

(指定共生型生活介護)

松戸愛光園デイサービス

重要事項説明書

当施設は千葉県の指定を受けています
(第1212401952号)

1. 施設運営法人

- (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番地26
(3) 連絡先 電話番号 053-413-3300 (代表)
FAX 053-413-3314
ホームページ <https://www.seirei.or.jp/hq/>
(4) 代表者名 理事長 青木 善治
(5) 設立年月日 昭和27年5月17日

2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 指定共生型生活介護／平成31年2月1日指定
(千葉県指定 第1212401952号)
- (2) 施設の名称 松戸愛光園デイサービス
- (3) 施設の目的 生活介護は、障害者総合支援法等関係法令の趣旨に従い、契約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、契約者に対し、障害福祉サービスを提供します。
- (4) 建物の構造 鉄筋コンクリート造一部鉄骨鉄筋コンクリート造
地上5階・地下1階建て（松戸愛光園併設）
- (5) 延べ床面積 6,552.70㎡
- (6) 併設事業 (千葉県知事の事業者指定／定員)
- | | | |
|------------|-------------------|-----------|
| ○介護老人福祉施設 | 第1271201665号／103名 | |
| ○短期入所生活介護 | 第1271201699号 | } あわせて21人 |
| ○指定短期入所 | 第1212401762号 | |
| ○通所介護 | 第1271201673号 | } あわせて34人 |
| ○指定共生型生活介護 | 第1212401952号 | |
| ○居宅介護支援事業 | 第1271002051号 | |
| ○特定相談支援事業 | 第1232400356号 | |
| ○障害児相談支援事業 | 第1272400290号 | |
- (7) 所在地 千葉県松戸市高塚新田128-8
- 電車・バスを利用する場合
- ①武蔵野線「市川大野」駅下車 徒歩12分
- ②総武線「本八幡」駅下車 京成バス高塚行き「東松戸病院入り口」下車 徒歩3分
- 自家用車を利用の場合
- 京葉道路原木インターチェンジより約20分
- (8) 連絡先 電話番号 047-330-8243
FAX 047-330-8126
- (9) 管理者 大西 和良

- (10) 運 営 方 針 在宅生活の継続や家族介護の支援を行うとともに、利用者主体の自立生活支援を迫及します。「利用者の笑顔」「かゆいところに手の届く気配り」を2つの柱とし心豊かなケアを目指します。
- (11) 開設年月日 平成15年5月1日
- (12) 利用定員 34名（通所介護利用者含む）

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

- ・松戸市南部（東部地区、本庁地区、矢切地区、五香松飛台地区）
- ・市川市一部地域（国分、中国分、東国分、稲越町、堀之内、大町、大野町、南大野、柏井町、奉免町、菅野、東菅野、須和田、曾谷、宮久保、下貝塚）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 但し、年末年始（12月29日～1月3日）を除く
受付時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時00分
サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前9時30分～午後3時45分の間

4. 利用対象者

当施設を利用できるのは、以下の通りとなります。

- ・障害支援区分が区分1以上である方

5. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約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、ご契約者を担当する生活相談員もしくは介護職員が「個別支援計画」を作成し、ご契約者及びその家族等の同意をいただき、計画に基づいてサービスを提供します。

6. 設備の概要

当施設では以下の設備をご用意しております。

居室・設備の種類	設備等
食 堂	流し台・冷蔵庫・食器洗浄乾燥機・テレビ
浴 室	個浴・機械浴
機能回復訓練室	各種機能訓練機器（認知症予防、下肢筋力維持目的）
談話コーナー	ソファ・テーブル
静 養 室	ベッド

※施設・設備利用の注意事項

決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。また、ご契約者の過失により施設の設備等を破損・汚損・滅失した場合は、修理及び相当の費用のご負担をお願いします。

7. 職員の配置状況

- (1) 当施設では、ご契約者に対し共生型生活介護事業の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	配置人数	備 考
管 理 者	1 名	常勤
介 護 職 員 (生活支援員)	営業日ごとに、提供時間数及び利用者数から算出される勤務延時間数を満たす人数以上	利用者数 15 人まで 勤務延時間数＝平均提供時間数 利用者数 16 人以上 勤務延時間数＝((利用者数－15) ÷ 5 ＋1) × 平均提供時間数
看 護 職 員	営業日ごとに 1 名以上	
機能訓練指導員	営業日ごとに 1 名以上	
生 活 相 談 員	営業日ごとにサービス提供時間を通じて専従で 1 名以上	常勤
管 理 栄 養 士	営業日ごとに 1 名以上	

※厚生労働省令で定める基準を下回らない範囲で変動することがあります。

(2) 配置職員の職務内容は以下のとおりです。

【管 理 者】 事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、
従業員に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います

【介 護 職 員 (生活支援員)】 ご契約者の日常生活上のお世話を行います

【看 護 職 員】 ご契約者の健康管理や療養上のお世話を行います

【機能訓練指導員】 ご契約者の日常生活に必要な機能訓練を行います

【生 活 相 談 員】 ご契約者の日常生活の相談・助言を行います

【管 理 栄 養 士】 ご契約者の栄養改善に必要な援助を行います

8. 施設が提供するサービスと料金

- ・当施設では、ご契約者に対し以下のサービスを提供します。
- ・当施設が提供するサービスには、

①利用料金が介護保険から給付されるサービス

②利用料金の金額をご契約者に負担いただくサービスがあります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス (別表 1)

(2) 介護保険サービスの給付対象とならないサービス (別表 2)

(3) 利用料金のお支払方法

(1) および (2) の料金・費用は 1 ヶ月毎に精算します。

金融機関指定口座から自動引き落としでお願いします。

(4) 利用中止時の食事代実費について

ご契約者の都合で利用を中止される場合は、利用日前営業日の午後 17 時までにご連絡下さい。それ以降の中止は、体調不良などの理由に関わらず、食事代の実費 700 円とおやつ代 100 円をお支払い頂くことになります。

(5) 利用料金の取り扱いについて

①障害福祉サービスの介護給付費等に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご契約者の利用料金を変更します。

- ②社会情勢などやむを得ない事由により、サービス利用料金の変更を行う場合、変更を行う日の原則1ヶ月前までに、ご契約者へ説明をします。

(6) 医療について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において、診療・入院の治療等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・入院の治療等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・入院の治療等を義務付けるものではありません。

①協力医療機関

医療機関の名称	鎌ヶ谷総合病院
所在地	千葉県鎌ヶ谷市初富 929-6

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	ラビット歯科
所在地	松戸市日暮 1 丁目 16-1 R G 八柱ビル 3 階

9. 施設をご利用いただけない場合

当施設との契約では、以下のような事由が発生した場合はご利用いただくことができません。

- (1) ご契約者が死亡した場合
- (2) 要介護認定等によりご契約者の心身の状況が非該当と判定された場合
- (3) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- (4) 事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- (5) 事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- (6) ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合

※契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設に契約解除を申し出ることができます。その場合は、契約解除を希望する日の7日前までにお知らせください。

ただし、契約書第18条による場合は即時に契約を解除することができます。

(7) 事業者から契約解除の申し出を行った場合

- ① 契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告示を行い、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 契約者による、第7条に定めるサービスの利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 事業者が防止策を講じたにも拘らず、利用者又はその関係者が、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財物・信用等を傷つけ、又はハラスメント等を含む著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 契約者又はその関係者の行動が他の利用者や事業者の生命、身体、健康に重大

な影響を及ぼすおそれがあり、又は、利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

⑤ ご利用者又はその関係者による以下の行為及びそれに類する行為が発生した場合

＜暴言または乱暴な言動＞

- ・怒鳴る、奇声や大声を発する、物を投げつける、物を壊す
- ・衣服を引きちぎる、刃物を向ける、手を払いのける、殴る
- ・蹴る、唾を吐く、脅迫、中傷、侮辱、差別的言動
- ・名誉毀損、土下座の要求

＜セクシュアルハラスメント＞

・職員の体を触る、手を握る、抱きつく、性的誘いかけ、好意的態度の要求等の性的な言動

＜その他＞

- ・ストーカー行為、不退去、居座り、監禁、長時間の拘束
- ・サービスの適正な範囲を超える不当要求や過剰要求
- ・他のご利用者および職員または事業所を貶める言動
- ・金銭補償の要求、謝罪の要求
- ・電話やメール等への過度な着信
- ・許可なく事業者内において撮影（写真、動画等）、録音等の行為及びこれらのSNS等への掲載等の行為

10. 身元引受人

契約書第22条に基づき、身元引受人をご指定ください。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債務を負います。

（1）重要事項説明書の各条項の他、以下の責務を負います。

①連帯保証人は、ご契約者と連帯して本契約から生じるご契約者の責務を負担するものとする。

②前項の連帯保証人の負担は、極度額 30 万円を限度とする。

③連帯保証人の請求があったときには、事業所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、ご契約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）ご契約者がご利用中に、疾病等により医療機関に入院、受診をする場合の申込み、費用の支払い手続き並びに送迎。

（3）その他、ご契約者に関わる事項。

（4）身元引受人が役割を果たせなかった場合等で変更する場合は、あらたな身元引受人を立てていただきます。

11. 苦情の受付

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受付いたします。

- 苦情受付担当者 大西 和良
 ○苦情解決責任者 石川 智行
 ○受 付 時 間 月曜日～金曜日（年末年始および祝日を除く）
 8：30～17：00
 ○受 付 方 法 電話 047-330-8125
 FAX 047-330-8126

※上記時間外も、投書箱などで24時間受け付けます

（２）行政機関等その他の苦情受付機関

松戸市障害福祉課	所在地	松戸市根本387-5
	電話番号	047-366-1111（代表）
	対応時間	8：30～17：00
市川市障害者支援課	所在地	市川市八幡1-1-1
	電話番号	047-334-1111（代表）
	対応時間	8：30～17：00
千葉県運営適正化委員会	所在地	千葉市中央区千葉港4-5
	電話番号	043-246-0294
	利用時間	9：00～12：00、13：00～17：00
その他各区市町村介護保険担当課		

（３）第三者委員について

第三者委員とは、サービス利用者と施設の間にあって、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出来ます。

当該施設の第三者委員は、次のとおりです。

- 松田 幸蔵氏（高塚団地自治会長）
 ○鈴木 恭太氏（元千葉県立松戸向陽高等学校教諭）

12. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対しサービスを提供するにあたり、以下のことを守ります。

- ①ご契約者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調・健康管理から必要な場合には、医師または看護職員と連携し、ご契約者からの確認を行います。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定し備えるとともに、ご契約者に対して、定期的に非難・救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者および他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為は行いません。

※やむを得ず行う場合は、ご契約者およびご家族へ説明・同意の上、必要最小限の範囲で行うよう努めます。

- ⑤ご契約者に対するサービスの記録を作成し、契約終了後2年間保持し、ご契約

者もしくは身元引受人の請求に応じ、記録の閲覧・複写物の交付をします。

※複写は当説明書記載の費用をご負担いただきます。

- ⑥サービスを提供するにあたり、知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。

※ご契約者に医療上の必要がある場合は、医療機関にご契約者の心身等の情報を提供します。

1 3. 施設利用の留意事項

当施設をご利用される皆様が、安全で快適に過ごす事ができるよう、以下の事項をお守りください。

(1) 持ち込みについて

以下のものは持ち込むことができません

- 炎の出るもの
- 危険物（火薬類・石油類・劇薬・必要以上の薬など）
- 刃物及び銃器またはそれに類するもの

(2) 喫煙

○決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください

(3) 施設・設備使用上の注意

- 居室および共用施設・敷地をその本来の用途に従って利用してください
- 故意または注意を怠り過失により施設・設備を滅失・破損・汚損もしくは変更した場合は、ご契約者の自己負担により原状復帰していただくか、相当の代価をお支払いいただくことになります
- 他の利用者および従業員の迷惑となるような、宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません

1 4. 損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害賠償をいたします。

ただし、その損害の発生について、以下の場合は事業者の損害賠償責任を減じることができます。

- ご契約者が心身や病状等について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者がサービス実施に必要な事項について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者の急な体調変化など、サービスの実施を原因としない事由により損害が生じた場合
- ご契約者がサービス従業員の指示に反して行うことで損害が生じた場合

令和 年 月 日

本書面に基づき重要事項及び重要事項別表の説明を行いました。

松戸愛光園デイサービス

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から説明を受け、重要事項及び重要事項別表の内容に同意します。

契約者氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

私は、本書面に基づいて事業者から説明を受け、下記の者を身元引受人として指名いたします。

身元引受人氏名 _____ 印

(契約者との続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

私は、契約者が事業者からの説明を受け、重要事項及び重要事項別表の内容に同意したことを確認し、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者氏名 _____ 印

(契約者との続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

(付 則)

この事項は、平成31年 2月 1日から施行する。

令和 元年10月 1日 改訂

令和 2年 4月 1日 改訂

令和 3年 4月 1日 改訂

令和 4年10月 1日 改訂

令和 5年 4月 1日 改訂 (管理者変更)

令和 6年 4月 1日 改訂

令和 6年 6月 1日 改訂

令和 6年11月 1日 改訂

令和 7年 4月 1日 改訂

令和 7年 8月 1日 改訂

令和 7年10月 1日 改訂 (管理者変更)

介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、自己負担額は介護給付費の給付額（全体の 9 割）を除いた金額となります。

【サービスの概要】

- ①食事の介助 ②入浴の介助 ③排泄の介助 ④機能訓練 ⑤相談 ⑥健康管理
⑦レクリエーション

○基本単位及び料金の目安 地域区分 生活介護 松戸市：5 級地（10.61 円/1 単位）

費目	単位	利用料金	自己負担額
共生型生活介護サービス費（Ⅰ）	6 9 7 単位/日	7, 3 9 5 円	740 円/日

○加算項目及び単位数

加算項目	内容	単位	自己負担額
初期加算	利用開始日から起算して 30 日以内の利用に対して算定されます。	3 0 単位/日	3 2 円/日
福祉専門職配置等加算（Ⅰ）	社会福祉士、介護福祉士、精神保健師又は公認心理士の資格保有者が 35% 以上雇用されている場合に算定されます。	1 5 単位/日	1 6 円/日
常勤看護職員等配置加算（Ⅰ）	看護職員を常勤換算で 1 人以上配置した場合に算定されます。	1 9 単位/日	2 1 円/日
食事提供体制加算	収入が一定額以下のご契約者に対して、お食事を提供した場合算定されます。	3 0 単位/日	3 2 円/日
サービス管理責任者配置等加算	共生型の事業所が特定の条件を満たした場合に適用される仕組みです。	5 8 単位/日	6 1 円/日

福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に 1000 分の 81 (8.1%) を乗じた単位数が加算されます。
-------------------	--

介護保険サービスの給付対象とならないサービス

以下のサービスは、ご契約者の個別希望等により行うサービスで、利用料金全額ご契約者に負担いただくサービスとなります。

サ ー ビ ス 内 容		利 用 料 金 (税別)
①送迎費 (片道)		250 円/回
②光熱水費 (入浴費)		200 円/回
③食事代 (おやつ代含む)	一般 1 (所得割 16 万円未満) 低所得 生活保護	500 円 + 32 円 (加算自己負担分) /回
	一般 2	800 円/回
④おしぼり代 *昼食、おやつ前に使用		20 円/日
⑤入浴用品代 *入浴時のフェイスタオル、バスタオルの利用を希望される場合		80 円/回
⑥利用中止時の食事代+おやつ代実費 (利用日前営業日の 17:00 までにご連絡をいただけなかった場合)		800 円/回
⑦サービス提供時間中の行事または個別制作の材料費などにかかる費用		実費
⑧写真のプリント		1 枚 30 円
⑨複写物の交付		1 枚 10 円 (A3 は 1 枚 20 円)
⑩支払証明書		1 枚 1,050 円

※食事代実費負担について、一般 1 の方は食事提供体制加算が行われるため負担額軽減させて頂き、加算自己負担分を足した額となります。

※費用負担が発生する行事およびクラブ等への参加は、ご契約者へ意思確認の上参加いただきます。ご契約者本人の意思確認が困難な場合は、ご家族や身元引受人等へ確認し同意の上行います。

※社会情勢等やむを得ない事由がある場合、ご利用額を変更することがあります。変更の際は、事前に変更内容およびその事由について、原則変更を行う 1 ヶ月前までにご契約者およびご家族や身元引受人等にご説明します。

【サービス利用料金】(1 日あたり)

上記の料金表に基づき、ご契約者の要介護度等に応じたサービス利用料金から、介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)に、加算対象サービスと実費(食事代、おしぼり代、入浴用品代等)に関する費用の合計金額をお支払いいただきます。

【利用者負担の上限について】

○ 1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる負担については、所得に応じて 4 区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担はありません。

(20 歳以上の利用者の負担上限額)

区分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯 (注 1)	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯 (所得割 16 万円未満) (注 2) ※入所施設利用者 (20 歳以上)、グループホーム 利用者は除きます。(注 3)	9,300 円
一般 2	上記以外	37,200 円

(注 1) 3 人世帯で障害基礎年金 1 級受給の場合、収入が概ね 300 万円以下の世帯が対象となります。

(注 2) 収入が概ね 600 万円以下の世帯が対象となります。

(注 3) 入所施設利用者、グループホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般 2」となります。

(20 歳未満の利用者の負担上限額)

区分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯 (所得割 28 万円未満)	4,600 円
一般 2	上記以外	37,200 円

