

「指定通所介護」「指定通所型サービス」

重 要 事 項 説 明 書

2026 年 6 月 1 日現在

1. 事業の目的

介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に対し、通所による介護サービスを通じて支援します。

当サービスの利用は、要介護認定等の結果「要支援」「要介護」と認定された方（事業対象者と確認を受けた方）が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

2. 事業所経営法人の概要

法人名	社会福祉法人 心愛会
所在地	福島県郡山市緑ヶ丘東六丁目 2 6 番地 2
代表者役職・氏名	理事長 三瓶 英司
事業の種類	指定通所介護事業所 ハーモニーハウス デイサービスセンター 指定通所型サービス事業所 ハーモニーハウス デイサービスセンター 介護予防通所事業所 ハーモニーハウス デイサービスセンター

3. 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム ハーモニーハウス デイサービスセンター
所在地	福島県大沼郡会津美里町大石字下川原 1 番地 1
介護保険事業所番号	第 0772700373 号
管理者及び連絡先	管理者 大堀 よし子
T E L	0 2 4 2 - 5 7 - 1 6 2 0
F A X	0 2 4 2 - 5 7 - 1 6 2 1
利用定員	3 0 名

4. 実施地域と営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

会津美里町、会津若松市
※他の地域についてはご相談ください。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
営業時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
サービス提供時間	9 : 0 0 ~ 1 6 : 1 0

5. 職員の配置状況

職 種	従事するサービス種類・業務	人員
管理者	利用者・業務の管理	1 名（兼務）
生活相談員	生活指導	2 名（2 名兼務）
看護職員	健康管理	1 名以上
介護職員	入浴・排泄・食事等介助	3 名以上
機能訓練指導員	機能訓練	1 名以上（兼務）

6. 基本サービス内容

食 事	○管理栄養士が献立を作成し、栄養と利用者の身体状況に配慮したバリエティに富んだ食事を計画的に提供します。
送 迎	○ご自宅から当施設までリフト付きの専用車等で送迎を行います。
排 泄	○利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
着替え・整容等	○入浴の際など、着替えの援助が必要な場合は、適切に援助を行います。 ○入浴後には、適宜、髭剃り、つめ切り等の整容を行います。
機能訓練	○機能訓練指導員により、利用者の状況に合った機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ○生活リハビリの観点から、各種レクリエーションを通じて身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理と緊急時の対応	○看護職員が健康状態をチェックします。 ○サービス提供中に、万が一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族に連絡するとともに、応急手当、病院への搬送、救急車の手配等を行います。
相談及び援助	○利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持ってこれに応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

7. 利用料金

お客様からいただく負担金の内訳は、下記のとおりとなっております。
保険者から交付された「介護保険負担割合証」による負担割合（１割、２割または３割）。

○要介護と認定された方（１日当たり）

・介護報酬に係るお客様負担金（費用全体の１割、２割または３割）

区分	要介護度	金額		
		１割	２割	３割
基本額	要介護１	658 円	1,316 円	1,974 円
	要介護２	777 円	1,554 円	2,331 円
	要介護３	900 円	1,800 円	2,700 円
	要介護４	1,023 円	2,046 円	3,069 円
	要介護５	1,148 円	2,296 円	3,444 円

・加算（費用全体の１割、２割または３割）

加算名称	加算額		
	１割	２割	３割
入浴介助加算Ⅰ	40 円／回	80 円／回	120 円／回
サービス提供体制加算Ⅱ	18 円／回	36 円／回	54 円／回
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	12.0／月		

○要支援と認定された方（１ヶ月あたり）

・介護報酬に係るお客様負担金（費用全体の１割、２割または３割）

区分	要介護度	金額		
		１割	２割	３割
基本額	事業対象者・要支援１	1,789 円／月	3,578 円／月	5,367 円／月
	要支援２	3,621 円／月	7,242 円／月	10,863 円／月

・加算（費用全体の１割、２割または３割）

加算名称	要介護度	加算額		
		１割	２割	３割
サービス提供体制加算Ⅱ	事業対象者 要支援１	72 円／月	144 円／月	216 円／月
	要支援２	144 円／月	288 円／月	432 円／月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		12.0％／月		

※ 要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅介護サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

○自己負担

食事	1食当たり 600 円（おやつ代を含む）ご負担いただきます。
レクリエーション	レクリエーション等にかかる材料費は実費負担となる場合があります。
おむつの提供	おむつは原則的に普段使い慣れたものをご持参いただきますが、施設準備のものを使用する必要がある場合には実費となります。

○交通費

通常の事業実施区域は交通費無料となりますが、境界を越えてからは、1km50 円の実費がかかります。

○支払い方法

毎月 1 日～月末で利用料を計算し、ご利用者から指定された金融機関より翌月 25 日の自動引落としとなります。土日祝日の場合は、翌営業日に引落としとなります。

8. キャンセル

- （１）サービスの利用を中止する際には、速やかにご連絡ください。
- （２）急遽サービスの利用を中止する場合には、サービスの利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルの場合、食材料費（600 円）のみご負担いただきます。

9. 相談窓口、苦情の受付

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。

苦情解決責任者	管 理 者	大堀 よし子
苦情受付担当者	生活相談員	星 恵子
第三者委員	委員	長峯 栄一 024-942-5790
	委員	菊地 健治 090-4880-9282
受付時間	随時対応	
連絡先	T E L	0 2 4 2 - 5 7 - 1 6 2 0
	F A X	0 2 4 2 - 5 7 - 1 6 2 1

上記以外の相談窓口

法人で解決できない苦情は、下記に申し立てることが出来ます。

福島県運営適正化委員会（社会福祉法人福島県社会福祉協議会内）

福島市渡利字七社宮 1 1 1

T E L 0 2 4 （ 5 2 3 ） 2 9 4 3

月～金の午前 9 時～午後 5 時

10. 当施設ご利用にあたっての留意事項

1. 喫煙	○喫煙は、指定の場所以外ではご遠慮ください。
2. 所持品の管理	○盗難等がありましても施設では責任を負いかねますので、通所介護に必要以外の金銭はご持参されないようお願いします。 ○ご自分で管理できない方の場合、その旨を施設にお知らせください。
3. 施設内共用設備の使用	○皆様でご利用いただくものですので、大切に利用するよう心掛けてください。 ○不注意な使用により破損等が生じた場合には、損害を賠償していただく場合もあります。
4. 宗教活動、政治活動、営利活動	○当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
5. 伝染性疾患等の情報提供	○利用者が他に感染の恐れのある病気に感染した疑いがある場合には、病院受診等していただくと共に、その旨を施設までご連絡をお願いします。
6. 持込み品の制限	○持ち込めないものもありますので、事前にご相談ください。

11. 緊急時の対応方法

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、家族、救急機関等に連絡します。事故対策マニュアルに従い、緊急連絡等を行います。またご利用者に対し健全な環境の下で安全と安心に重点をおき、住まいとしての環境を整え利用者の心身の状況を十分に把握した上で、職員一人一人が万全の注意と配慮を行い、事故防止に努めます。

12. 協力病院

(1)

名 称	美里診療所
代表者	院長 上野 修一
科 目	内科、心身医療科 外科、皮膚科
所在地	大沼郡会津美里町字高田甲 2 9 8 1
連絡先	0 2 4 2 (5 4) 2 2 1 1

(2)

名 称	金子歯科医院
代表者	院長 金子 典弘
科 目	歯科
所在地	大沼郡会津美里町字北川原 2 7 - 1
連絡先	0 2 4 2 (5 6) 3 9 8 8

13. 非常災害対策

施設の消防計画書に沿って、月 1 回防災訓練を実施いたします。

14. 業務継続計画の策定等について

- (1) 施設は、感染症や非常災害の発生時において、お客様に対する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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 施設は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとします。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

15. 提供するサービスの第三者評価の実施

当施設は第三者評価の実施をしておりません。

16. 衛生管理等

- (1) 施設サービスに使用する備品などは清潔に保持し、定期的な消毒を行う等、常に衛生管理に十分留意するものとします。
- (2) 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、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 施設における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（テレビ電話装置等を活用して行うことも含む）をおおむね3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
 - ② 施設における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
 - ③ 施設は、職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。
 - ④ 前3号に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行います。

17. 秘密保持

事業者及びサービス従事者は、通所介護サービスを提供するうえで知り得たご利用者またはその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、契約が終了した後も継続します。

事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

18. 身体拘束について

施設は、原則としてお客様に対して身体拘束を行いません。ただし、お客様本人または他人の生命・身体を保護するための緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。しかし、その場合には法人の身体拘束廃止マニュアルに基づき、お客様やご家族様に対して、事前に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を十分に説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行い、身体拘束の内容、目的、期間、経過観察や検討内容を記録し、保存します。

また施設として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

19. 虐待防止のための措置

当事業所のお客様 虐待防止等の相談・責任者

施設長 大堀 よし子

- (1) お客様の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止する次の措置を講じます。
 - ① 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことも含む)を定期的を開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
 - ② 虐待防止のための指針を整備します。
 - ③ 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
 - ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。
- (2) 施設はサービスの提供中に当該施設の職員または養護者(お客様の家族等お客様を現に養護する者)による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

20. ハラスメント対策

- (1) 施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。
- (2) お客様、ご家族様または保証人等からの事業所や職員、その他関係者に対して故意に暴力や暴言等の法律違反、その他著しく常識を逸脱する行為があった場合、サービスの一時停止及び契約の解除をさせていただく場合があります。

21. 損害賠償責任

(1) 損害賠償責任

事業者は、契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。

ただし、ご利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(2) 損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- 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、また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 利用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つぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 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に起因しない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ④ 利用者が、事業者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

22. サービスの終了

(1) 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望される方は施設までお申し出ください。いつでもご自由に終了できます。

(2) 施設側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あります。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、双方の通知等がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所された場合
- ・要介護認定区分が、非該当（自立）と判定された場合

(4) その他

- ・利用者が、利用料金の支払を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支払われない場合
- ・正当な理由なく無断欠席を繰り返した場合
- ・入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ・利用者やその家族が施設や職員に対して背信行為を行った場合

以上のような場合、文書等で通知し、サービスの利用を終了していただくことがございます。

23. 変更通知

厚生労働省の通知等により介護給付費体系の変更が生じるときは、ご本人及び代理人へご通知致します。

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私_____および代理人_____は、社会福祉法人心愛会が、私および代理人、家族の情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他の社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合
- (9) 生活の状況等をお知らせするために発行する広報等への写真・氏名の掲載

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。
- (3) 広報等への写真・氏名の掲載については、上記（1）（2）の限りではない。

年 月 日

本人（利用者） 住所_____

氏名_____印

代理人 住所_____

氏名_____印

続柄（利用者との関係）_____

ご利用中のリスク説明に関する同意書

当施設（事業所）ではお客様が快適な生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、お客様の身体・精神状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

《高齢者の特徴に関して》

説明

同意

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。 |
| ☐ | ☐ | 原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。 |
| ☐ | ☐ | 高齢者の骨はもろく、通常に対応や生活でも容易に骨折する恐れがあります。 |
| ☐ | ☐ | 高齢者の皮膚は薄くなっており、少しの摩擦で表皮剥離が出来やすい状態にあります。 |
| ☐ | ☐ | 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。 |
| ☐ | ☐ | 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の可能性がります。 |
| ☐ | ☐ | 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患が原因で、急変・急死される場合もあります。 |
| ☐ | ☐ | ご本人の全身状態が急に悪化した場合、事業所の判断で緊急に病院へ搬送を行なうことがあります。 |
| ☐ | ☐ | 集団生活の場である施設内で、加齢や認知症の症状等によるお客様間でのトラブルが発生する場合があります。 |

[説明確認欄]

年 月 日

指定(通所型サービス)通所介護サービスの提供の開始にあたり、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 心愛会
事業所名 特別養護老人ホーム ハーモニーハウス
デイサービスセンター
管理者 大堀 よし子

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(通所型サービス)通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 氏名 印

代理人 氏名 印