

## 「指定通所介護」・「指定介護予防・日常生活支援総合事業」 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

当事業所はご契約者に対して指定通所サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事を次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援1・2、要介護1～5」と認定され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。

### 1. 事業者

- |           |               |
|-----------|---------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 信和会    |
| (2) 法人所在地 | 岐阜県瑞穂市宝江576-1 |
| (3) 電話番号  | 058-326-8008  |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 浅野 克己     |
| (5) 設立年月日 | 平成8年7月5日      |

### 2. 事業所の概要

- |               |  |                              |
|---------------|--|------------------------------|
| (1) 事業所の種類    | 指定通所介護事業所<br>指定介護予防通所介護相当サービス事業所<br>指定基準緩和型デイサービス:安八広域連合平成30年11月1日指定<br>※当事業所は特別養護老人ホームほづみ園に併設されています。                                  | 平成12年2月28日指定<br>平成28年3月28日指定 |
| (2) 事業所の目的    | 利用者が要介護状態及び要支援状態となった場合でも、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練等を行う。<br>また、利用者の社会的孤立の解消及び利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。 |                              |
| (3) 事業所の名称    | デイサービスセンターほづみ園   |                              |
| (4) 事業所の所在地   | 岐阜県瑞穂市宝江576-1  |                              |
| (5) 電話番号      | 058-326-8008   |                              |
| (6) 管理者氏名     | 施設長 浅野成央   |                              |
| (7) 当事業所の運営方針 | 安心で心豊かな生活を送っていただける笑顔の見られる施設  |                              |
| (8) 開設年月日     | 平成9年7月1日   |                              |
| (9) 利用定員      | 25人  |                              |

### 3. 事業実施地域及び営業時間

#### (1) 通常の事業の実施地域

瑞穂市 本巣市 (本巣町・糸貫町・真正町) 北方町 岐阜市 大垣市 安八町

#### (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日(1月1日は休業)	
営業時間	月～土	8時30分～17時30分(延長サービスあり)
サービス提供時間	月～土	9時30分～16時40分(送迎時間を含みません)

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職 員 数 (非常勤を含む)	資 格
1. 管理者	1名	施設長資格
2. 介護職員	3名以上内生活相談員兼務2名	介護福祉士等
3. 生活相談員	2名	介護福祉士 2名
4. 看護職員	2名	准看護師
5. 機能訓練指導員	2名	柔道整復師・マッサージ師
6. 栄養士	1名	管理栄養士

<主な職種の勤務体制>

職種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間：8：30～17：30 (常勤) 8：30～17：00 (非常勤)
2. 生活相談員	勤務時間：8：30～17：30
3. 看護職員	勤務時間：8：30～17：30 (非常勤) 9：00～17：00 (非常勤)
4. 機能訓練指導員	勤務時間：8：30～17：30 (常勤) 勤務時間：9：30～12：00 (非常勤)
5. 栄養士	勤務時間：8：30～17：30 (常勤)

### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約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<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の基準介護サービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについては、昼食にかかる費用を除き、利用料金の大部分 (通常9割) が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

### ①食事の提供

ご契約者に提供する昼食にかかる費用です。

昼食費（おやつ込み）：1食あたり 600円

・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご契約者の自立支援の為、離床して食堂にて食事を摂って頂く事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。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

### ③排泄

・ご契約者の排せつの介助を行います。

### ④送迎サービス

・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

### ⑤個別機能訓練（通所介護のみ）

・機能訓練指導員及び看護職員により、ご契約者の心身等の状況に応じて機能訓練実施計画書を作成し、それに基づき日常生活を送るために必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

### ⑥運動器機能向上サービス（介護予防通所介護相当サービスのみ）

・ご契約者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を実施します。

### ⑦口腔機能向上サービス

・口腔機能が低下しているご契約者又は、その恐れのあるご契約者に対して口腔機能の向上を目的として実施します。

### <サービス利用日及び利用回数（介護予防・日常生活支援総合事業のみ）>

・ご契約者と利用日を相談し希望に添えるようにします。

・ご利用回数は次のとおりとします。要支援1、4回/月 要支援2、8回/月

### <サービス利用料金>（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

### ○ 通所介護ご利用の場合（1回あたり） \* 自己負担1割〔1単位：10円〕

介護度	基本料	入浴	個別機能訓練（Ⅰ）イ	中重度ケア体制加算	サービス提供体制加算（Ⅱ）
要介護1	658単位	40単位	56単位	45単位	18単位
要介護2	777単位				
要介護3	900単位				
要介護4	1,023単位				
要介護5	1,148単位				

・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（1月あたりの総単位数×9.2%で算定された額）

・昼食費（おやつ含む）600円

- ・同一建物に対する減算（対象者のみ）通所介護 94 単位/日
- ・口腔機能向上加算（対象者のみ）口腔機能向上サービスを実施した利用者のみ、1月に2回を限度として1回につき 150 単位
- ・個別機能訓練加算Ⅱ 1月につき 20 円
- ・科学的介護推進体制加算 1月につき 40 円
- ・認知症加算 1日につき 60 円（認知度Ⅲ以上の利用者のみ）
- ・一定以上所得者については、基本料金自己負担が 2 割又は 3 割となります。保険者が発行する介護保険負担割合証に基づいて請求させていただきます。

○ 介護予防通所介護相当サービスご利用の場合（もとす広域連合）

（一ヶ月あたり）＊自己負担 1 割 [1 単位：10 円]

介護度	基本料	サービス提供体制加算（Ⅱ）
要支援 1	1 回につき 436 単位(週 1 回 4 回まで) 1, 798 単位/月 (月 5 回以上)	72 単位
要支援 2	1 回につき 447 単位(週 2 回 8 回まで) 3, 621 単位/月 (月 9 回以上)	144 単位

- ・科学的介護推進体制加算 1月につき 40 円
- ・介護職員等处遇改善加算（Ⅰ）（1月あたりの総単位数×9.2%で算定された額）
- ・事業所評価加算 120 単位/月、算定可能な期間のみ加算させていただきます。

○ 基準型緩和型デイサービスご利用の場合（安八町）

（一ヶ月あたり） [1 単位：10 円]

介護度	基本料	片道の送迎	入浴
要支援 1	1 回につき 436 単位(週 1 回 4 回まで)	1 回につき 15 単位	1 回につき 60 単位
要支援 2	1 回につき 447 単位(週 2 回 8 回まで)		

- ・同一建物に対する減算（対象者のみ）  
要支援 1 は 376 単位/月、要支援 2 は 752 単位/月
- ・口腔機能向上加算（対象者のみ）口腔機能向上サービスを実施した利用者のみ、1月に2回を限度として1回につき 150 単位。
- ・一定以上所得者については、基本料金自己負担が 2 割又は 3 割となります。保険者が発行する介護保険負担割合証に基づいて請求させていただきます。

注) 介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) (1) 以外のサービス（契約書第 5 条、第 7 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂くことができます。

材料代等：実費をいただく場合があります。

②理髪サービス

ご希望により、理容師による理髪サービスをご利用いただけます。

実施日：毎月2回 第1月曜日、第4金曜日（都合により変更になる場合があります）

理髪料：1回あたり 1600円

### ③喫茶サービス

喫茶コーナーの飲物（おやつ付き）のサービスをご利用いただけます。

料金：コーヒー・アイスコーヒー・紅茶・ジュース・ココア各150円 梅昆布茶100円

### ④延長利用サービス

ご希望により、サービス提供時間を超え受付時間の範囲内で、延長利用サービスをご利用いただけます。但し、利用契約書第4条及び第5条に規定するサービスは、サービス提供時間内に提供します。この場合、お迎えはご家族にてお願いします。

又、ご希望により、夕食の提供もいたします。

延長料：30分毎 500円 夕食代：1食当たり 600円

### ⑤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契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただく事が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代（パット50円、紙パンツ100円、オムツ100円）

洗濯代100円/1回、乾燥機代200円/1回（独居の方で施設長の許可を受けた場合）

#### （3）利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、サービス利用後、1ヶ月毎の合計金額を口座振替によりお支払い下さい。口座振替は、サービス利用期間の翌月28日（金融機関が休業の場合は、その翌営業日）に行います。

#### （4）利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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時までに事業者申し出てください。

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

#### （5）利用当日のサービスの中止

事業者は、次の事由により、ご契約者への通所サービスの提供が困難と判断した場合、当該利用日のサービスを中止することができます。

##### ① ご契約者の体調不良等

ご家族に連絡の上、適切に対応します。必要に応じて、主治医または歯科医に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

この場合、当該利用日にかかるサービス利用料金は、原則ご負担いただきます。

##### ② 台風・降雪・積雪等の天候不良

天候不良により安全な送迎が困難と考えられる場合、送迎時間を変更する場合があります。この場合、事前にご家族にご連絡する等、必要な措置を講じます。

## 6. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 12 条参照）

施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

当事業所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、営利活動を行う事はできません。

(2) 喫煙

ご利用中の喫煙はできません。

(3) 送迎に関して

ご自宅へ到着した時点で、当該利用日のサービスは終了となります。到着時にご家族がみえない場合には、ご家族に連絡させていただく等の措置を講じます。事前にご家族が了承されている場合には、ご自宅に到着後お見送りした時点で当該利用日のサービスは終了となります。

ご利用者を送迎中、車中で急変された場合には速やかにご家族へ連絡すると共に、ご自宅へお送りさせていただく事になりますのでご了承下さい。

サービス提供中、病状の急変が生じた場合についてもご了承下さい。

(4) 貴重品に関して

事業所内に高価な装飾品や財布等の貴重品を持ち込まない様をお願いします。持ち込まれた場合の貴重品の破損や紛失した場合には、一切その責任は負いませんのでご了承下さい。

## 7. サービス提供における事業者の義務（契約書第 10 条、第 11 条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- |   |
|---|
| <p>①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。</p> <p>②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。</p> <p>③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。</p> <p>④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。</p> <p>⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご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。（守秘義務）</p> <p>ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。</p> <p>また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。</p> |
|---|

## 8. 損害賠償について（契約書第 13 条、第 14 条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 9. 苦情の受付について（契約書第 22 条参照）

### （1）当事業所における苦情の受付

当事業所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）生活相談員 鷲見欣宏

○受付時間 8:30~17:30

### （2）行政機関その他苦情受付機関

お住まいの市町村介護保険担当課、岐阜県国民健康保険団体連合会、岐阜県運営適正化委員会、岐阜県社会福祉協議会等の窓口。

## 10. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わない事を約束します。

ただし、緊急やむをえない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得ると共に、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録していきます。

## 11. 緊急時における対応

通所サービス提供中に利用者の病状の急変及びその他の緊急事態が発生した場合は、速やかに家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

## 12. 災害時の対策

事業所では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき利用者及び職員等の訓練を行います。

## 13. 利用者の尊厳、虐待の防止

利用者の人権・プライバシー保護のため、従業者教育を行います。

高齢者虐待防止に関する指針を整備し、虐待防止検討委員会を定期的で開催していきます。

## 14. 感染症対策

当事業所において、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、指針を整備し、感染対策委員会を定期的で開催していきます。研修及び訓練を定期的実施し、業務継続計画を策定しています。

## 15. ハラスメント対策

当事業所は、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各種ハラス

メントを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていきます。

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明し交付しました。

<事業者>

所在地 岐阜県瑞穂市宝江576-1

事業所名 デイサービスセンターほづみ園

説明者職名 生活相談員 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印