

社会福祉法人 成仁会 倶楽部デイ MEDOC

通所介護・予防専門型通所サービス 重要事項説明書

<令和 7年 2月 1日 現在>

1. 設置者

法人の名称	社会福祉法人 成仁会
法人の所在地	愛知県知多郡東浦町大字緒川字猪伏釜 110 番地
電話番号	0562-82-2226
代表者氏名	理事長 吉 田 禎 宏
設立年月	平成16年 7月 6日

2. ご利用施設

施設の名称	倶楽部デイ MEDOC
事業の種類	通所介護 / 予防専門型通所サービス
介護保険指定番号	2370702835 / 23A0700592
利用定数	25 人
施設の所在地	愛 知 県 名 古 屋 市 昭 和 区 安 田 通 4 丁 目 3 メドック健康クリニック3F
管理者	橋本 知佳
電話番号	052-753-9003
ファクシミリ番号	052-753-9004
電子メール	club-day@outlook.jp
ホームページ	http://www.medoc-care.jp
開設年月日	令和5年 5月 1日

3. ご利用施設で合わせて実施する事業

事業の種類	介護保険指定番号	利用定数
倶楽部デイ MEDOC (通所介護)	2370702835	25 名
倶楽部デイ MEDOC (予防専門型通所サービス)	23A0700592	

4. 事業の目的と運営方針

社会福祉法人成仁会が開設する通所介護・予防専門型通所サービス倶楽部デイ MEDOC は、要介護・要支援及び事業対象者の状態にある者に対し、適切な通所介護・予防専門型通所サービス（デイサービス）を行うことを目的とします。

- ① ご利用者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の心身の機能維持、ならびにご利用者家族の身体的・精神的負担を軽減するサービスを提供します。
- ② 関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス等との密接な連携を図り、総合的なサービスを提供します。

5. 主な居室及び設備の概要

居室および設備	室 数	備 考
デイ食堂	1 室	機能訓練室を兼ねる
静養室	2 室	
浴 室	1 室	

6. 主な職員の人数

職 種	員 数
管理者	1 名
生活相談員	2 名以上
看護職員	1 名以上
介護職員	3 名以上
機能訓練員	1 名以上

7. 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
介護職員	日勤 8：30～17：30
看護職員	日勤 8：30～17：30
機能訓練員	日勤 8：30～17：30

8. 営業日及びご利用の予約

営 業 日	毎週月曜日から土曜日（12月29日～1月3日休業）
定 休 日	日曜日、年末年始（12月29日～1月3日） ※但し、その年により年末年始は変更があります。
サービス提供時間	9：30～16：40
営業時間	8：30～17：30

9. 倶楽部デイ MEDOC の概要

(1) 介護保険給付サービス

【通所介護】

1日あたりの利用料金

利用者の要介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
基本サービス費	658 単位	777 単位	900 単位	1023 単位	1148 単位
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位	56 単位	56 単位	56 単位	56 単位
合計	754 単位	873 単位	996 単位	1119 単位	1244 単位

※ 下記加算内容がご希望の方のみ基本料金に加算されます。

入浴介助加算（Ⅰ）・個別機能訓練加算（Ⅰ）イ

※ 科学的介護推進体制加算 40 単位／月

個別機能訓練（Ⅱ）20 単位／月

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ：月総単位数の9.0%

※ 1 単位＝10.68 円として計算します。

※ ご利用者様の上記の負担額については、介護保険負担割合証に記載された割合に基づいての負担額となります。

※ 食事料金は含まれておりません。

※ 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、ご利用者の負担額を変更します。

※ 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、所定単位数から片道につき 47 単位を減算します。

【予防専門型通所サービス】

1日あたりの利用料金

利用者の要介護度	要支援 1（週 1 回）	要支援 2（週 2 回）
基本サービス費 （予防通所介護）	1798 単位/月	3621 単位/月

※ 科学的介護推進体制加算 40 単位／月

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ：月総単位数の9.0%

※ 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、所定単位数から片道につき 47 単位を減算します。

① 日常生活の支援

排泄： トイレは車椅子の方でもご利用していただき易いように手すりや便器に工夫がされています
また、ご自分でトイレの使用が難しいご利用者にはその状態に応じてトイレ誘導を行い、できる限りおむつを使用しないで日常生活が過ごせるように心掛けています。

どうしてもおむつを使用しなければならない方は、尿の量や皮膚の状態を考慮して紙おむつ、尿取りパッドを併用します。

入浴： 入浴は一般浴（在宅でのお風呂より大きい物）で入浴していただきます。羞恥心あり一人を希望される方は職員にお伝えしてください。

② 機能訓練

ご利用者の機能維持（増強）、日常生活動作の自立・改善を目的としています。個人プログラムを作成し、楽しく広がりのある生活を送っていただくよう努めています。

③ 送 迎

心身の状況に応じ、適切な方法で、自宅から当施設まで送迎を行います。送迎時間、車いすでの送迎車のご希望がありましたら、事前にお伝えください。利用定員、交通事情等の都合により、ご希望にならない場合もありますのでご了承ください。

また、当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎を車いすでの送迎をご希望の方は車いす専用の送迎車で送迎を実施します。区域は昭和区のみとしますが名古屋市内であればご相談ください。

（利用料）

介護保険給付対象外のサービスを提供した場合には利用料を徴収する。

- （１） 通常の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、その実施地域を越えた地点から、片道１キロメートル当たり３０円を徴収する。

- （２） 介護保険給付外サービス及び利用料金

① 食事の提供

日によりますが管理栄養士の立てる献立表により、ご利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。

食事時間 昼食 12:00 ～ 13:00

食事料金 昼食 850 円（左記の金額におやつ代も含まれています。）

②排泄用具

紙おむつ、リハビリパンツ、尿取りパットが必要な方はご持参ください。

枚数が足りない場合やお忘れになった場合は施設でもご用意しておりますが下記金額がかかります。

紙おむつ M 130円、紙おむつ L 150円、尿取りパット 20円

リハビリパンツ M 110円、リハビリパンツ L 120円

② 活動、行事

利用者の趣味や活動能力に応じて、サークルをご用意しています。これらサークルの運営は、職員をはじめ、ボランティアの方々の協力を得て行います。

利用料金： 550円＋材料代等の実費をいただく場合がございます。

年間行事として、お花見や遠足、夏祭り、クリスマスなど四季（変動あります）の行事を催しています。ご家族の方々にはそのつとご案内いたします。

行事によっては、別途参加費用がかかるものもございます。

（３）利用料金のお支払いについて

事業者は、利用料等の集金を「リコーリース株式会社」に委託します。利用者は契約時に当該引き落としに利用する金融機関の口座の詳細をご通知ください。

１０．キャンセル料

当日 8：30 以降に当日利用の変更、取り消しなどの申し出があった場合、実費相当額（食材費）のキャンセル料をいただいております。

※ 連絡が困難な場合などやむを得ない場合はこの限りではありません。

１１．協力医療機関

医療機関の名称	メドック健康クリニック（倶楽部デイ MEDOC 敷地内）
所在地	愛知県名古屋市昭和区安田通 4 丁目 3 番地
診療科	内科・泌尿器科・整形外科・温熱免疫療法など

１２．保証人

契約締結にあたり、保証人を指名し契約書に署名捺印をお願いいたします。

１３．秘密保持について

① 事業者および事業者の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

② 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく外部に漏らすことがないように必要な措置を講じます。

１４．苦情の受付について

（１）当施設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（担当者）： 管理者 橋本 知佳

受付時間：毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30

電話番号： 052-753-9003

ファクシミリ： 052-753-9004
電子メール： club-day@outlook.jp

（２）行政機関等

昭和区役所

所在地：昭 和 区 阿 由 知 通 3-19

電話番号：052-731-1511

電子メール： a7353887@showa.city.nagoya.lg.jp

瑞穂区役所

所在地：瑞 穂 区 瑞 穂 通 3-32

電話番号：052-841-1521

電子メール： a8529212@mizuho.city.nagoya.lg.jp

千種区役所

所在地：千 種 区 星 が 丘 山 手 103

電話番号：052-762-3111

電子メール： a7531811@chikusa.city.nagoya.lg.jp

名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 東桜分室

所在地：名古屋市東区東桜一丁目14番11号 DP スクエア東桜8階

電話番号：052-959-3087

電子メール： mail@aichi-kokuho.or.jp

15. 事故発生時の対応

事故防止には最善をつくします。万が一、事故が発生した場合は以下の点に留意して対応させていただきます。

① 事故が発生した場合、予めお知らせいただいている「緊急連絡先」へ速やかに連絡いたします。また、必要に応じて地方公共団体など関係機関にも連絡します。

② 事故を調査した結果に基づいて、ご家族等にその発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。

③事故後の対応にあたっては、ご利用者本人やご家族の気持ちを考え、誠意ある態度で対応します。

④ ご利用者の生命・身体・財物に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかにご利用者に対して損害を賠償します。ただし、ご利用者に重大な過失がある場合は、事業者は賠償責任

を免除され、または損害額を減額されることがあります。

16. 身体拘束について

- ① 施設サービスの提供にあたっては、ご利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、ご利用者またはそのご家族に対して事前に口頭および文書による説明を行い、併せて文書による同意を得ます。
- ③ 身体的拘束適正化検討委員会を開催し、緊急やむを得ず行う身体拘束について判断を行うと共に、常にその解消のため検討に努めます。

17. 急変時の対応

- ① サービスご利用中にご利用者が急変された場合は、医師・看護師または介護職員の判断により、必要に応じて救急車により医療機関へ救急搬送いたします。
- ② 受入病院は、ご利用者の主治医が所属する医療機関または当施設の協力病院となるよう救急隊員に依頼しますが、その他の医療機関への搬送もあり得ます。また、休日・時間外は救急指定病院への搬送となります。
- ③ 救急搬送の際は可能な限り事前にご家族に連絡をお取りしますが、状況により事後となる場合がございます。
- ④ ご利用者の状態によっては搬送先医療機関での緊急入院もあり得ますことをご理解ください。
- ⑤ 緊急入院時でご家族との連絡が取れない場合に、受入医療機関の状況や定めにより差額ベッドの利用や有償の付添人の依頼を行うことがあり得ますことをご了承ください。その際の費用はご利用者の負担となります。

18. 受診の依頼

- ① サービスご利用中に、ご契約時またはご利用開始時と著しく異なる心身の状況が認められた場合や、他のご利用者への影響が懸念される症状が認められた場合には、急変時対応以外でも、医師・看護師または介護職員の判断により医療機関での受診をお願いする場合がございます。

- ② 受診のための送迎・付添いは原則としてご家族にご対応いただきます。

※ 定期的な受診がサービスご利用中に予定されている場合は、ご家族により受診していただきます。

19. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

(1) 設備・器具の利用

施設内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。(不適切なご利用により破損等が生じた場合は、費用の負担をいただく事がございます。)

(2) 喫煙・飲酒

火災予防、健康増進のため、全面禁煙でお願いします。

(3) 宗教活動・政治活動・迷惑行為等

施設内で他のご利用者に対する宗教活動および政治活動はお断りいたします。

騒音等其他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに病院内への立ち入りはご遠慮願います。

施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りいたします。

(4) 貴重品・現金等

貴重品の持ち込みはご遠慮願います。

原則として現金はお預かりできません。

20. 提供するサービスの第三者評価の実施について

実施の有無	無し
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

21. 個人情報利用同意書

私及び私の家族の個人情報の利用については、下記により必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用目的

(1) 【通所介護・予防専門型通所サービス】の提供を受けるに当たって、【通所介護計画】に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況等を把握するため。

(2) 事業所内のカンファレンスのため。

(3) 医療機関、介護保険施設、介護支援専門員、介護保険事業所、自治体（保険者）、その他社会福祉施設・団体との連絡調整のため。

2 個人情報の内容

(1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で事業者が【通所介護・予防専門通所サービス】を行うために必要なご利用者やご家族の個人情報。

(2) その他ご利用者やご家族に関する個人情報であって、特定の個人が識別され、又は識別される情報。

3 使用する期間

サービス契約締結日からサービス提供の終了日まで

4 使用する条件

(1) 個人情報の利用については、必要最低限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

22. 情報提供承諾書

・倶楽部デイ MEDOC の利用にあたり、わたし（利用者及びその家族）の個人情報について下記の目的で、また必要最小限の範囲内で市町村、施設担当者及びケアマネジャー等に問い合わせ、あるいは追加の情報を求めること及び当該市町村、施設担当者及びケアマネジャー等が当該情報を倶楽部デイ MEDOC に提供することに同意します。

・利用者様の身体状況、サービス内容について市町村、協力医療機関ケアマネジャー等への連絡調整の資料とするため。担当者会議での個人情報の使用について同意します。

（使用にあたっての条件）

個人の情報の提供は必要最小限とし、提供及び使用にあたっては関係者以外に漏れることのないよう細心の注意を払うこととする。

23. 肖像使用等に関する同意書

私または私の家族は、社会福祉法人成仁会倶楽部デイ MEDOC の制作物において、肖像及び発言内容を使用することについて同意します。

（ 同意します ・ 同意しません ）

目的

ご利用者様に寄り添った情報（日々の取り組みや行事の様子等）を発信し、各施設の運営状況をこれまで以上に分かりやすくお伝えさせていただく為。

1. ご利用者様、ご家族様のご署名をお願いします。ご家族様がご署名いただく場合は、ご利用者様の氏名及びご利用者様との続柄もご記入願います。

2. 取得させていただいた情報及び写真・映像は、以下の内容に必要な範囲内でのみ利用いたします
また、これ以外の目的で利用する際には改めて目的を通知します。

社会福祉法人成仁会が制作する印刷物

(ホームページ・ツイッター・インスタグラム・広報誌・お便り・展示物・広告など)

3. 使用期間は、本同意書にご署名いただいた期日から1年間とし、使用停止のお申し出がない限りは、同一の使用目的にて、1年間の自動更新とさせていただきます。使用停止のお申し出をいただいた場合は、速やかに使用を停止します。

4. 写真や映像の掲載に対し、ご利用者様および職員関係者への誹謗中傷等のコメントを発見した際は、速やかにコメントを削除致します。

24. コミュメール ご登録のご案内

当法人では、ご利用者ご家族に一層のご安心をしていただくために、緊急時の連絡用に、当法人とご家族様の連絡方法として「コミュメール」というメールの一斉配信の導入を進めています。

ご家族様には以下の選択をしていただき、○を付けてください。施設での登録をご希望の方については、①登録希望のメールアドレスをご記入いただきますようお願いいたします。

1, ご自身で登録

2, 施設で登録希望 ① _____ @ _____

②TEL ; _____

3, メールはしない。

尚、ご自身でご登録して頂く為の「名簿登録のお願い」と「利用者登録の手順」、「迷惑メール対策について」、「名簿リスト」を同封しますので、ご覧の上ご登録をお願いします。(複数のサービスをご利用の場合は、いずれのサービスの名簿にもご登録をお願いします。)

尚、不明な点等があれば、ご利用のサービスの管理者迄お問い合わせください。

25. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するための、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 1 事業所における虐待の防止の為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ができるものとする。)を定期的で開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業員に周知徹底を図ること。
- 2 事業所における虐待防止の為の指針を整備すること。
- 3 事業所において、介護職員その他の従業員に対し、虐待の防止の為の研修を定期的に(年2回以上)実施すること。
- 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置くこと。

____ 様

説明年月日

年 月 日

説明者署名

年 月 日

利 用 者

氏名

保証人

氏名
