令和８年10月１日改定

指 定 通 所 介 護 事 業 所

亀 寿 苑　川崎デイアップセンター

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。

（三重県指定　第2470400785号）

当事業所は、利用者様に対して指定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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇ ◆ 目 次 ◆◇

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3. 施設の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
4. 職員の配置状況及び勤務体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・・・ 4～5
6. サービス利用の中止について（契約の終了について）・・・・・・・・・ 6～7
7. 非常災害対策について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
8. 感染症・食中毒の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
9. 認知症介護の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
10. 緊急時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
11. 事故発生の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
12. 守秘義務に関する対策について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
13. 損害賠償について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
14. 身体拘束禁止について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
15. 虐待防止関する事項について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
16. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
17. 協力医療機関等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
18. その他サービス利用にあたっての留意事項・・・・・・・・・・・・・ 11～12

1. 事業者

（1）法人名　　社会福祉法人ケアフル亀山

（2）法人所在地　　三重県亀山市阿野田町２４４３－1

（3）電話番号　　０５９５－８４－１２１２

（4）ＦＡＸ番号　　０５９５－８３－２２０２

（5）代表者氏名　　理事長　伊藤　英子

（6）設立年月日　　平成１６年　7月１３日

2. 事業所の概要

（1）事業所の種類　　指定通所介護サービス事業所

平成 27 年 7 月 1 日指定・三重県指定 2470400785 号

（2）事業所の目的　　「社会福祉法人ケアフル亀山」が開設する「指定通所介護事業所　亀寿苑 川崎デイアップセンター」が行う通所介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護従事者等が要介護状態にある利用者に対し、適正な事業を提供することを目的とする。

（3）事業所名称　　通所介護事業所　亀寿苑 川崎デイアップセンター

（4）事業所の所在地　　三重県亀山市川崎町字野畑４７８７番地２

（5）電話番号　　０５９５－８５－８５８５

ＦＡＸ番号　　０５９５－８５－８５８６

（6）事業所長（管理者）　　氏名　　髙梨　光将

（7）当事業所の運営方針

ご利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じてご利用者の心身機能の維持及び改善を図ります。

利用場面においては、楽しく充実した時間を過ごして頂けるよう心を込めた応対、趣向を凝らした日課づくりを努めます。

また、ご家族に対しては、家庭介護における悩み事・相談にも応じ、ご利用者及びご家族の生活全般を支援していきます。

(8) 開設年月日　　平成２７年　７月　１日

(9) 利用定員　　５０名

(10) 通常のサービスの実施地域　亀山市・鈴鹿市

(11) 営業日及び営業時間　　営　業　日・・・・平日　月曜日～土曜日（祝・祭日も営業）

※　年末年始は臨時休業致します（書面にて連絡）

営 業 時 間・・・・午前８時１５分～午後１７時１５分

サービス提供時間　・午前９時２０分～午後１５時３０分

・午前９時２０分～午後１６時３０分その他

3. 施設の概要

(1)　敷地及び建物

- 構　造　：　鉄骨造・１階建
- 延べ面積：　５２０，０６㎡

(2)　主な設備

- 機能訓練室
- トレーニングマシン
- マッサージ器　ヘルストロン　メドマー等
- その他　食堂、相談室、静養室

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者様に対して指定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	常　勤	非　常　勤	計
1.管理者	１名		１名
2.生活相談員	２名（兼務）		２名
3.介護職員	３名	４名	７名
4.看護職員	１名（兼務）	２名（兼務）	３名
5.機能訓練指導員	１名（兼務）	２名（兼務）	３名

＜主な職種の勤務体制＞

職　種	勤　務　体　制
1.管理者	日勤：午前８時１５分～午後１７時１５分
2.介護職員	日勤：午前８時１５分～午後１７時１５分
3.看護職員	日勤：午前８時１５分～午後１７時１５分
4.生活相談員	日勤：午前８時１５分～午後１７時１５分
5.機能訓練指導員	日勤：午前８時１５分～午後１７時１５分

5.　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。

＜当施設が提供するサービスについて＞

（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外のサービス

（3）　キャンセルについて

（4）　支払方法について

(1) 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、かかった費用の一部（通常１割）をご負担いただきますが、負担割合２割・３割の方は別となります。　【負担割合証をご確認ください】

＜サービス内容＞

① 介　護 :入浴、排泄、離床、着替え、整容等、ご本人に必要な支援を行います。

② 機能訓練 :利用者の身心状況・希望などにより、身体の機能低下を防ぐ為に行います。

③ 健康チェック :利用毎に体温・血圧・脈拍などのチェックを行います。緊急時等必要な場合には医療機関に引き継ぎます。

④ 相談援助 :ご利用者やご家族からのご相談に応じます。

【 利 用 料 金 】 通所サービス（１回分・１割負担）

要 介 護 度	基 本 単 位 （9：20～15：30）	基 本 単 位 （9：20～16：30）
要介護 1	584	658
要介護 2	689	777
要介護 3	796	900
要介護 4	901	1,023
要介護 5	1,008	1,148

※ 負担割合が 2 割・3 割の方は別紙料金表にてご確認ください。

＜共通の加算＞

・サービス提供体制強化加算Ⅰ　22 単位

・入浴介助加算Ⅰ　40 単位／1 回

・科学的介護推進体制加算　40 単位／月

・口腔機能向上加算Ⅱ　160 単位／月 2 回

・介護職員処遇改善加算Ⅱロ　通所介護の利用サービス費総単位数の 11.8%

※ 送迎を行わない場合（家族送迎をされる場合） △47 単位／片道

※ 地域区分単価：10.27 円（１単位）

※ 事業所規模区分 通常規模

(2) 介護保険の給付対象外のサービス

以下のサービスについては、かかった費用の全額をご負担いただきます。

① 食事代　650 円

② おやつ代　100 円

③ 嗜好費　飲み物代として 500 円／月。

④ その他　個人的に必要となるものの諸費用をご負担いただきます。

(3) キャンセルについて

利用予定日のキャンセルをされる場合は、利用予定日の当日 8 時 20 分までに事業者までお申し出下さい。

(4) 支払方法について

ご利用期間（1 ヶ月単位）ごとの精算となります。サービス終了時に、ご利用期間分の合計金額をご請求致しますので預金口座振替または現金にてお支払い下さい。

6． サービス利用の中止について（契約終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了日の７日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することが出来ますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には当事業所との契約は終了します。

① 利用者が死亡した場合
② 要介護認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合
③ 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
④ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑥ 利用者からの解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下参照）
⑦ 事業者から解約解除を申し出た場合（詳細は以下参照）

（1）利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除する事ができます。

① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合

② 利用者が入院された場合

③ 利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合（一部解約は出来ません）

④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合

⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑦ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者は適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

① 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、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 利用者による、サービス利用料金の支払が 3 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

③ 契約者、利用者及びその関係者が、故意又は重大な過失により事業者もしくはサービス従事者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う(各種ハラスメント行為を含む)などにより、事業所からの①注意・制止②改善要求③再発防止のための誓約等の段階の求めに応じず、事業所が契約解除を正当な理由と判断した場合

※暴力行為については段階に応じた要求を求めず即時の契約解除をする場合がある。

※正当な理由：被害の事実確認が明確である場合や警察への連絡等

※BPSD による行為についてはハラスメントと区別する。

７．非常災害対策について

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画に基づき、年２回利用者及び従業者等の訓練を行います。また、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計画を策定し、当該業務計画に従い必要な措置を講じます。

① 業務継続計画の策定、定期的な計画の見直し

② 従業者への業務継続計画の周知

③ 研修・訓練（シミュレーションの実施）

８．感染症・食中毒の対応について

事業者は、施設の整備及び備品等の衛生的な管理に努め、施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を次のように講じます。

①感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の開催（６か月に１回以上）

② 従業者への委員会結果の周知

③ 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備

④ 研修・訓練（シミュレーション）の実施

９．認知症介護の対応について

事業者は、介護に携わる全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第８条第２項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。また、従業者の資質向上のために研修の機会を設け、業務の執行体制についても検証、整備します。

10. 緊急時の対応について

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

11. 事故発生の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 守秘義務に関する対策について

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

13. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生については、ご利用者に故意又は過失が認められた場合、ご利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

14. 身体拘束禁止について

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむ得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します

15. 虐待防止関する事項について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止する為、次の措置を講じるものとする。

⑴ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に（年２回以上）に開催するとともに、その結果について従業員に周知。

⑵ 虐待防止のための指針の整備。

⑶ 従業員に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施。

16. 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門窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口

〔責任者〕　センター長　髙梨　光将

〔担当者〕　相談員　倉田　怜佳　波合　妙子

〔第三者委員〕　豊田　ます子

松永　里子

○ 電話番号　０５９５－８５－８５８５

○ 受付時間　午前８：１５～午後１７：１５

(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 介護保険課　苦情処理係	所在地　津市栄町三丁目　143－3 電話番号　(059) 222－4165　受付　8：30～17：00
三重県社会福祉協議会 苦情相談室	所在地　津市桜橋二丁目 131 電話番号　(059) 224－8111　受付　8：30～17：00
亀山市健康福祉部 地域福祉課　地域包括連携グループ	所在地　亀山市羽若町 545 番地 電話番号　(0595) 84－3312　受付　8：30～17：00
鈴鹿市健康福祉部 長寿社会課高齢者支援グループ	所在地　鈴鹿市神戸一丁目 18 番地 18 号 電話番号　(0593) 82－7935　受付　8：30～17：15
鈴鹿亀山地区広域連合 指導グループ	所在地　鈴鹿市神戸一丁目 18 番 18 電話番号　(059) 369-3205　受付　8：30～17：15

16　協力医療機関等について

事業者は、下記の医療機関に協力いただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

・名称　亀山市立医療センター　・住所　亀山市亀田町 446 番地の 1

17. その他サービス利用にあたっての留意事項

(1) 施設・設備使用上の注意

① 施設内の居室や共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

② 故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合、変更した場合にはご利用者の自己負担により原状に復していただくか、又は、相当の代価をお支払いただく場合があります。

③ 利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、必要な措置を取ることが出来るものとします。ただし、この場合、ご利用者のプライバシー等の保護について十分な配慮をおこないます。

④ 現金に関しては、ご持参の場合は、なるべく少額にしていただくようお願いいたします。

※　万一紛失されても当施設では責任を負いかねます。

⑤ 機能訓練に使用するマシン（運動機器）は、使い方を誤ると大変危険なだけでなく、重大な事故につながる恐れがありますので、使用に際しては必ずスタッフの指示に従ってください。守られない場合は、利用を中止していただくことがあります。

⑥ 感染する恐れのある病気に罹った場合は、速やかに施設にご連絡下さい。

(2) 喫煙について

施設内の喫煙スペース以外は禁煙となっておりますので、喫煙はご遠慮ください。

(3) 天災による事業の実施不能について

当事業所の事業について、大雨・洪水・暴風・大雪等の気象警報発令により、事業者が送迎サービスの安全を確保できないと判断した場合は、被害状況をふまえた上で事業を中止する場合がございますがご了承下さい。ただし、その際のサービス利用料金は徴収致しません。

(4) 禁止行為（ハラスメント：　契約者、利用者及びその関係者も含む）

① 事業所及びサービス従事者に対しての暴言・暴力・嫌がらせ、誹謗中傷、威嚇、人格否定する言動。土下座の要求、過度な謝罪の要求。正当な理由のない長時間の拘束、同一内容の繰り返し要求。

② 介護保険制度及び本契約に基づくサービス内容を超える、不当または過度な要求

③ 事業者又はサービス従事者同意なく、その写真や動画撮影、録音等を無断でＳＮＳ等に掲載すること。

④ 他の利用者の生活や安全、共同生活の秩序を著しく乱す行為

その他、社会通念上相当な範囲を超え、従業者の就業環境を著しく害すると本事業者が判断する行為

⑤　その他　パワーハラスメント、セクシャルハラスメント等の各種ハラスメント行為

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

指定通所介護事業所　　亀寿苑　川崎デイアップセンター

説明者　職名　　氏　名　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意します。尚、契約者及びその家族の個人情報については、居宅サービス計画及び通所介護計画に沿って円滑にサービスを提供する為に実施されるサービス担当者との連絡調整、介護支援専門員と事業者との連絡調整について必要最小限の範囲で使用することについても同意します。

令和　　年　　月　　日

ご利用者　住　所

氏　名　　印

代 理 人　住　所

氏　名　　印