

社会福祉法人 湖聖会

# 重要事項説明書

## 介護予防・日常生活支援総合事業

(介護保険法における第1号通所事業)

令和7年9月1日 改定

デイサービスセンター 百恵の郷



# 介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業） 重要事項説明書

＜令和 7年 9月 1日 現在＞

## 1 事業者（法人）の概要

事業者名称	社会福祉法人 湖 聖 会
主たる事業所の所在地	静岡県富士宮市大鹿窪143番地1
代表者名	理事長 湖 山 泰 成
設立年月日	平成10年12月15日
電話番号	0544-67-0655
FAX番号	0544-67-0656
ホームページ	<a href="http://www.s-koseikai.jp/">http://www.s-koseikai.jp/</a>

## 2 事業所（ご利用施設）の概要

施 設 の 名 称	デイサービスセンター百恵の郷		
施 設 の 所 在 地	静岡県富士宮市大鹿窪143番地1		
事 業 所 指 定 番 号	2272200011		
管 理 者 の 氏 名	加 藤 雄 太		
電 話 番 号	0544-67-0655		
F A X 番 号	0544-67-0656		
第三者評価の実施の有無	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	無

## 3 ご利用施設で合わせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事等の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
居宅介護支援	平成11年08月01日	2272200011	—
短期入所生活介護	平成12年04月01日	2272200011	14名
介護予防短期入所生活介護	平成18年04月01日	2272200011	
通所介護	平成12年04月01日	2272200011	月～金 45名 土 35名
介護老人福祉施設	平成12年04月01日	2272200011	30名
地域密着型 介護老人福祉施設	平成26年07月01日	2292100225	20名

#### 4 事業の目的と運営方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自律した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	事業所は、利用者の心身の状況や家庭環境などを踏まえ、介護保険法その他関係法令およびこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービスなどと綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努める。

#### 5 施設の概要

##### <構造など>

敷		地	8, 8 4 2. 2 0 m <sup>2</sup>
建 物	構	造	鉄骨造り・地上 1 階建て
	延べ床面積		3, 8 9 3. 6 8 m <sup>2</sup> （施設全体）
	利 用 定 員		月～金 45 名（通所介護を含む） 土曜日 35 名（通所介護を含む）

##### <主な設備>

設備の種類	室数	備考
食堂兼機能訓練室	1	274.73㎡
浴室・脱衣室	1	特養・短期入所と共用
機械浴室	2	特養・短期入所と共用
トイレ	5	
静養コーナー	1	
相談室	1	特養と共用

## 6 事業所の職員体制

従業者の職種	員数	職務の内容
管理者	1 名	施設の責任者としてその管理と統括を行う
生活相談員	1 名以上	利用者およびその家族からの相談に適切に応じるとともに、市町村・他事業所との連携を図るほか、ボランティアの指導を行う
介護職員	10 名以上	利用者の居宅サービス計画および個別援助計画に基づく介護を行う
看護職員	1 名以上	利用者の日常的な健康管理と急変時の対応を行う
機能訓練指導員	名以上	利用者の居宅サービス計画および個別機能訓練計画に基づく機能訓練を行う

## 7 職員の勤務体制

勤務形態	勤務時間
日 勤	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 ・ 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

## 8 通常の事業実施地域及び営業日・営業時間

送迎の実施地域	富士宮市
営 業 日	月曜日から土曜日 *但し 1/1~1/3 は休日
営 業 時 間	原則 8 時 3 0 分から午後 5 時 3 0 分（窓口対応時間） 9 時 1 0 分から午後 4 時 1 0 分（サービス提供時間）

## 9 サービスの内容と費用

### (1) 介護保険給付サービス

#### ア サービスの内容

サービスの種別	内 容
食 事	昼食 12:00～ 管理栄養士または栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の心身状況に配慮した食事を提供します
入 浴	利用日数に応じての入浴または清拭を行います 寝たきりなどで座位のとれない方の入浴も可能です
排 泄 介 助	利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います
整 容	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します
機 能 訓 練	利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます
健 康 管 理	日常生活における健康管理を行います
介 護 相 談	利用者とその家族からのご相談に応じます
送 迎	居宅と事業所との間の送迎を行います

#### イ 費用

介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料金のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の金額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。

発行されたサービス提供証明書は、のちに利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

また、端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。

<料金表>

○基本サービス費（1月につき）

※事業所のある富士宮市は7等級地域であるため1単位10.14円で計算します

要介護度	単位	利用料	本人負担 上段：1割 中段：2割 下段：3割
<input type="checkbox"/> 要支援 1	1,798 単位	18,231 円	1,824 円 3,647 円 5,470 円
<input type="checkbox"/> 要支援 2	3,621 単位	36,716 円	3,672 円 7,344 円 11,015 円

○加算（1月につき）

種 類	要介護度	単位	利用料	本人負担 上段：1割 中段：2割 下段：3割
<input type="checkbox"/> 生活機能向上グループ活動加算 多難腫が共同して生活機能向上の目標を設定した通所型サービス計画を作成し、週1回以上生活機能向上グループ活動サービスを提供した場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	100 単位	1,014 円	102 円 203 円 305 円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症患者毎に担当者を定め特性やニーズに応じてサービス提供を行った場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	240 単位	2,433 円	244 円 487 円 730 円
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 管理栄養士を1名以上配置し、栄養アセスメントを実施し、その情報を LIFE に提出し必要な情報を活用している場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	50 単位	507 円	51 円 102 円 153 円
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算 管理栄養士を1名以上配置し、低栄養状態の利用者またはその恐れのある利用者に対し、栄養ケア計画を作成、栄養改善サービスを実施した場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	200 単位	2,028 円	203 円 406 円 609 円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（Ⅰ） 口腔機能が低下しているまたはその恐れのある利用者に対して、計画書を作成して個別に口腔ケア又は摂食嚥下機能訓練を実施した場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	150 単位	1,521 円	153 円 305 円 457 円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（Ⅱ） （Ⅰ）に加えその情報を LIFE に提出しフィードバックを活用している場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	160 単位	1,622 円	163 円 325 円 487 円
<input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算 栄養改善サービス及び機能向上サービスを実施し、通所介護の提供を受けた日において、利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を一月につき2回以上設けている場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	480 単位	4,867 円	487 円 974 円 1,461 円

<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 利用開始時及び利用中 6 ヶ月ごとに口腔の健康所帯 及び栄養状態のスクリーニングを行った場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	20 単位	202 円	21 円 41 円 61 円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	事業対象者 要支援 1 要支援 2	5 単位	50 円	5 円 10 円 15 円
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 心身の状態などの基本的な情報を LIFE に提出し、サ ービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報 を活用している場合	事業対象者 要支援 1 要支援 2	40 単位	405 円	41 円 81 円 122 円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 70%以上または勤続 10 年以上の介護福祉士が 25% 以上	事業対象者 要支援 1	88 単位	892 円	90 円 176 円 268 円
	要支援 2	176 単位	1,784 円	179 円 357 円 536 円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上	事業対象者 要支援 1	72 単位	730 円	73 円 146 円 219 円
	要支援 2	144 単位	1,460 円	146 円 292 円 438 円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が 40%以上また は勤続 7 年以上が 30%以上	事業対象者 要支援 1	24 単位	243 円	25 円 49 円 73 円
	要支援 2	48 単位	486 円	49 円 98 円 146 円
<input type="checkbox"/> 送迎減算 居宅と事業所の間の送迎を行わなかった場合 ※週 1 回程度利用の場合一月につき - 376 単位限度 ※週 2 回程度利用の場合一月につき - 752 単位限度	事業対象者 要支援 1 要支援 2	- 47 単位	- 470 円	- 47 円 - 94 円 - 141 円

<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 ①職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修の実施 ②資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 ③賃金の改善、職場環境の更なる改善 ④経験技能のある介護職員を一定割合以上配置	（Ⅰ）	算定した単位数の 9.2% ①②③④に該当
	（Ⅱ）	算定した単位数の 9.0% ①②③に該当
	（Ⅲ）	算定した単位数の 8.0% ①②に該当
	（Ⅳ）	算定した単位数の 6.4% ①に該当



## 2) 介護保険給付対象外サービス

### ウ サービスの内容と費用

利用料の全額を負担していただきます

種類	内容	利用料
食費 (1日あたり)	当日の献立により提供します	(昼食)720 円 (夕食)550 円
おやつ代 (1日あたり)	同 上	1 0 0 円
おむつ代	必要に応じ、ご負担いただきます	実費
通常提供する時間を越えるサービス	ご希望により、通常提供するサービスの提供時間を越えて、サービスを提供する場合	3 0 分あたり 5 0 0 円
通常の事業の実施地域以外の交通費	通常の事業の実施地域以外でサービスを提供する場合	1 k mあたり 1 0 円
レクリエーション クラブ活動	趣味活動に参加される場合、材料代などをご負担いただきます	実費
特別な食事提供	希望により特別に用意する食事の場合、材料費などをご負担いただきます	実費

その他サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者にご負担いただくことが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

## 1 0 利用料金などのお支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求いたします。毎月20日頃に前月分の請求書を郵送で利用者または利用者の身元引受人（後見人がいる場合は後見人。以下「身元引受人等」といいます）にご連絡いたします。

お支払いが確認されましたら領収証を発行いたします。

お支払方法は、原則口座引落（27日頃）にてお支払ください。

毎月の利用料金の引落の確認は利用者または利用者の身元引受人等でも行っていただき、指定口座より引落がされなかった場合は、当事業所へご一報いただき、速やかに次の指定口座にお振込みをお願いいたします。

### <引落がされなかった場合の振込先>

金 融 機 関 名	静岡銀行 富士中央支店
口 座 番 号	普通預金 №.6 5 3 6 0 4
口 座 名 義	社会福祉法人 湖聖会 理事長 湖 山 泰 成

## 1.1 サービス内容に関する苦情など相談窓口

当事業所の お客様相談窓口	受付担当者 望 月 宏 子 解決責任者 加 藤 雄 太 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電 話（0544-67-0655） 面 接（当事業所相談室）
------------------	---

<当事業所窓口以外の苦情受付機関>

受付機関		連絡先
当事業所より委嘱した 外部の苦情受付窓口	第三者委員	村 野 雅 彦 0544-65-0067
		山 本 隆 0544-66-0648
行 政 機 関 な ど 受 付 機 関	富士宮市役所 高齢介護支援課	富士宮市弓沢町150番地 0544-22-1141
	静岡県国民健康保険 団体連合会	静岡市葵区春日2-4-34 054-253-5590

## 1.2 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態に変化があった場合は、速やかに主治医または、当事業所の協力医療機関および家族などに連絡します。

## 1.3 秘密保持の対応

正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者および利用者の身元引受人等の秘密を漏らしません。

サービス担当者会議などにおいて、利用者および利用者の身元引受人等に関する個人情報を用いる場合、利用者および利用者の身元引受人等に使用目的などを説明し同意を得なければ、使用することはありません。

サービスの質の向上のため、学会・研究会などで事例研究発表などをする場合、利用者を特定できないように仮名などを使用することを厳守します。

本条に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

なお、当事業所の職員・委託業者・ボランティア・実習生などの関係者には、事前に個人情報の重要性を周知し、誓約書を取り交わしております。その他、個人情報に関しての問い合わせについては、次の窓口にて対応させていただきます。

<当事業所窓口>

当事業所における個人情報に関するご相談は次の窓口で受け付けます

当事業所の 個人情報保護窓口	デイサービスセンター 百恵の郷 0544-67-0655	個人情報の開示・訂正・更新・ 利用停止・削除などの申し出があ る場合は、ご連絡ください
-------------------	------------------------------------	---

#### 1 4 事故発生時の対応および賠償責任

サービスの提供にあたって、事故が発生した場合、速やかに利用者の身元引受人等および市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況および事故に際してとった措置について記録するとともに、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。

事故により利用者に損害が発生した場合、速やかにその損害を賠償します。ただし、当事業所に故意または過失がない場合はこの限りではありません。当該事故発生につき利用者に過失がある場合、損害の賠償をしない、または損害賠償の額を減額することができます。

#### 1 5 衛生管理等

利用者の使用する食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品および医療器具の管理を適正に行います。

感染症または食中毒が発生し、または蔓延しないよう必要な措置を講じます。

##### <対応>

- ①施設における感染症の予防および蔓延の防止のための対策を検討する委員会を概ね3月に1回以上開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る
- ②施設における感染症の予防および蔓延防止のための指針を整備する
- ③施設において、従業者に対し感染症の予防および蔓延防止のための研修および訓練を定期的実施する
- ④厚生労働大臣が定める感染症または食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う

#### 1 6 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため必要な措置を講じます。

施設サービス提供中に、施設従業者または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに市町村に通報します。

##### <対応>

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る
- ②虐待防止のための指針の整備
- ③虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ④担当者の設置

## 1 7 感染症予防対策の取り組み

感染症予防対策及び蔓延防止のため、感染症予防委員会を設置し、日常的な健康管理や手指消毒等の基本的な感染症対策の見直しや、関係者に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が出たことを想定した教育訓練を実施します。

施設内クラスターの発生予防のために、感染症マニュアルに沿って、面会などについては、一時的に見合わせて頂く事がございます。

## 1 8 身体拘束に対する取り組み

利用者または他の利用者などの生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、隔離・身体的拘束・薬剤投与・その他の方法により利用者の行動を制限する行為は一切行いません。緊急やむを得ない状態が生じた場合には、マニュアルに沿って介護保険法にて定められた手順に従い対応します。また同時に、その解除を早期にできるように努力いたします。

## 1 9 事業所内のハラスメントに対する取り組み

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わった職員の心身に悪影響を与えます。甲または甲のご家族から以下のような行為があった場合、状況によっては重要事項説明書に基づき介護サービスの提供を停止させていただく場合があります。

- ① 性的な話をする、必要もなく体に触れる等のセクシャルハラスメント行為
- ② 特定の職員に嫌がらせをする、理不尽なサービスを要求する等の精神的暴力
- ③ 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
- ④ 暴言、大声での恫喝、罵声

## 2 0 業務継続計画に対する取り組み

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。

従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的に実施します。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 2 1 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める併設本体の「百恵の郷消防計画」に則り対応を行います			
避難訓練 および 防災設備	別に定める併設本体の「百恵の郷消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方、地域の方も参加して行います			
	設備名称	有無	設備名称	有無
	スプリンクラー	あり	自動火災通報設備	あり
	非常照明設備	あり	自家用発電機設備	あり
	火災報知器	あり	防火扉設備	あり
	誘導灯	あり	消火器	あり
	消火栓	あり	排煙設備	あり

## 2 2 協力医療機関

名 称	フジヤマ病院	湖山リハビリテーション病院	池田クリニック
所 在 地	富士宮市原 683-1	富士市大淵 405-25	富士宮市下条 148-1
電 話 番 号	0544-54-1211	0545-36-2000	0544-58-5558

## 2 3 ご利用の際にご留意いただく事項

利用について	主治医からの日常生活上の指示事項、利用当日の健康状態を従業者に申し出て心身の状況に応じたサービスの提供を受けてください。 体調不良などによって、サービスに適さないと判断される場合にはサービスの提供が中止される場合があります。
設備・器具の 利 用	施設内の設備、器具は本来の方法に従ってご利用ください これに反したご利用により破損などが生じた場合、弁償していただくことがあります
飲 食 物 の 持 ち 込 み	ご自宅からの飲食物の持ち込みはご遠慮ください。ただし、体調・ 疾病などにより持ち込みをしたい場合には事前にご連絡ください
喫 煙 ・ 飲 酒	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください
迷惑行為など	他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください 故意または過失により事業所または従業者もしくは他の利用者の 生命・心身・財物・信用などを傷つけ、または著しい不信行為は行 わないでください
所 持 金 品 の 管 理	高額・高価格の金品の持ち込みは原則お断りいたします その他の所持金品は、自己の責任で管理してください
宗 教 活 動 政 治 活 動	施設内で他の利用者などに対する執拗な宗教活動および政治活動 はご遠慮ください
動物飼育など	施設内への危険物・ペットの持ち込みおよび飼育は原則お断りし ます

令和      年      月      日

以上の内容を証するため、署名または記名のうえ重要事項説明書を2通作成し、双方で1通ずつ保有します。

住      所    静岡県富士宮市大鹿窪 143 番地 1  
事   業   者   社 会 福 祉 法 人   湖   聖   会  
代 表 者 名   理 事 長   湖   山   泰   成  
事 業 所 名   デイサービスセンター百恵の郷  
(事業所番号)    ( 2 2 7 2 2 0 0 0 1 1 )

説明者   氏      名

(利用者)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住      所			
氏      名			

(身元引受人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住      所			
氏      名			
電話番号		続柄	

(連帯保証人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住      所			
氏      名			
電話番号		続柄	

(後見人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住      所			
氏      名			
電話番号		続柄	

