

重 要 事 項 説 明 書

(日常生活支援総合事業 第1号通所事業 総合事業通所介護)

＜令和7年4月1日現在＞

社会福祉法人 秀生会
デイサービスセンター松崎
電話番号 0558-43-3511

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(静岡県指定 第2270100130号)

当事業所は、ご契約者に対して第1号通所事業（総合事業通所介護）通所型サービスを提供します。当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 当事業所の概要
- 2 サービスについての相談窓口
- 3 当デイサービスセンターの概要
- 4 運営方針
- 5 サービス内容
- 6 料金
- 7 サービスの終了
- 8 緊急時の対応方法
- 9 事故発生時の対応
- 10 非常災害対策
- 11 損害賠償
- 12 秘密保持
- 13 サービス内容に関する苦情
- 14 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

1 当事業所の概要

法人の名称	社会福祉法人 秀生会
所在地	静岡県富士市厚原359番地8
電話番号	0545-72-5500
FAX番号	0545-73-1160
代表者氏名	理事長 中島 佳奈美
設立年月日	平成11年1月25日

事業所の種類	第1号通所事業（総合事業通所介護）事業所
介護保険事業所番号	静岡県 第2270100130号
指定年月日	平成30年4月1日 静岡県指定
事業所の名称	デイサービスセンター松崎
事業所の所在地	〒410-3612 静岡県賀茂郡松崎町宮内362番地1
電話番号	0558-43-3511
FAX番号	0558-43-3522
管理者	センター長 佐藤 熟
事業開始年月日	平成12年4月1日

2 デイサービスセンター松崎が提供するサービスについての相談窓口

電話 0558-43-3511（午前8時30分～午後5時30分まで）

担当 生活相談員 原田 みち子

3 デイサービスセンター松崎の概要

（1）サービスを提供する対象地域

松崎町 西伊豆町

（2）職員体制（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
管理者	1
生活相談員	1以上
介護職員	6以上
看護職員	1以上
機能訓練指導員	1以上

（3）デイサービスセンター松崎の設備の概要

定 員	40 名	静 養 室	30.00㎡
		相 談 室	11.55㎡
食堂兼機能訓練室	224.45㎡	介護者教室	10.89㎡
		送 迎 車	7台
浴 室	一般浴槽と特殊浴槽があります。		

(4) 営業日及び営業時間等

営業日	月～土曜日　ただし、年末年始（12/30～1/3）を除く
営業時間	午前8：30～午後5：30
サービス提供時間	午前9：20～午後4：25 ただし、利用者からの希望があり、それに対応可能な場合は、この限りではない。

4 当事業所の運営方針

当事業所において提供する第1号通所事業（総合事業通所介護）は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。

- (1) 利用者に対し尊敬する気持ちを持って接します。
- (2) 本人の意志を尊重します。
- (3) 家庭的な雰囲気づくりに努めます。
- (4) できる限り利用者及びその家族の意思に沿ったサービスの提供に心がけます。
- (5) 医療的に対応が困難な方が在宅で介護を受けている現状に鑑み、きめこまかく医療機関と連携しそのような利用者を可能な限り受け入れます。
- (6) 利用者の在宅での生活が継続可能なように、他のサービスとの連携を図り、総合的なサービスの一環として活動します。
- (7) 利用者の家族の不安を受け止めます。

5 第1号通所事業（総合事業通所介護）サービス内容

(1) 日常生活向上の支援

日常生活動作に応じて、必要な支援を行います。

- ア 排泄の支援
- イ 移動の支援
- ウ その他必要な身体の支援

(2) 健康状態の確認

(3) 機能訓練サービス

利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練ならびに利用者の心身の活性化を図るための各種サービス（アクティビティ・サービス）を提供します。

- ア 日常生活動作に関する訓練
- イ レクリエーション（アクティビティ・サービス）
- ウ グループワーク
- エ 行事的活動
- オ 体操
- カ 趣味活動

(4) 送迎サービス

障害の程度、地理的条件等により送迎を必要とする利用者については、専用車両により送迎を行います。

(5) 入浴サービス

デイサービスでの入浴を希望する利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。

- ・ 入浴形態

- ア 一般浴槽による入浴
- イ 特殊浴槽による入浴
- ・ 介助の種類
 - ア 衣類着脱
 - イ 身体の清拭、洗身、洗髪
 - ウ その他必要な支援

(5) 食事サービス

- ア 準備、後始末の支援
- イ 食事摂取の支援
- ウ その他必要な食事の支援

(6) 相談、助言等に関すること

利用者やその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

- ア 日常生活動作に関する訓練の相談
- イ 福祉用具の利用方法の相談、助言
- ウ 住宅改修に関する情報提供
- エ その他必要な相談、助言

6 料金

(1) 利用料金

	基本料金	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)	備考
要支援 1 事業対象者	17,980 円	1,798 円	3,596 円	5,394 円	月単位
要支援 2 事業対象者	36,210 円	3,621 円	7,242 円	10,863 円	月単位

※個人により、介護保険負担割合がことなりますのでご確認をお願いします。

加 算	基本料金	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)	備 考
科学的介護推進 体制加算	400 円/月	40 円/月	80 円/月	120 円/月	科学的介護情報システムを導入し科学的介護に取り組んだ場合に加算されます。
サービス提供体制 強化加算 I	880 円	88 円	176 円	264 円	要支援 1 事業対象者
サービス提供体制 強化加算 I	1,760 円	176 円	352 円	528 円	要支援 2 事業対象者
介護職員処遇改 善加算 I	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	総単位数に加算いたします。

※前項目の他、次に掲げる項目については、別に自己負担となります。

利用者の希望で、介護報酬設定上の通常利用時間とされる時間を超えてサービスの提供に要する費用のうち、介護報酬額を超える額（時間延長サービス）	延長 30 分まで 500 円 30 分以上 60 分まで 1,000 円
食事の提供に要する費用	720 円

サービス提供実施地域を越えてから片道概ね1キロメートルあたり	10 円
おむつ代	実 費
連絡ファイル代	実 費
薬袋代	実 費
上記の他、通常介護サービスの中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で利用者が負担することが適当と認められる費用	実 費

(2) キャンセル料

ご利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の当日午前8時00分までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用日の当日午前8時00分までにご連絡がなかった場合	720 円（食事代）

7 サービスの終了

(1) 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解除することができます。

(2) 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1カ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

(3) 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

ア 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

イ 事業者が守秘義務に反した場合

ウ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

エ 事業者が破産した場合

(4) 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに、この契約を解除することができます。

ア 利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合

イ 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合

ウ 利用者及び身元引受人が、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、また、資料の継続が困難と判断するような著しい不信行為やハラスメント行為を行うなど、本契約を継続し難い事情を生じさせた場合

(ア) 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

(イ) 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為）

(ウ) 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、

性的ないやがらせ行為)

(5) 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

ア 利用者が介護保険施設に入所した場合

イ 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）・要介護と認定された場合

ウ 利用者が死亡した場合

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に病状の急変等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者へ連絡をいたします。

主治医	病院名		医師名	
	連絡先			
ご家族	氏 名		続 柄	
	連絡先			

9 事故発生時の対応

第1号通所事業（総合事業通所介護）サービスの提供により、事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護支援専門委員に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。

10 非常災害対策

(1) 防災時の対応 サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとります。

(2) 防災設備

- ・緊急通報装置
- ・防災頭巾 ヘルメット
- ・担 架

(3) 防災訓練 月1回防災訓練実施

(4) 防火責任者 佐 藤 熟

(5) 南海トラフ地震への対応

当事業所では、想定されている南海トラフ地震への備えとして、「南海トラフ地震に関連する情報」が発表となった時は利用者の安全を第一に考え、次のとおり対応します。

ア 「南海トラフ地震観測情報」発表時には、通常の業務を続けます。

イ 「南海トラフ地震注意情報」発表時には、利用者の家族に引渡し方法の連絡や準備的措置を行います。在宅時、この「注意情報」が発表となった時はお迎えに参りません。

ウ 「南海トラフ地震予知情報」発表時には、利用者の家族、又はその代理の方に引渡しを行います。在宅時、この「予知情報」が発表となった時はお迎えに参りません。

11 損害賠償

利用者に対する通所介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

1 2 秘密保持

職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守します。また、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雇用契約の内容としています。

1 3 サービス内容に関する苦情

- ・ 当デイサービスセンター以外に、市町村の介護保険課にも相談・苦情窓口があります。
- ・ 行政その他の苦情受付機関

※ 松崎町役場健康福祉課	0 5 5 8－4 2－3 9 6 6
※ 西伊豆町役場健康増進課	0 5 5 8－5 2－1 1 1 6
※ 静岡県国民健康保険団体連合会	0 5 4－2 5 3－5 5 8 0
※ 静岡県健康福祉部 福祉指導課	0 5 4－2 2 1－2 9 6 5
※ 静岡県福祉サービス適正化委員会	0 5 4－6 5 3－0 8 4 0

- ・ 苦情解決体制

デイサービスセンター松崎では、以下のように苦情解決のための体制を整備し、実施いたします。

※ 「苦情申し出窓口」を次のように設置しています。

1. 苦情解決責任者

佐藤 熟（センター長）

2. 苦情受付担当者

原田 みち子（生活相談員）

3. 連絡先

静岡県賀茂郡松崎町宮内3 6 2 番地1 デイサービスセンター松崎

電話 0 5 5 8－4 3－3 5 1 1

4. 第三者委員

(1) 西宮 恂夫 電話 0 5 5 8－5 6－0 4 3 0

(2) 齋藤チヅル 電話 0 5 5 8－4 5－0 8 7 1

※ 苦情受付の方法

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が随時受付します。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

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（苦情申し出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は、内容を確認し、苦情申し出人に対して、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し出人と誠意をもって話し合い解決に努めます。その際、苦情申し出人は、第三者委員の助言や立会いによる話し合いは次により行います。

ア 第三者委員による苦情内容の確認

イ 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ 話し合いの結果や改善事項等の確認

1 4 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 静岡県賀茂郡松崎町宮内362番地1
名 称 デイサービスセンター松崎

説明者 職 名 生活相談員

氏 名 _____ 印 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所

氏 名 _____ 印 _____

身元保証人 住 所

氏 名 _____ 印 _____

利用者との続柄

連帯保証人 住 所

氏 名 _____ 印 _____

利用者との続柄