

指定地域密着型通所介護事業所「シオンの園」重要事項説明書

〈令和8年8月1日現在〉

1. 設置主体 社会福祉法人 福音会

2. 事業所名 シオンの園 介護保険事業者番号0790700132

3. 事業の目的

社会福祉法人福音会が開設する指定地域密着型通所介護事業シオンの園（以下、「事業所」という。）が行う指定地域密着型通所介護事業（以下、「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員および管理運営に関する事項を定め要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護を提供することを目的とする。

4. 運営の方針

- （１） 事業所の介護職員等は、要介護者の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護、機能訓練による身体機能の維持、その他生活全般に渡る援助を行います。
- （２） 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとします。

5. 通所介護サービスの内容

- （１） 日常生活の援助
- （２） 健康状態の確認
- （３） 機能訓練サービス
- （４） 送迎サービス
- （５） 入浴サービス
- （６） 食事サービス
- （７） 相談・助言等に関すること

6. 施設設備の概要

定 員	18 名	静養室	1 室
浴 室	一般浴槽、特殊浴槽 家庭浴槽、露天風呂	多目的ホール	2 室
		送迎車	5 台
相談コーナー	1ヶ所		

7. 利用料金

(1) 通所介護利用料

	1日あたりの 利用料金	1日あたりの自己負担額		
		1割負担時	2割負担時	3割負担時
要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護2	8,900円	890円	1,780円	2,670円
要介護3	10,320円	1,032円	2,064円	3,096円
要介護4	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
要介護5	13,120円	1,312円	2,624円	3,936円

(2) 加算料金

	1回あたり の 利用料金	1回あたりの自己負担額		
		1割負担時	2割負担時	3割負担時
入浴Ⅰ	400円	40円	80円	120円
サービス強化Ⅰ	220円	22円	44円	66円
個別機能訓練Ⅰイ	560円	56円	112円	168円
若年性認知症 (対象者のみ)	600円	60円	120円	180円

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ□ 所定単位数の12.7%が上記料金に加算されます。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦1日あたりの利用料をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(3) 食事材料費 1日(昼のみ)あたり 600円

*その他 レクリエーション・行事等にかかる費用は自己負担となります。

(4) 通常の事業の実施地域以外の送迎費用

利用者のご希望により、通常の実施地域以外の送迎費用については、実施地域との境界から起算し下記の費用をいただきます。

送迎距離片道10km以上20km未満1回につき	1,000円
送迎距離片道20km以上30km未満1回につき	2,000円
送迎距離片道30km以上1回につき	3,000円

(5) 利用者のご都合でサービスを中止する場合の費用

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。ただし緊急その他やむを得ない理由(急病など)の場合は、この限りではありません。

①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	無料
②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	自己負担 額の50%

(6) おむつ代

おむつについてはお持ちいただくのを原則としますが、事業所から提供した場合は利用者の実費となります。

(7) その他物品の費用

当事業所の提供するサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、利用者にご負担いただくことが適当と思われる費用については実費負担となります。

8. 営業実施日及時間

- (1) 営業日 毎週、月曜日から金曜日までとします。
- (2) 営業時間 午前8時30分から午後5時30分とします。
- (3) サービス提供時間 午前9時30分 ～ 午後4時35分

9. 通常の事業の実施地域

通常の実施地域は須賀川市内とさせていただきます。

10. 利用定員 18名

11. 事業所の職員体制

職 名	職務内容	常 勤	非常勤	計
所 長	事業所の従業員の管理および業務の管理を一元的に行います。	1名（指定介護老人福祉施設シオンの園と兼務）		1名
生活相談員	相談業務、通所介護サービス計画の作成及び他機関との連携を図ります。	3名（2名介護員と兼務）		3名
栄養士	利用者の栄養や身体の状態及び嗜好を考慮した献立、調理指導を行います。	1名（指定介護老人福祉施設シオンの園と兼務）		1名
調理員	衛生、安全を考慮した調理を行います。	4名（指定介護老人福祉施設シオンの園と兼務）	1名	5名
事務員	会計、庶務等の事務処理を行います。	2名（指定介護老人福祉施設シオンの園と兼務）		2名

		務)		
看護職員	利用者の健康保持のため適切な措置をとります。	1名(機能訓練指導員と兼務)	2名(機能訓練指導員と兼務)	3名
機能訓練指導員	利用者の機能訓練を行います。	1名(看護職員と兼務)	2名(看護職員と兼務)	3名
介護職員	利用者の生活全般の介護、援助を行います。	3名(2名相談員と兼務)		3名

1 2. 緊急時の対応方法

事業者は、地域密着型通所介護の提供中に利用者の心身の状況に異変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに家族及び主治医あるいは協力医療機関へ連絡し、適切な措置を講じます。

1 3. 事故発生時の対応

- (1) 事故が発生した場合は、利用者に対し応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じるとともに、速やかに家族等及び関係諸機関に事故の発生状況及び今後の対応等について報告いたします。
- (2) 事故により居宅サービス計画に変更が生じる可能性がある場合は担当の介護支援専門員に、また、要介護認定に影響する可能性がある場合は市町村(保険者)に事故の概要を報告いたします。
- (3) 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべく事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
- (4) 事業者は、自己の責に帰すべき理由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は賠償責任を免れます。
 - ① 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、または不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が生じた場合。
 - ② 契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対し故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ 契約者が急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ 契約者が、事業者もしくはサービス従業者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

14. サービス内容の対応に対する苦情受付

- (1) 苦情は、面接、電話、手紙等による書面などにより苦情受付担当者が随時受付いたします。

苦情受付担当者	生活相談員	ふじしま 藤島 まこと 諒
苦情解決責任者	所 長	あおき 青木 しげまさ 繁昌
電話番号	0248-79-4646	
受付時間	午前8時30分～午後5時30分まで	

- (2) また、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

きくち たけひろ 菊池 丈博 (須賀川市並木町在住) 電話番号 0248-73-3067

やまぐち ひでお 山口 秀夫 (須賀川市旭町在住) 電話番号 0248-76-4554

- (3) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。但し、苦情を申し出た人が第三者委員への報告を拒否した場合は報告いたしません。第三者委員は内容を確認し、苦情を申し出た人に対して報告を受けた旨を通知いたします。

- (4) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情を申し出た人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情を申し出た人は、第三者委員の助言や立会いを求めることが出来ます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは次により行います。

- ① 第三者委員による苦情内容の確認
- ② 第三者委員による解決案の調整及び助言
- ③ 話し合いの結果や改善事項等の確認

- (5) 福島県「運営適正化委員会」の紹介

当施設及び事業所で解決できない苦情は、福島県社会福祉協議会に設置された福島県運営適正化委員会に申し立てることができます。

事務局：福島市渡利字七社宮111 電話024-523-2943

15. 非常災害対策

地域密着型通所介護の提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等の適切な措置を講じます。また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。また、非常災害に備え定期的に避難訓練を行います。

16. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況（ 有 ・ ☒ 無 ）

実施日 _____

評価機関 _____

結果の開示状況 _____

17. 身体拘束の禁止

利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、利用者及びご家族へ十分な説明を行ない、同意を得るとともに、状態・期間等の記録を行います。

18. 虐待防止

事業所は虐待の発生またはその再発を防止する為、次の措置を講じるものとする。

- ① 虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ② 虐待の防止の為の指針を整備する。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止の為の研修を定期的に（年2回以上）実施する。
- ④ 前項に掲げる措置を適切に実施する為の担当者を置く。

19. その他利用に係る留意事項

（1） 料金の支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、25日までにお支払いください。お支払い方法は、銀行振込、口座引き落としの2通りの中からご契約の際に選べます。

- ① 下記指定口座への振込（振込料金については振込者の負担となります。）

須賀川信用金庫 上町支店 普通預金 0057409
口座名 特別養護老人ホーム シオンの園
園長 青 木 繁 昌

- ② 金融機関口座からの自動引き落とし

当施設で用意する手続きにて以下の金融機関から自動引き落としが可能です。

金融機関名	引き落とし手数料
県内に本店のある信用金庫	80円
県内のJA	80円
東邦銀行、福島銀行、大東銀行	80円
郵便局	10円

（2） サービスの終了

- ① 利用者の都合でサービスを終了される場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書または口頭でお申し出ください。

② 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア) 利用者が介護保険施設に入所した場合

イ) 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援1・2と認定された場合

ウ) 利用者が死亡した場合

④ その他

ア) 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱した行為を行った場合、または当センターが破産した場合、利用者は文書または口頭で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

イ) 利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、または利用者やその家族などが当センターや当センターの従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座に契約を終了させていただきます。

(3) 送迎時間の連絡

送迎時間は、送迎ルートの変更や、交通事情により変更する場合があります。諸事情により明らかに遅れることがわかる場合には速やかに連絡いたします。

(4) 体調不良によるサービスの中止・変更

① 風邪、病気の際はサービスをお断りすることがございます。

② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合サービス内容の変更または中止にすることがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

(5) 時間変更

体調不良等によるサービスの中止・変更以外に、ご利用者または家族の都合によって、毎回時間を短縮あるいは延長するなどの時間変更はお受けできません。

(6) 設備・器具の利用

① 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

② 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたのにもかかわらず、施設、設備

を壊したり、汚したりした場合には、利用者の自己負担により現状に戻していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

- ③当施設の他の利用者や職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、営利活動を行うことはできません。

地域密着型通所介護サービス利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて指定地域密着型通所介護事業所 シオンの園の重要な事項を説明いたしました。

重要事項説明日 令和 年 月 日

〈事業所〉

所在地 福島県須賀川市下小山田字月夜田 206
名 称 社会福祉法人 福音会
指定地域密着型通所介護事業所 シオンの園
所 長 青 木 繁 昌

印

〈説明者〉

職 名
氏 名

印

私は、契約書及び本書面により、事業所から指定地域密着型通所介護事業所
シオンの園重要事項の説明を受け、同意いたしました。

〈利用者〉

住 所

氏 名

印

〈家族代表〉

住 所

氏 名

印

続 柄