

特別養護老人ホーム ロイヤル足立 通所型サービス総合事業 重要事項説明書

◆◆ 目次 ◆◆

1. 運営法人概要	1
2. ご利用施設	1
3. 事業の目的及び運営の方針	1
4. 事業実施地域及び営業時間	2
5. 職員の配置状況	2・3
6. サービスの概要	3
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3・4・5・6
8. 利用料金のお支払い方法	6
9. 利用の中止、変更、追加	6
10. 契約の終了について	6・
11. 個人情報の取り扱い	7・8
12. 事故発生時の対応について	7.8
13. 賠償責任について	8・9
14. 苦情の受付について	9
15. 虐待の防止について	10

通所型サービス総合事業重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して通所型サービス総合事業を提供致します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通りご説明申し上げます。

1. 運営法人概要

法人名	社会福祉法人 愛心会
法人所在地	徳島県小松島市中田町新開58
電話番号	0885-32-2277
代表者氏名	理事長 榊田 勝仁
設立年月	昭和54年6月11日

2. ご利用施設

施設の種類	指定介護老人福祉施設
指定日	令和6年12月1日
指定番号	1372114544
施設の名称	特別養護老人ホーム ロイヤル足立
施設の所在地	東京都足立区舎人3丁目1番-19号
電話番号	03-6807-1375
施設長氏名	折原 栄輔
開設年月日	令和6年11月1日
入所定員	150人

3. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会福祉法人愛心会が開設する特別養護老人ホーム ロイヤル足立（以下、「事業所」という）が行う通所型サービス総合事業（以下、「事業」という）は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動との参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ通所介護を提供します。
運営の方針	利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限り在宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練及び必要な日常生活上の援助を行います。 利用者の社会的孤立の解消及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るとともに、利用者一人一人の人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。

4. 事業実施地域及び営業時間

サービスを提供 する対象地域	東京都 足立区 埼玉県 草加市 川口市 ※ 上記地域以外の方でもご相談ください。
サービスを提供 する曜日・時間	9時30分から16時15分 月曜日から土曜日 祝日（日曜日定休日） ただし、12月31日から翌1月2日まで休業いたします。

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者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。

職種	職務内容	人員数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、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。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 使用者へ通所介護計画を交付します。 5 指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	1名
生活相談員	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	1名以上
看護師 准看護師 (看護職員)	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	1名以上
介護職員	1 通所型サービス総合事業計画に基づいて、生活機能の維持又は向上を目指し必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	3名以上

機能訓練 指導員	1 通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、機能訓練を行います。	1 名以上
栄養士	利用者に提供する食事の管理や栄養指導を行います。	1 名以上
事務職員	1 介護給付費等の請求書務及び通信連絡事務等を行います。	1 名以上

6. サービスの概要

①食事等の介護サービス（但し、食費は別途料金を頂きます。）

- ・当事業所では、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態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床し食堂にて食事をとって頂くことを原則としています。
（食事時間） 12:00～13:00

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。方法は、その日の体調により変更できます。

③排泄

- ・ご利用者の排泄の介助（トイレ誘導・オムツ交換等）を行います。

7. 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。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------|
| （１） 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| （２） 利用料金の金額をご利用者側にご負担頂く場合 |

があります。

（１） 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

1. 通所型サービス総合事業介護費 単位：10.90

（1回につき）

サービス利用料金	要支援 1 （1月4回まで）	要支援 2 （1月8回まで）
	417単位	417単位

2. 通所型サービス総合事業介護費加算分 単位：10.90

加算名	金額	加算条件	備考
若年性認知症利用者受入加算	240単位／月	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、ニーズに応じたサービスを提供した場合	
栄養アセスメント加算	50単位／月	管理栄養士、その他の職種が共同して栄養アセスメントを行い、利用者、家族に説明し必要に応じて相談に応じること。また、栄養状態等の情報について厚生労働省に提出しフィードバックを受けた場合	
栄養改善加算	200単位／月	低栄養状態等の利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行なった場合。また、栄養改善サービスの提供に当たり、必要に応じ居宅を訪問した場合	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位／月	口腔機能の向上を目的として口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能向上サービスを行なった場合。また、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フィードバックを受けた場合	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位／回	利用開始時及び6ヶ月ごとに口腔の健康、栄養状態を確認し介護支援専門員に提供した場合	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位／回	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、栄養状態を確認し介護支援専門員に提供した場合（6月に1回を限定）	
科学的介護推進体制加算	40単位／月	さまざまなケアにより記録している利用者の状態像に関する情報について厚生労働省に提出し、得られるフィードバックをもとに、PDCAサイクルによりケアの質を高めていく取組を行った場合	

3. 通所型サービス総合事業介護費加算部分 単位：10.90

加算名	日額	加算条件	備考
サービス提供 体制強化加算 (Ⅰ) (Ⅱ)(Ⅲ)	(Ⅰ) 要支援 1 88 単位/月 要支援 2 176 単位/月 (Ⅱ) 要支援 1 72 単位/月 要支援 2 144 単位/月 (Ⅲ) 要支援 1 24 単位/月 要支援 2 48 単位/月	介護福祉士の資格を保有する職員が、基準以上に配置されている場合	
介護職員処遇 改善加算Ⅰ	所定単位数に 9.2%を乗じ単 位数	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場合	

4. 通所型サービス操業事業介護費減算部分 単位：10.90

減算名	日額	減算条件	備考
送迎を行わない 場合の減算	47 単位	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合 (片道につき)	

*上記3の加算については、加算条件を満たした場合のみの算定となります。

(ご利用中に加算内容の変更をする場合があります。)

*介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者側の負担額を変更します。

(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側の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

ご利用者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。

料金：一食あたり 750 円(おやつを含む)

※おやつのみの場合は 120 円となります

②レクリエーション、クラブ活動

ご利用者側の希望によりレクリエーションやクラブ活動も実施させていただきます。

利用料金：材料代等の実費を頂きます。

③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側にご負担頂くことが適当であるものにかかる費用を負担して頂きます。

④理美容サービス

ご希望があった場合、理容・美容師の出張による理髪・美容サービス（調髪、カット等）をご利用頂けるよう、施設が理容・美容師を手配致します。

※サービス利用料は直接理容・美容師へお支払い下さい。

8. 利用料金のお支払い方法

前記（１）（２）の料金は、１ヶ月ごとに計算し、ご利用期間分の合計金額をご請求致しますので、翌月以降に下記のいずれかの方法でお支払い下さい。（１ヶ月に満たない期間のサービス利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア.金融機関口座からの自動引き落とし

イ.下記指定口座への振り込み（振込手数料はご負担ください）

9. 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者側の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日午後５時までに事業者に出して下さい。

○利用予定日の前日午後５時までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払い頂く場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金（自己負担相当額） の５０％

10. 契約の終了について

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できますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。

- ① ご利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、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、ご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 ご契約者から契約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

※契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までにご契約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、以降も同様となります。

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約有効期間であっても、ご利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。

その場合には、退所を希望する日の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、即時に契約を解約することができます。

- 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 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介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ③ 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
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者又はご利用者の身体・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た場合
- ⑤ 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、事業者が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、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、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 ご利用者が、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 サービス利用直前・期間中にご利用者様の体調に変化があり、その心身の状況をサービス事業者が斟酌し、本契約の継続が不可能と判断した場合（感染症に罹患した場合を含む）

1.1. 個人情報の取り扱い

(1) 利用目的

当施設では、ご利用者から提供されたご利用者およびご家族に関する個人情報を、下記の目的以外に使用致しません。

- ① ご利用者に提供する介護サービス等
- ② 介護保険事務
- ③ ご利用者のために行う管理運営業務（入退所等の管理、会計、事故報告、介護・医療サービスの向上等）

- ④ 施設のために行う管理運営業務（介護サービスや業務の維持、改善に基礎資料の作成、施設等において行われる学生等の実習への協力、職員の教育のために行う事例研究等）

（２）第三者への提供

当施設では、下記の利用目的のためにご利用者およびご家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ① 介護保険事務などの施設業務の一部を外部事業者へ業務委託を行う場合
- ② 他の介護事業所等との連携（サービス担当者会議等）及び連絡調整が必要な場合
- ③ ご利用者の受診等にあたり、外部の医師の意見・助言を求めるため会議記録やケアプラン等を提供する場合
- ④ ご家族への心身状態や生活状況の説明
- ⑤ 研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ⑥ 保険事務の委託（一部委託含む）
- ⑦ 損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談又は届出等
- ⑧ 保険者等、行政機関や他の関係機関からの照会への回答
- ⑨ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑩ 介護保険審査支払機関へのレセプト請求及び介護保険審査支払機関からの照会への回答

（３）施設内での写真の掲示及び施設情報等でお名前、写真の提示

当施設では、外出やお祭り行事等の楽しい思い出を、参加されたご利用者に楽しんで頂くためできるだけたくさん掲示するようにしております。またご利用者およびご家族、施設外の方々に施設への理解を深め、施設での様子を知っていただくため、施設報にお名前やお写真を掲載することがあります。

1 2．事故発生時の対応について

- （１）利用者に対するサービス提供の際に利用者の病状の急変があった場合には、医師の指示を受け、必要により最寄りの救急病院等に搬送するなどの処置を講ずるとともに、家族及び関係機関等に連絡を行います。
- （２）利用者に対する当施設のサービスの提供とより、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。

1 3．賠償責任について

損害賠償責任

- ① 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により契約利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。
但し、契約利用者に過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況を参酌して相当と認められる時に限り、損害賠償請求を減することができるものとします。
- ② 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び代理人は、連帯して当施設に対してその損害を賠償するものとします。

損害賠償されない場合

- ① 契約利用者が、契約団結時に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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② 契約利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 契約利用者が、事業所もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ④ 天災・事変その他の不可抗力及び火災、盗難、暴動、あるいは外出中の不慮の事故の場合

14. 苦情の受付について

(1) 当事業所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専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

社会福祉法人 愛心会

TEL 03-6807-1375

FAX 03-6807-1376

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30まで

(3) 行政機関その他苦情受付機関

○苦情・相談窓口 (受付時間 8:30～17:30)

生活相談員 益子 政予

○苦情解決責任者

施設長 折原 栄輔

○第三者委員

田邊 正志

清崎 邦博

行政の苦情受付機関

○足立区高齢者施策推進室介護保険課事業者指導係

03-3880-5746

○東京都国民健康保険団体連合介護福祉部介護相談窓口

03-6238-0177

○東京都都政一般相談 東京都庁生活文化局広報公聴部都民の声課

03-5320-7725

15. 虐待の防止について

当施設では、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する専任の担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	施設長 折原 栄輔
-------------	-----------

- ② 苦情解決体制を整備しています。

- ③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

- ④ 虐待防止委員会を設置しています。

- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

通所介護（デイサービス）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。

社会福祉法人愛心会 特別養護老人ホーム ロイヤル足立

説明者職名_____ 氏名_____

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、説明内容について同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所_____

氏 名_____ 印

代理人 住 所_____

氏 名_____ 印