# 通所介護重要事項説明書（ 2025年5月1日より適用 ）

## １　当法人の概要

| | |
|---|---|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人　聖隷福祉事業団 |
| 代表者名 | 理事長　青木　善治 |
| 法人本部所在地 | 静岡県浜松市中央区元城町２１８番地２６ |
| 電話番号 | ０５３－４１３－３３００ |

## ２　事業所の概要

| | |
|---|---|
| 事 業 所 名 | 横須賀愛光園デイサービスセンター |
| 所 在 地 | 横須賀市武３－３９－１ |
| 提供サービス | 通所介護 |
| 介護保険事業所番号 | １４７１９００７０２号 |
| 管理者氏名 | 水落　直明 |
| 連絡先 | ０４６―８５７－６６００ |

## ３　事業所の職員体制（２０２５年５月１日現在）

| 職　種 | 職員数 | 勤務形態 |
|---|---|---|
| １．管理者 | １名 | 常勤（兼務） |
| ２．生活相談員 | ３名 | 常勤（兼務） |
| ３．介護職員 | 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 | 常勤・非常勤、専従・兼務含む<br><br>利用者数 15 人まで<br>勤務延時間数＝平均提供時間数<br>利用者数 16 人以上<br>勤務延時間数＝（(利用者数－15）÷5＋1）×平均提供時間数 |
| ４．看護職員 | １名以上 | 非常勤（兼務） |
| ５．機能訓練指導員 | １名以上 | 非常勤（兼務） |

## ４　サービス提供地域（通常の送迎地域）

・横須賀市

武、林、太田和、須軽谷、荻野、長坂、芦名、佐島、佐島の丘、秋谷、子安、湘南国際村、山科台、御幸浜、長井、津久井、長沢、野比、粟田、岩戸、ハイランド、衣笠町、大矢部、小矢部、佐原、佐野、光の丘、グリーンハイツ、森崎、衣笠栄町

・三浦市

南下浦町（上宮田）、初声町（高円坊、和田、下宮田、入江）

## ５　営業時間（サービスの提供時間）

| 月・火・水・木・金・土曜日 | 日曜日 | 祝日等 |
|---|---|---|
| 営業時間　　8：30～17：30 | 休業日 | 9：30 ～ 16：30 |
| サービス提供時間　9：30～16：30 | | |

（注１）年末年始（12/29～1/3）は休業日の扱いとなります。

（注２）サービス提供時間には、送迎時間を含みません。

## ６　利用料金について

①介護保険の給付対象となるサービス

※別紙『**横須賀愛光園デイサービスセンター重要事項説明書別紙**別表①』に基づく料金をお支払いください。

②介護保険の給付対象とならないサービス

※別紙『**横須賀愛光園デイサービスセンター重要事項説明書別紙**別表②』に基づく料金をお支払いください。

③ その他料金について

ア　その他の食費（おやつ代）及びアクティビィティ、その他の日常生活費に関する費用は別途料金表の通りとなります。

イ　交通費は通常のサービス提供地域（または送迎地域）以外の地域について、所定の交通費（実費相当）が必要となります。

ウ　自己負担金は、自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月１回引き落とします。）によりお支払いいただきますようお願いします。

エ　上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（個別に定められた負担割合以外）の額を請求することになります。

オ　介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

## ７　サービス利用の中止

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際は、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

※連絡先（電話）０４６－８５７－６６００

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。

(3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

| 時　　間 | キャンセル料 | 備　　考 |
|---|---|---|
| サービス利用日の前々日まで | 無　料 | |

| | | |
|---|---|---|
| サービス利用日の前日まで | 利用者負担金の50% | |
| サービス利用日の当日 | 利用者負担金の100% | |

## 8　診断書提出について

利用するにあたり、身体状況等の把握のため、診断書が必要と判断した場合、ご提出をお願いすることがあります。その際にご提出いただけないときは、ご利用できないことがございます。

## 9　緊急時の対応

サービス提供にあたり、事故、体調の急変等が生じた場合には、事前の打ち合わせに基づき家族、主治医、救急医療機関、居宅支援事業者等に連絡します。

## 10　提供する第三者評価の実施状況

| | |
|---|---|
| 実施の有無 | 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 | 有　・　無 |

## 11　その他重要事項

（1）　衛生管理

事業所は、サービスに使用する備品等を清潔に保持し、必要に応じて消毒等、衛生管理に充分留意するものとする。

（2）　感染症の予防、発生時の対応

事業所は、職員に対し、感染症等に関する基礎知識を習得させ、年1回以上の健康診断を受けさせるものとする。当事業所では、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。

（3）　虐待の防止

事業所は、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。又、担当者を置き、研修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。

（4）　地域等との連携強化

事業所は、事業の運営に当たって地域住民又は、その自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めます。

（5）　介護保険等関連情報の活用

事業所は、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。

（6）　業務継続計画

事業所は、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に実施

します。感染症や災害発生時には、計画に従って速やかに必要な措置を講じます。

（７） 身元引受人

当事業所は契約締結にあたり、利用者に対し身元引受人をご指定いただきます。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（債権人）に定める連帯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責務を保証

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、遅延なく利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害補償の額等、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 その他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。

（８） 合同送迎

同施設内の聖隷看護小規模多機能横須賀と合同送迎を行います。

各事業が連携を取り、送迎を一体化し効率的かつ円滑に送迎を行うことで、より適切なサービス提供時間を確保するための取り組みです。

## 12 相談窓口、苦情対応

**○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。**

| | | |
|---|---|---|
| 苦情受付担当者 | 電話番号 | ０４６－８５７－６６００ |
| | FAX番号 | ０４６－８５７－２０１０ |
| | 担当者 | 水落　直明 |
| | 対応時間 | 月曜日から土曜日の８：３０～１７：３０ |

**○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。（月～金の対応）**

| | | |
|---|---|---|
| 横須賀市介護保険課 | 所在地 | 横須賀市小川町１１ |
| | 電話番号 | ０４６－８２２－８２５３（直通） |
| | 対応時間 | ８：３０～１２：００／１３：００～１７：１５ |
| 三浦市保健福祉部<br>高齢介護課 | 所在地 | 三浦市城山町１－１ |
| | 電話番号 | ０４６－８８２－１１１１（代表） |
| | 対応時間 | ８：３０～１７：００ |
| 神奈川県国民健康<br>保険団体連合会<br>介護保険課介護苦情相談係 | 所在地 | 横浜市西区楠町２７－１ |
| | 電話番号 | ０４５－３２９－３４４７ |
| | 利用時間 | ８：３０～１７：１５ |

**※「横須賀市及び三浦市以外の方は、当該市町村介護保険担当窓口へ」**

【 説明確認欄 】

年　　月　　日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項について交付・説明しました。

事業者　所在地　　横須賀市武３－３９－1

社会福祉法人　聖隷福祉事業団
事業者名　横須賀愛光園デイサービスセンター

説明者　　水落　直明　　印

サービス契約の締結にあたり、利用者負担金を含む重要事項について、
説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

＜契約者＞　住　所

氏　名　　印

＜代筆者＞

住　所

氏　名　　印

続　柄

＜身元引受人＞　住　所

氏　名　　印

続　柄