

美活デイサービス メドックガーデンビレッジ緒川

重要事項説明書

< 令和 8 年 6 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	美活デイサービス メドックガーデンビレッジ緒川
事業の種類	指定介護予防通所介護相当サービス
介護保険指定番号	2375701816
利用定数	25 人
施設の所在地	愛知県知多郡東浦町大字緒川字栄 39 番地 1
管理者	林 正人
電話番号	0562-82-3003
ファクシミリ番号	0562-82-3005
電子メール	info@medoc-care.jp
ホームページ	http://www.medoc-care.jp
開設年月日	平成 26 年 4 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
グループホーム メドックガーデンビレッジ緒川 (指定認知症対応型共同生活介護及び 指定介護予防認知症対応型共同生活介護)	2395700186	18 人
脳活デイサービス メドックガーデンビレッジ緒川 (認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)	2395700194	12 人
メドック東浦 居宅介護支援事業所 (指定居宅介護支援事業所)	2375701436	
美活デイサービス メドックガーデンビレッジ緒川 (介護予防通所介護相当サービス)	2375701816	25 人

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美活デイサービス メドックガーデンビレッジ緒川は、要支援状態にある高齢者または事業対象者に対し、適切な指定介護予防通所介護相当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、知多北部広域連合、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービス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	1 室	
浴 室	3 室	兼用
相談室	1 室	兼用

6. 主な職員の人数

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

7. 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
介護職員	早番 8:00 ～ 17:00 日勤 8:30 ～ 17:30 遅番 9:00 ～ 18:00
看護職員	日勤 8:30～17:30
機能訓練員	月曜日～土曜日 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

9. 指定介護予防通所介護相当サービスの概要

（1）指定介護予防通所介護相当サービス

1ヶ月あたりの利用料金

	介護予防一割負担分（月単位）		
	基本単位		科学的介護推進体制加算
要支援 1 事業対象者 週1回程度の利用	概ね月/4回	1,798 単位	40 単位
要支援 2 事業対象者 週2回程度の利用	概ね月/8回	3,621 単位	40 単位

※ 介護職員処遇改善加算Ⅱ口：月総単位数の11.8%

※ 1単位＝10.14円として計算します。各利用者のご利用料は介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、ご利用者負担分が1割の場合、介護給付分が9割、ご利用者負担が2割の場合、介護給付分が8割、ご利用者負担分が3割の場合、介護給付分が7割となります。（小数点以下切り捨て）

※ 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。

① 日常生活の支援

入浴： 入浴はご利用者の状態に応じて、一般浴（手すりや階段が付いた一般浴槽での入浴）、中間浴（座ったままで入浴が可能な機械を使用し一般浴槽での入浴）、特殊浴（寝たままで入浴が可能な特殊浴槽での入浴）をお選びいただけます。

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。医師の了解の下、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リフト付送迎車等での送迎を行います。送迎時間、リフト付送迎車（介助者有り）での乗車の有無など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。

（利用料）

通常のデイサービス事業実施地域を越えた地点から別途に次の額を徴収します。

1km を超えるごとに、50 円加算します。

（2）その他の利用料金

① 食事の提供

食事時間 昼食 12:00～13:00

食事料金 昼食 830 円（おやつ、ドリンク代金含む）

② 趣味活動、行事

利用者の趣味や活動能力に応じて、様々な趣味活動、イベントをご用意しています。趣味活動、イベントの運営は、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： 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、夏祭り、敬老会、クリスマス、新年会など四季の行事を催しています。ご家族の方々にはその都度ご案内いたしますが、いずれの行事に参加していただいても差し支えございませんので、お気軽にご参加ください。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

尿取りパッド 20 円

リハビリパンツ M 110 円、 リハビリパンツ L 120 円

(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	刈谷豊田総合病院
所在地	愛知県刈谷市住吉町 5 丁目 15 番地
診療科	内科、外科、循環器科、整形外科、皮膚科等

医療機関の名称	西知多総合病院
所在地	愛知県東海市中ノ池 3-1-1
診療科	内科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科等

12. 代理人

契約締結にあたり、代理人を指名し契約書に署名捺印をお願いいたします。

1 3. 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）：林正人

受付時間： 毎週月曜日～金曜日 8：30 ～ 17：30

電話番号： 0562-82-3003

ファクシミリ： 0562-82-3005

電子メール： info@medoc-care.jp

(2) 行政機関等

知多北部広域連合 事業課

所在地： 東海市荒尾町廻間 2 番地の 1

電話番号 052-689-2263

東海市役所 高齢者支援課

所在地： 東海市荒尾町廻間 2 番地の 1

電話番号： 052-689-1600

大府市役所 高齢障がい支援課

所在地： 大府市中央町五丁目 70 番地

電話番号： 0562-45-6289

知多市役所 長寿課

所在地： 知多市緑町 1 番地

電話番号： 0562-33-3151

東浦町役場 ふくし課

所在地： 東浦町大字緒川字政所 20 番地

電話番号： 0562-83-3111

刈谷市役所 長寿課

所在地： 刈谷市東陽町 1 丁目 1 番地

電話番号： 0566-62-1013

阿久比町役場 ふくし課

所在地： 知多郡阿久比町大字卯坂字殿越 50

電話番号： 0569-48-1111

愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地： 名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号

電話番号： 052-971-4165

電子メール： mail@aichi-kokuho.or.jp

1 4. 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。

1 5. 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、原則とし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。

1 6. 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担当いただきます。

※ 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。

17. 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、賠償していただくことがございます。)

(2) 喫煙

火災予防のため、喫煙される方は所定の喫煙場所をお願いします。

(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、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

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。

18. 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	—

19. 情報提供について

利用者及びその家族の個人情報については、下記の目的で使用させていただきます。

(1) 使用目的

ご利用者の身体状況、サービス内容について市町村、協力医療機関、ケアマネージャー等への連絡調整の資料とするため。

(2) 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います。

20. 肖像等使用に関する承諾事項

各種 SNS、ホームページ、広報誌等、施設より発信される情報について、利用者の写真、動画等の使用に関しての承諾をお願いします。

肖像等使用について (同意します ・ 同意しません)

※顔出し不可の場合でも特定が難しい場合に限り、使用させていただく場合があります。

2 1. ネットワークカメラの運用について

利用者の安全・安心な生活環境の向上を目的とし、下記のとおりネットワークカメラの運用をしています。

① 使用目的

- ・利用者の安全・安心な生活環境の向上
- ・事故発生時の早期発見と再発防止に向けた検証

② 設置場所

- ・カメラ：玄関フロア1ヵ所、デイフロア内1ヵ所
- ・モニター：メドックガーデンビレッジ緒川 総合事務所

③ 使用方法

- ・事故の発生時、必要に応じて録画内容の確認および検証
(常時、見守りを行なうものではありません)

④ 録画時間

- ・24時間365日(録画データは20日間保存されます)

⑤ 利用の制限

- ・画像の利用は、使用目的の範囲とします。
- ・録画内容の管理は、施設長および事業所管理者にておこないます。

2 2. メールアドレスの登録および使用

災害時または一部感染症発生時等における通知、または、ご連絡等で登録のメールアドレスへ送らせていただく場合があります。閲覧頻度の高いメールアドレスでのご登録をお願いします。なお、諸事情によりメール登録が出来ない場合は、電話にて連絡いたしますが回線や現場の状況等により連絡が遅れることがございますので、ご了承ください。

☐ メール登録を希望する

(登録いただくメールアドレス①)

メールアドレス： _____ @ _____

氏名： _____ (続柄： _____)

(登録いただくメールアドレス②)

メールアドレス： _____ @ _____

氏名： _____ (続柄： _____)

☐ メール登録は希望しない

私は、本書面に基づいて事業者の職員

職名 _____ 氏名 _____ から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利 用 者 氏名 _____

保 証 人 氏名 _____

利用者家族代表者名 氏名 _____

