給付係
〒476-0003 愛知県東海市荒尾町西廻間2番地の1 東海市しあわせ村内
TEL 052-689-2263 FAX 052-689-2265
 - (ウ) 東浦町役場 ふくし課 社会高齢係
〒470-2192 愛知県知多郡東浦町大字緒川字政所20番地
TEL 0562-83-3111(代表) FAX 0562-83-9756(代表)
 - (エ) 社会福祉法人八起社 苦情解決のための第三者委員 仲井正俊・棚橋尚登
〒468-0001 愛知県名古屋市中白区植田山二丁目101番地(社会福祉法人八起社 本部)
TEL 052-781-2859 FAX 052-781-3078
仲井正俊 TEL 052-801-7267・棚橋尚登 TEL 052-932-8469

14 守秘義務等について

秘密の保持及び利用目的については、次のように対応します。

- (1) 当事業所の職員は、当法人が定めた「個人情報保護に関する基本方針」に基づき、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (2) 当事業所の職員は、当法人が定めた「個人情報の利用目的」以外に個人情報を取り扱うことはいたしません。
ただし、医療上又は緊急に必要な場合には、医療機関等に対して、利用者に関する心身の情報を提供させていただくことがあります。

15 第三者による評価の実施状況

(1) あり ・ なし

(2) ありの場合

(ア) 実施日 年 月 日

(イ) 評価機関の名称

(ウ) 結果の開示 あり ・ なし

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、デイサービスセンター東和荘のご紹介（重要事項説明書）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東和荘殿

説明者職名

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、指定通所サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

住所

利用者氏名

住所

家族代表氏名

利用者との続柄

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

住所

代筆者氏名

利用者との続柄

この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4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。

個人情報利用同意書

私及び私の家族の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 居宅サービス・介護予防サービス・施設サービスの提供を受けるに当たって、居宅サービス計画・介護予防サービス計画・施設サービス計画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において、利用者の状態、家族の状況等を把握するため
- (2) 事業所内・施設内のカンファレンスのため
- (3) 医療機関、介護保険施設、介護支援専門員、介護保険事業所、自治体（保険者）、その他社会福祉施設・団体との連絡調整のため

2 個人情報の内容

- (1) 氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況等で、事業者が居宅介護支援・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護、訪問看護、福祉用具貸与、施設サービスを行うために必要なご利用者やご家族の個人情報
- (2) 認定調査票（必要項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- (3) その他ご利用者やご家族に関する個人情報であって、特定個人が識別され、又は識別されうる情報

3 使用する期間

サービス契約締結日からサービス提供の終了日まで

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

社会福祉法人 八起社	東和荘居宅支援事業所 特別養護老人ホーム東和荘 東和荘（介護予防）短期入所生活介護事業所 デイサービスセンター東和荘 東和荘外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所 東和荘（介護予防）訪問介護事業所	御中
------------	---	----

令和 年 月 日

ご利用者

住所

氏 名

ご家族代表

住所

氏 名

(続き柄)

利用者は、身体 の 状況等により署名が できないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者 に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

住所

氏 名