

重要事項説明書

(指定通所介護事業所)

社会福祉法人 桜風会
デイサービスセンター あいあい 桜が丘

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 桜風会
(2) 法人所在地 広島県府中市桜が丘3丁目2番地の1
(3) 電話番号 0847-41-5000
(4) 代表者氏名 門田 悦治
(5) 設立年月日 平成16年9月16日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成18年3月1日指定
広島県 第3471700520号
(2) 名称 デイサービスセンター あいあい 桜が丘
(3) 所在地 広島県府中市桜が丘3丁目2番地の1
(4) 電話番号 0847-41-5000
(5) 事業管理者氏名 岸本 実規
(6) 事業の目的 居宅において要介護状態にある高齢者（以下「利用者」という）に対し、適切な通所介護サービスを提供することを目的とする。
(7) 運営の方針 利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
(8) 通常の事業の実施地域 府中市（上下町を除く）及び福山市新市町・芦田町・駅家町
(9) 営業日 月曜日～土曜日
(ただし、1月1日から1月3日を除く。)
(10) 営業時間 9時00分～16時15分
(11) 利用定員 75名

3. 職員の配置状況

令和8年8月1日現在

職 種	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	業務内容
管理者		1			従業者の管理及び業務管理の総括
生活相談員		2			利用者の生活相談等
介護職員	3	1	13		利用者の介護の提供
看護職員			1	1	利用者の看護の提供
機能訓練指導員（理学療法士等）			2	1	リハビリ訓練指導

4. 協力医療機関

利用中に体調不良、容態の急変などがありましたら、ご家族（緊急連絡先）やかかりつけの医師にご相談のうえ、ご指示を頂き対応いたします。

医療機関の名称	地方独立行政法人府中市病院機構 府中市民病院 (所在地) 広島県府中市鵜飼町555-3
	社会医療法人 社団 陽正会 寺岡記念病院 (所在地) 広島県福山市新市町大字新市37番地

5. サービス

①健康チェック

- ・体温、血圧などの測定をして、体調のチェックを行います。

②入浴

- ・一般浴槽・特別浴槽の中から、ご本人の状況に応じた適切な入浴をして頂きます。

③排泄

- ・ご契約者の身体状況に応じて、適切な排泄介助を行います。

④食事

- ・管理栄養士が契約者の好み、栄養、食事形態に配慮した食事を提供します。

⑤相談及び援助

- ・当施設は、入所およびその家族からのいか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。

(相談窓口) 生活相談員：岸本 実規

⑥その他

- ・送迎や移動の時の介助、教養、趣味、レクリエーションなどの活動をしていただく機会を作るように配慮します。

6. 利用料金

(1) 介護保険対象のサービス利用料金(7時間～8時間)

要介護度	基本料金(3割負担)
要介護1	1,821円 /日
要介護2	2,148円 /日
要介護3	2,490円 /日
要介護4	2,838円 /日
要介護5	3,177円 /日

その他の加算（３割負担の場合）

個別機能訓練加算Ⅰ（Ⅰ）	（１日につき）	228 円／日
個別機能訓練加算Ⅰ（Ⅱ）※機能訓練指導員の配置状況による	（１日につき）	168 円／日
個別機能訓練加算Ⅱ	（１月につき）	60 円／月
入浴介助加算Ⅰ	（対象利用者のみ１日につき）	120 円／日
入浴介助加算Ⅱ	（対象利用者のみ１日につき）	165 円／日
科学的介護推進体制加算	（１月につき）	120 円／月
口腔機能向上加算Ⅰ（１月に２回までを限度。原則３ヶ月以内の期間）		450 円／回
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		18 円／日
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	（１月あたりの所定単位数×11.8%）	

※介護報酬改定に伴い、料金の変更等があります。

（２）介護保険給付対象外のサービス（実費負担）

食費（おやつ代含む） 1 日あたり 750 円

通常の事業の実施地域を越えての送迎 40 円／キロ

レクリエーション・施設外活動費・材料費などの実費

おむつ代・紙おむつ・リハパン…150 円 パット…50 円

※今後、物価変動等（燃料費・食材費他）により改定することがあります。

（３）利用のキャンセル料

ご契約者のご都合でサービスをキャンセルされる場合、下記のキャンセル料がかかります。

ご利用日の当日、午前８時３０分までにご連絡がなかった場合	食事代の 750 円
------------------------------	------------

* ご利用日の当日、午前８時３０分までにご連絡いただいた場合は、無料です。

7. 苦情の受付について

（１）苦情処理の体制・手順

利用者からの苦情の申し出があった場合は直ちに管理者に報告し対応処理します。

（２）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。

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

・苦情受付窓口・・・ 管理者 岸本 実規

・電話番号・・・・・・（０８４７）４１－５０００

(3) 行政機関その他苦情受付機関

府中市健康福祉部介護保険課	所在地 電話番号	府中市府川町315番地 (0847)40-0222
広島県国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号	広島市中区東白島町19番49号 (082)554-0783
福山市介護保険課	所在地 電話番号	福山市東桜町3番5号 (084)928-1166
神石高原町保健課介護保険係	所在地 電話番号	神石郡神石高原町小畠1701番地 (0847)89-3535

8. 契約の終了及び解約について

(1) 契約の終了…以下の場合、自動的に契約を終了いたします。

- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合 … 入所日
- ② 利用者が要介護認定区分ではなくなった場合…非該当となった日
- ③ 利用者がお亡くなりになった場合…死亡日

(2) 契約の解約

- ① 利用者の解約権…サービスの終了を希望する日の 7 日前までに文書等でお申し 出ください。

- ② 事業者の解約権…

⑦利用者がサービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合

⑧利用者又はその家族が当施設や当施設の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為、ハラスメント行為、反社会的行為を行った場合

※不信行為・ハラスメント行為等の具体例

- ・暴力又は乱暴な言動
- ・物を投げつける、物を破壊する
- ・刃物を向ける、服を引きちぎる
- ・怒鳴る、噛みつく、脅迫する
- ・気に入らない職員や特定の職員を集中的に批判したり、いやがらせをする
- ・他施設や他者との比較をしながら、過大なサービスを要求したり罵倒したりする
- ・机や壁などをドンドン叩いて威圧する など
- ・職員の体を触る、手を握る、抱きしめる
- ・卑猥な写真を見せる
- ・不必要に自分の体を触らせようとする
- ・性的な発言や卑猥な言動をする など
- ・職員を長時間にわたり束縛しようとする
- ・職員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く
- ・奇声や大声を発する など

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況	未実施
実施日	
実施機関	

10. その他

(1) 送迎について

送迎時間の変更があった場合は、速やかにご連絡いたします。その日の天候・交通事情により多少の時間のズレが生じる事がありますので、あらかじめご了承下さい。

(2) 介護事故

利用者に転倒、負傷等の介護事故が発生した場合、速やかに主治医または、協力病院へ連絡するなどの必要な対応をいたします。

(3) 持参物について

- ・オムツやパット（少し多めにお願いします。）
- ・入浴後の着替え用の衣類
- ・連絡帳（利用開始時にお渡しします）
- ・お昼のお薬（連絡帳のポケットに入れてください）
- ・介護保険証（更新などで新しい保険証が届いたとき）

(4) お願い

- ・衣類、荷物（杖や帽子など）には必ずお名前の記入をお願いします。
- ・お菓子などの食べ物は持ち込まないようにお願いします。

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設あいあい消防計画」にのっとり、対応を行います			
近隣との協力関係	近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める「介護老人福祉施設あいあい消防計画」にのっとり、夜間および昼間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して年 2 回以上実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	556 個	屋内消火栓	19 ヲ所
	消火器	23 ヲ所	非常通報装置	あり
	自動火災報知機	233 ヲ所	漏電火災報知機	あり
	誘導灯	60 台	非常用電源	あり
事故発生時の対応	カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
	当施設は、万全の体制で指定サービスの提供に当たりますが、万一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、関係市町村等に連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止などの必要な措置を講じます。また、利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。			

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの開始にあたり、利用者に対して重要事項説明書に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者>

社会福祉法人 桜風会

所在地 広島県府中市桜が丘3丁目2番地の1

事業所名 デイサービスセンター あいあい 桜が丘

説明者 生活相談員 (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所 〒

氏名 (印)

<利用者代筆者>

住所 〒

氏名 (印) 続柄 ()

<利用者代理人>

住所 〒

氏名 (印) 続柄 ()