

いなさ愛光園デイサービスセンター
(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)
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。
(事業者番号 第 2278100066 号)

当事業所はご利用者に対して指定認知症対応型通所介護サービス・指定介護予防認知症対応型通所介護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の内容、ご利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
- (2) 法人所在地 静岡県浜松市中央区元城町 218 番 26 号
- (3) 電話番号及び FAX 番号 (電話) 053-413-3300 (FAX) 053-413-3314
- (4) 代表者氏名 理事長 青木 善治
- (5) 設立年月日 昭和 27 年 5 月 17 日
- (6) ホームページアドレス <http://www.seirei.or.jp/hq/>

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上 1 階
- (2) 建物の延べ床面積 4735.93 m²
- (3) 併設事業

事業の種類	事業者番号	利用定員
介護老人福祉施設 (ユニット型)	2278100066	70 名
介護老人福祉施設 (従来型)	2278100066	30 名
短期入所生活介護	2278100066	20 名
通所介護	2278100066	35 名
訪問介護	2278100066	
居宅介護支援	2278100066	
認知症対応型共同生活介護	2278100066	9 名

3. 事業所の説明

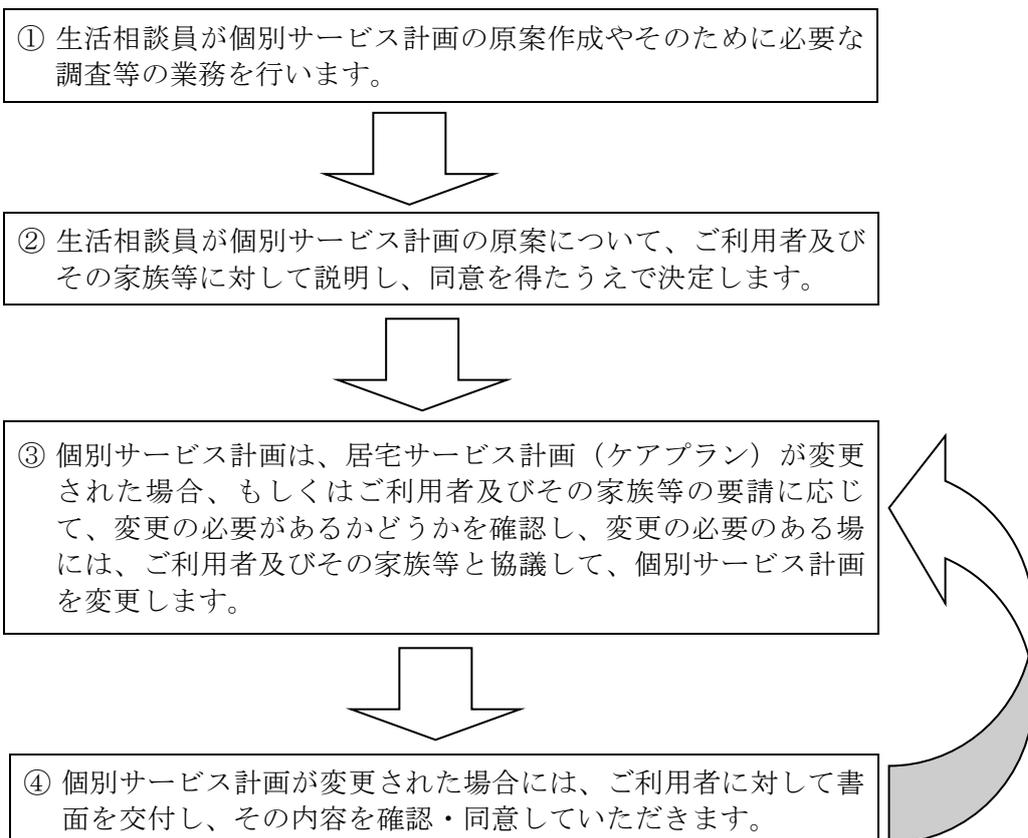
- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成 12 年 4 月 1 日指定
※当事業所は、介護老人福祉施設「いなさ愛光園」に併設されています。
- (2) 事業所の名称 いなさ愛光園デイサービスセンター
- (3) 事業所の所在地 静岡県浜松市浜名区引佐町東黒田 37-2

- (交通機関) 遠鉄バス奥山線「井伊谷」バス停下車 車にて約 15 分
- (4) 連絡先 電話番号 053-544-0781
FAX 番号 053-544-0888
E-mail aikoen-inasa@sis.seirei.or.jp
- (5) 管理者氏名 上野 拓朗
- (6) 当事業所の基本理念 利用者の尊厳保持を援助の基本に据え、一人ひとりの利用者・家族の思いに応えられるケアを実践する。
- (7) 開設年月 (サービス開始) 平成 13 年 4 月 1 日
- (8) 通常の事業の実施地域 浜松市浜名区引佐町、神宮寺町、細江町
- (9) 営業日及び営業時間
- | | |
|----------|-------------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 (12/31～1/3 を除く) |
| 受付時間 | 8 : 30 ～ 18 : 00 |
| サービス提供時間 | 9 : 30 ～ 16 : 35 |
- (10) 利用定員 12 名 (認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

4. ご利用同意からサービス提供までの流れ

- (1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画 (ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、ご利用同意後に作成する「認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護計画 (以下「個別サービス計画」という)」に定めます。ご利用同意からサービス提供までの流れは次のとおりです。

「個別サービス計画」の作成及びその変更は次の通り行います。



(2) ご利用者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスも含めて利用料金の全額をいったんお支払いいただきます（償還払い）。
- 区分支給限度額を超える料金につきましては全額自己負担となります。

① 要介護認定を受けている場合



居宅サービス計画（ケアプラン）の作成



- 作成された居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。
- 区分支給限度額を超える料金につきましては全額自己負担となります。

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスも含めて利用料金の全額をいったんお支払いいただきます（償還払い）。
- 区分支給限度額を超える料金につきましては全額自己負担となります。

② 要介護認定を受けていない場合



要介護と認定された場合



- 居宅介護支援事業者に居宅サービス計画（ケアプラン）を作成していただきます。必要に応じて居宅介護支援事業者の紹介等を行います。



居宅サービス計画（ケアプラン）の作成



- 作成された居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。
- 区分支給限度額を超える料金につきましては全額自己負担となります。



要支援1・2もしくは非該当と認定された方



- <非該当と認定された場合>
介護保険によるご利用は終了となります。
既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。
- <要支援1・2と認定された場合>
下記(3)へ

- ご利用者が、地域包括支援センターから紹介された指定介護予防サービス事業所を選択します。
- ご利用者とは指定介護予防サービス事業所が利用契約を結びます。



地域包括支援センターが介護予防サービス計画を作成します



- 作成された介護予防サービス計画に沿って個別支援サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護予防給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。
- 区分支給限度額を超える料金につきましては全額自己負担となります。

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して認知症対応型介護サービス・介護予防認知症対応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。

〈主な職員の配置状況〉

職 種	人数	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1名	1名
2. 介護職員	2名	2名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 機能訓練指導員	1名	1名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	日勤： 8：15 ～ 16：45
	日勤： 8：30 ～ 17：00
	日勤： 9：30 ～ 18：00
2. 生活相談員	1名
3. 機能訓練指導員	1名

〈配置職員の主な職務内容〉

事業所長(管理者)	事業所の責任者としてその管理を統括します
介 護 職 員	ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います
機能訓練指導員	ご利用者の機能訓練を担当します
生 活 相 談 員	ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います

サービス利用中の医療の提供について

緊急の医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療

を受けることができます（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません）。

発熱等の体調不良時にはご家族に連絡をさせていただき、受診する場合にはご家族にて対応をお願いいたします。

協力医療機関

名 称	聖隷三方原病院
所在地	浜松市中央区三方原町 3453
診療科	内科、外科、整形外科、脳神経外科、精神科等

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、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|--|
| (1) 介護保険の給付対象となるサービス
(2) 介護保険の給付対象とならないサービス |
|--|

(1) 介護保険の給付対象となるサービス<サービスの概要>

以下のサービスについては、利用料金の通常 9 割が介護保険から給付されます。

① 入浴

- ・入浴または清拭を行います。必要に応じ、機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。
- ・適切な排泄介助を行うと共に排泄の自立についても適切な援助を行います。

③ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 健康管理

- ・看護職員が、健康管理を行います。
- ・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。

⑤ 相談及び援助

- ・当事業所はご利用者及びそのご家族からの如何なる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り、必要な援助を行うよう努めます。

⑥ 送迎

- ・当事業所の実施地域内の方で、送迎を希望された場合は送迎を行います。

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご利用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（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります）。

「基本サービス費」

※利用者負担額改定の際には、別紙の交付と説明をもってご利用者の同意にかえさせていただきます。

<認知症対応型通所介護サービス> (所要時間 7 間以上 8 時間未満) 2024 年 4 月 1 日より

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス 利用料金	9,092 円	10,058 円	11,045 円	12,031 円	12,997 円
自己負担額 (1 割の金額)	910 円	1,006 円	1,105 円	1,204 円	1,300 円
自己負担額 (2 割の金額)	1,820 円	2,012 円	2,210 円	2,408 円	2,600 円
自己負担額 (3 割の金額)	2,730 円	3,018 円	3,315 円	3,612 円	3,900 円

※算定対象時間が 8 時間以上 9 時間未満は 50 円、9 時間以上 10 時間未満は 50 円、10 時間以上 11 時間未満は 100 円、11 時間以上 12 時間未満は 150 円の加算 12 時間以上 13 時間未満は 200 円の加算、13 時間以上 14 時間未満は 250 円

※小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

<認知症対応型通所介護サービスにおける加算>

当事業所の体制やご利用者の心身の状況に応じて介護保険給付のある料金が加算されます。

加算項目	内 容	自己負担
入浴介助加算 I	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行った場合	40 単位/回
入浴介助加算 II	入浴計画に基づき個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行った場合	55 単位/回
個別機能訓練加算	専ら機能訓練を行う職員を 120 分以上配置し、個別機能訓練計画を他職種協働で作成・実施・記録・評価した場合	27 単位/回
ADL 維持加算	ご利用者の機能維持が一定以上になった場合	30 単位/月
若年性認知症利用者 受入加算	介護保険法に該当する初老期の認知症利用者に担当者を定めてサービスを提供する場合	60 単位/日
栄養改善加算	管理栄養士を含む他職種協働で、個別ケアマネジメントとして栄養改善サービスを計画作成・実施・記録・評価を行った時に月 2 回まで原則 3 ヶ月間で算定	150 単位/日
口腔機能向上加算 I	他職種協働で個別ケアマネジメントとして口腔機能向上サービスを計画作成・実施・記録・評価を行った時に月 2 回まで原則 3 ヶ月間で算定	150 単位/日
口腔機能向上加算 II	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当たって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合	160 単位/回
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 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合	20 単位/回 ※6 月に 1 回を 限度とする。
口腔・栄養 スクリーニング加算 II	利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合	5 単位/回 ※6 月に 1 回を 限度とする。

サービス提供体制強化加算	厚生労働大臣が定める基準により算定（3区分の加算）	6～22 単位/日
中山間地域等居住者サービス提供加算	厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を超えて通所介護を行った場合	基本料金に5%加算
事業所が送迎を行わない場合	所定単位数から片道ごとに減算	47 単位/片道
科学的介護推進体制加算	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利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合	40 単位/月

【介護職員等処遇改善加算 I】

当事業所は厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している事業所に該当する為、所定単位数（基本サービス費に各加算、減算を加えた総単位数）に 18.1%を乗じて算定。

※当事業所は厚生労働大臣の定める地域区分の対象地域に該当するので、上記の所定単位数（基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）について、1 単位＝10.17 円で算定されます。

＜介護予防認知症対応型通所介護サービス＞（所要時間 7 時間以上 8 時間未満）2024 年 4 月 1 日より

	要支援 1	要支援 2
サービス利用料金	7,862 円	8,787 円
自己負担額（1 割の金額）	787 円	879 円
自己負担額（2 割の金額）	1,574 円	1,758 円
自己負担額（3 割の金額）	2,361 円	2,637 円

※算定対象時間が 8 時間以上 9 時間未満は 50 円、9 時間以上 10 時間未満は 50 円、10 時間以上 11 時間未満は 100 円、11 時間以上 12 時間未満は 150 円の加算

※小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

＜介護予防認知症対応型通所介護サービスにおける加算＞

当事業所の体制やご利用者の心身の状況に応じて介護保険給付のある料金が加算されます。

加算項目	内 容	自己負担
入浴介助加算 I	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行った場合	40 単位/回
入浴介助加算 II	入浴計画に基づき個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行った場合	55 単位/回
個別機能訓練加算	専ら機能訓練を行う職員を 120 分以上配置し、個別機能訓練計画を他職種協働で作成・実施・記録・評価した場合	27 単位/回
ADL 維持加算	ご利用者の機能維持が一定以上になった場合	30 単位/月
若年性認知症利用者受入加算	介護保険法に該当する初老期の認知症利用者に担当者を定めてサービスを提供する場合	60 単位/日

栄養改善加算	管理栄養士を含む他職種協働で、栄養改善サービスを計画作成・実施・記録・評価を行った場合	150 単位/回
口腔機能向上加算 I	他職種協働で個別ケアマネジメントとして口腔機能向上サービスを計画作成・実施・記録・評価を行った時に月 2 回まで原則 3 ヶ月間で算定	150 単位/日
口腔機能向上加算 II	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当たって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合	160 単位/回
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 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合	20 単位/回 ※6 月に 1 回を限度とする。
口腔・栄養スクリーニング加算 II	利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合	5 単位/回 ※6 月に 1 回を限度とする。
サービス提供体制強化加算	厚生労働大臣が定める基準により算定（3 区分の加算）	～176 単位/月
中山間地域等居住者サービス提供加算	厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を超えて通所介護を行った場合	基本料金に 5%加算
事業所が送迎を行わない場合	所定単位数から片道ごとに減算	47 単位/片道
科学的介護推進体制加算	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利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合	40 単位/月

【介護職員等处遇改善加算 I】

当事業所は厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している事業所に該当する為、所定単位数（基本サービス費に各加算、減算を加えた総単位数）に 18.1%を乗じて算定。

※当事業所は厚生労働大臣の定める地域区分の対象地域に該当するので、上記の所定単位数（基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）について、1 単位＝10.17 円で算定されます。

(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利用者の負担となります。

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護（共通）

① 食費（昼食） 820 円（非課税）

当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 12：00 ～ 13：00

② おやつ 80 円（税込）

③ 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担頂きます。1 枚につき 10 円（税込）

④ 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利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担頂くことが適

当であるものにかかる費用を頂きます。

⑤ 支払証明書発行手数料

毎月発行している利用料領収書のほかに、確定申告等で使用する目的で利用料支払証明書を発行した場合 1 回につき 1,650 円 (税込)

⑥ レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加して頂くことができます。参加された場合、材料代等の実費を頂きます。

⑦ 喫茶

月 1 回程度、喫茶「ひだまり」にて、ご利用頂けます（実費相当額）。

⑧ 送迎料

通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、実施地域の境からご自宅までの距離を算定し、1km : 21 円 (税込) の交通費を頂きます。

⑨ おむつ代

原則は各自持参(使用した場合は実費相当額請求)

⑩ その他

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護において料金請求が妥当と認められるもの

(3) 利用料金のお支払い方法

前記 (1) (2) の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、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 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)。

ア. 口座 (遠州信用金庫・郵便局) からの自動引落とし → 翌月 20 日

(引落とし手続きは事務所までお申し込みください)

イ. 下記指定口座への振り込み → 翌月末日まで

遠州信用金庫 引佐支店 普通預金 1039729

口座名義 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 いなさ愛光園

施設長 上野 拓朗

ウ. 現金でのお支払い

(4) 利用の中止、変更、追加

○ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更、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 7 日前までに事業者へ申し出て下さい。

○ ご利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更をされた場合は当日の午前 8 時 30 分までに連絡をお願いします。午前 8 時 30 分までに連絡なく休んだ場合は取消料として食事代及びおやつ代の総額をお支払い頂く場合があります。ただしご利用者の緊急の通院等の正当な事由がある場合には、この限りではありません。

食事代 820円 おやつ代 80円 (税込)

※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ご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間または日時を利用者に提示して協議します。

※認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護サービス利用の時間延長は、下記の料金を延長料金としてお支払い頂きます。 1時間毎 1047円 (税込)

7. サービスの終了に伴う援助

サービス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。

8. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなどの義務を負います。当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ 認知症についての理解を深め、ご利用者本人を主体とした介護を行うことで、その方の尊厳を守ります。
- ④ 感染症が発生し、まん延しないように、委員会の設置・指針の整備、研修及び訓練を年2回以上実施する等必要な措置を講じます。
- ⑤ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ⑥ ご利用者へ提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑦ ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑧ 虐待防止のための指針を整備し、虐待防止のための対策を定期的に検討していきます。担当者を置き、研修等を通じて職員に周知徹底を図ることで、ご利用者の人権を擁護します。
- ⑨ ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医またはあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑩ 介護保険等関連情報を活用し、施設単位でのPDCAサイクルを構築・推進することにより提供するサービスの質の向上に努めます。
- ⑪ 感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供されるように業務継続計画を予め策定し、必要な研修や訓練を定期的実施します。感染症や災害発生時には、計画に沿って速やかに必要な措置を講じます。

9. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

ご利用にあたり、他の利用者、事業所の職員に対し、迷惑を及ぼすような物は原則として持ち込むことができません。

(2) 施設・設備の使用上の注意

○ 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○ 故意に、また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に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ 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、営利活動などを行うことはできません。

(3) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

10. 事故発生時の対応について

(1) サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。職員は施設長(上長)に報告をし、指示を受けて対処します。

(2) ご利用者のご家族に連絡をし、事故状況を報告します。

(3) 重大な事故の場合、保険者に連絡をし、事故報告書を提出します。

(4) 事故発生の防止のための安全対策担当者を置き、常に事故の再発防止に取り組みます。

11. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設 いなさ愛光園」消防計画に基づき対応します。																		
非常時の訓練及び 防災設備	別途定める「介護老人福祉施設 いなさ愛光園」消防計画に基づき年間2回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。																		
	<table border="1"><thead><tr><th>設備名称</th><th>設備の有無又は個数等</th></tr></thead><tbody><tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td></tr><tr><td>自動火災報知器</td><td>あり</td></tr><tr><td>避難誘導灯</td><td>あり</td></tr><tr><td>ガス漏れ報知器</td><td>あり</td></tr><tr><td>屋内消火栓</td><td>あり</td></tr><tr><td>非常通報装置</td><td>あり</td></tr><tr><td>非常用電源</td><td>あり</td></tr><tr><td>防災カーテン</td><td>必要箇所で使用</td></tr></tbody></table>	設備名称	設備の有無又は個数等	スプリンクラー	あり	自動火災報知器	あり	避難誘導灯	あり	ガス漏れ報知器	あり	屋内消火栓	あり	非常通報装置	あり	非常用電源	あり	防災カーテン	必要箇所で使用
	設備名称	設備の有無又は個数等																	
	スプリンクラー	あり																	
	自動火災報知器	あり																	
	避難誘導灯	あり																	
	ガス漏れ報知器	あり																	
	屋内消火栓	あり																	
	非常通報装置	あり																	
	非常用電源	あり																	
防災カーテン	必要箇所で使用																		

消防計画等	消防署への届け出日 2017年4月1日 防火管理者 上野 拓朗
-------	------------------------------------

12. 身元引受人

身元引受人をご指定下さい。身元引受人の主な責任は以下の通りです。なお、身元引受人は、民法（債権法）に定める保証人としての責務を負います。

(1) 重要事項説明書の各条項のほか、以下の各項目に従い債務を保証

- ① 連帯保証人は、利用者と連帯して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとする。
- ② 前項の連帯保証人の負担は、極度 60 万円を限度とする。
- ③ 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

(2) 入院等に関する手続き、費用負担

(3) 契約終了後のご契約者受け入れ先の確保

(4) ご契約者が死亡した場合のご遺体および残置物の引取り等

(5) 面談、その他ご利用者に関して必要と思われる事項

※身元引受人が役割を果たせなくなった場合には、あらたな身元引受人を立てていただきます。

13. 苦情の受付について

(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 上野 拓朗 (職名) 施設長
- 苦情受付担当者 松島 康敏 (職名) 生活相談員
(連絡先) 電話番号 053-544-0781
FAX 番号 053-544-0888
E-mail aikoen-inasa@sis.seirei.or.jp
- 受付時間 8:30 ~ 17:00 (土日祝日を除く)
- 苦情受付箱の設置場所 正面玄関入口・ショートステイ玄関入口・グループホーム玄関入口

(2) 行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険団体連合会	所在地 静岡市葵区春日 2-4-34 電話番号 054-253-5590 FAX 番号 054-251-3445 受付時間 9:00 ~ 17:00 月曜日 ~ 金曜日
-------------	---

浜松市北行政センター 長寿保険課	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	浜松市浜名区細江町気賀 305 053-523-1144 053-523-1928 8 : 30 ~ 17 : 15 月曜日 ~ 金曜日
静岡県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	静岡市葵区駿府町 1-70 県総合社会福祉会館内 054-653-0840 054-653-0840 8 : 30 ~ 17 : 00 月曜日 ~ 金曜日

(3) 第三者委員について

第三者委員とは、サービス利用者と事業所の間に入って、問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は第三者委員を交えてお話し合いもできます。第三者委員へは施設に備え付けの投書用紙に記入の上、封筒に入れていただき、封筒表面に苦情申し出先を記入して投書して下さい。

当施設の第三者委員は

野末あけみ 氏 電話番号：053-542-1137

西岡祥一 氏 電話番号：053-545-0800

14. 個人情報の使用について

当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者または扶養者もしくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、下記の場合には事前承諾なく個人情報を使用します。

- ① 介護保険法に関する法令に従い、利用者の居宅サービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するため行うサービス担当者会議等において使用する場合
- ② 利用者が医療機関に受診・入院する時に、その医療機関に情報提供する場合
- ③ 市町村、その他の介護保険事業者等への情報提供、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供する場合
- ④ 当事業所を利用終了し、他の事業所を紹介するなど援助を行うに際し、必要な情報を提供する場合
- ⑤ 静岡県、浜松市が行う介護サービスの質の維持、改善のための基礎資料のため
- ⑥ 介護保険法に定められた事務、事故等の報告のため
- ⑦ 当施設で行われる学生等実習への協力のため
- ⑧ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等のため
- ⑨ 法に定められた届出や統計のため
- ⑩ 介護保険サービスの質の向上のための学会・研究等での事例研究発表をする場合（なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します）

2. 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

この規程の変更年月日

平成 12 年 4 月 1 日施行	平成 17 年 7 月 1 日改訂	平成 17 年 10 月 1 日改訂
平成 18 年 1 月 1 日改訂	平成 18 年 4 月 1 日改訂	平成 18 年 5 月 1 日改訂
平成 18 年 6 月 1 日改訂	平成 19 年 4 月 1 日改訂	平成 19 年 7 月 1 日改訂
平成 20 年 4 月 1 日改訂	平成 20 年 9 月 3 日改訂	平成 21 年 4 月 1 日改訂
平成 21 年 10 月 1 日改訂	平成 22 年 8 月 1 日改訂	平成 24 年 4 月 1 日改訂
平成 26 年 4 月 1 日改訂	平成 27 年 4 月 1 日改訂	平成 27 年 8 月 1 日改訂
平成 28 年 4 月 1 日改訂	平成 29 年 4 月 1 日改訂	平成 29 年 10 月 1 日改訂
平成 30 年 4 月 1 日改訂	2019 年 5 月 1 日改訂	2019 年 10 月 1 日改訂
2020 年 4 月 1 日改訂	2021 年 4 月 1 日改訂	2022 年 4 月 1 日改訂
2022 年 10 月 1 日改訂	2022 年 11 月 1 日改訂	2023 年 7 月 1 日改定
2024 年 1 月 1 日改定	2024 年 4 月 1 日改定	2024 年 6 月 1 日改定
2025 年 4 月 1 日改訂		

私は、本書面に基づいて、
いなさ愛光園デイサービスセンター

説明者 氏名 _____

から上記、重要事項および個人情報の使用についての説明を受け同意したことを確認します。

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代筆者 氏名 _____ (続柄: _____)

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ (続柄: _____)