

「デイサービス」重要事項説明書

290401

砺波市庄東デイサービスセンターは、介護保険法の指定を受けています。

(富山県指定 第1670800273号)

当事業所は、利用者に対して通所介護サービス及び第一号通所型サービス(みなし指定通所型現行相当サービス)を提供します。事業所の概要および提供するサービスの内容について、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※ このサービスの利用は、原則として要支援・要介護認定の結果「要支援」又は「要介護」と認定された方が対象となりますが、要支援・要介護認定をまだ受けていない方であってもサービスの利用は可能です。

1 事業者	2 事業所の概要
3 事業実施地域及び営業時間	4 職員の配置状況
5 事業所が提供するサービスと利用料	6 事故発生時の対応
7 苦情の受付	

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人砺波福祉会
- (2) 代表者 理事長 老 健
- (3) 所在地 〒939-1313 富山県砺波市柳瀬3番地
- (4) 電話 0763-32-3050 FAX ; 0763-32-6543

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業
第一号通所型サービス事業(みなし指定通所型現行相当サービス)(以下「第一号通所型サービス」という)
- (2) 事業所の目的 要介護及び要支援状態の被保険者(以下「利用者」という)について、居宅サービス計画及び介護予防ケアマネジメントに基づき、可能な限り居宅において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように援助することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 砺波市庄東デイサービスセンター
- (4) 事業所の代表者 施設長 川合 邦之
- (5) 事業所の管理者 所長 平田 尚美
- (6) 事業所の所在地 〒939-1438 富山県砺波市安川297番地
- (7) 電話・FAX 0763-37-2161 FAX ; 0763-37-1526
- (8) 運営の方針 利用者にとって必要なサービスを利用者自身に選択していただき、個々人の尊厳を保持し、生活の自立のための援助を心がけることを基本とします。
- (9) 開設年月日 平成7年4月1日
- (10) 利用定員 30名(通所介護事業及び第一号通所型サービス事業の受入れ定員)

3 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の実施地域 砺波市内

(2) 営業日及び営業時間

- ・営業日は、毎週月曜日から土曜日までです。日曜日、12月31日から1月3日までは、休業します。
- ・営業時間は、午前8：00から午後6：00までです。

4 職員の配置

この事業所では、利用者に対して指定通所介護サービス、第一号通所型サービスを提供するため、次の職種の職員を配置しています。

(職員数には兼務者を含み、又、指定基準を遵守しています。)

- ・所長(1) ・生活相談員(1以上) ・看護職員(1以上)
- ・介護職員(4以上) ・管理栄養士(1以上) ・調理職員(1以上)
- ・機能訓練指導員(1以上) ・事務員(1以上)

5 当事業所が提供するサービスと利用料

当事業所では、利用者に対して、次のサービスを提供します。

(1) 介護保険制度給付対象サービス (契約書第4条の規定)

以下のサービスについては、利用料金のうち自己負担分(介護保険負担割合に応じた)を差し引いた分が介護保険から給付されます。介護保険制度では、基準単価を単位と表現しており、1単位10円です。

<サービスの概要>

- ①入浴；入浴又は清拭を行います。歩行障害の方や寝たきりの方はリフト浴或いは特殊浴槽を使用して入浴することができます。
- ②排泄；排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ③食事；食事は、摂取自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ④機能訓練；機能訓練指導員により、利用者の心身状況に応じて、居宅で日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

<通所介護サービス利用料金(1回当たり)>

(契約書第7条の規定及び重要事項説明書付属文書を参照)

★基本料金(以下「通所介護費」又は「所定単位数」という)について

- ①当事業所は、当該年度の前年度の1か月あたりの平均利用延人員数が300人を超え750人以下の事業所であり、通所介護費について通常規模型通所介護費を算定します。
- ②重要事項説明書付属文書の料金表によって、利用者の要介護度及びご利用時間帯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)をお支払いください。尚、基本料金には送迎に係る費用が含まれます。

③ご利用当日の看護職員及び介護職員に欠員が生じて人員基準に満たない場合には、所定の通所介護費に100分の70を乗じて得た単位数を算定します。

★各種加算について（重要事項説明書付属文書の料金表を参照）

- ①入浴；入浴又は清拭を行います。その日の身体状況を見て、入浴方法を決めます。入浴介助を行った場合は、1日当たりの入浴介助加算として所定単位数に加算します。
- ②中重度者ケア体制；指定基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保し、前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であり、指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1以上配置しているものとして、都道府県知事に届け出た場合に利用者に対し、中重度ケア体制加算として所定単位数に加算します。
- ③送迎減算；事業所が送迎を行わなかった場合、片道につき所定単位数を減算します。
- ④サービス提供体制強化；介護職員のうち介護福祉士の有資格者が50%以上配置されている、あるいは介護職員のうち介護福祉士の有資格者が40%以上配置されている場合、また生活相談員、看護・介護職員、機能訓練指導員のうち3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている場合、当該基準に掲げる区分に基づいて1回につきサービス提供体制強化加算として所定単位数に加算します。
- ⑤処遇改善；厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た場合に利用者に対し、基本料金と各種加算の合計した所定単位数に付属文書に示された加算率を乗じた単位数を加算します。

< 第一号通所型サービス利用料金（1か月当たり） >

（契約書第7条の規定及び重要事項説明書付属文書を参照）

★基本料金（以下第一号通所型サービス費又は所定単位数という）について

- ①要支援1及び2の利用者について、利用回数やご利用時間帯に係ることなく、重要事項説明書付属文書の料金表によって、要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険制度給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。尚、基本料金には送迎及び入浴に係る費用が含まれます。
- ②ご利用当日の看護職員及び介護職員に欠員が生じて人員基準に満たない場合には、翌月の全利用者について第一号通所型サービスに100分の70を乗じて得た単位数を算定します。

★各種加算について（重要事項説明書付属文書の料金表を参照）

- ①運動器機能向上；運動器機能向上を目的として利用者ごとに運動器機能向上計画を作成し、当該計画に基づいて、計画的に機能訓練を行っている場合に、所定単位数に加算します。
- ②サービス提供体制強化；介護職員のうち介護福祉士の有資格者が50%以上配置されている、あるいは介護職員のうち介護福祉士の有資格者が40%以上配置されている場合、また生活相談員、看護・介護職員、機能訓練指導員のうち3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている場合、当該基準に掲げる区分に基づい

て1か月につきサービス提供体制強化加算として所定単位数に加算します。

- ③処遇改善；厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た場合に利用者に対し、基本料金と各種加算の合計した所定単位数に付属文書に示された加算率を乗じた単位数を加算します。

<通所介護及び第一号通所型サービス共通のサービス利用料金>

(契約書第9条関係)

- ・ 介護保険制度等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、利用者の負担額を変更いたします。

(契約書第5条関係)

- ・ 介護保険制度等からの支給限度額を超えてサービスを利用される場合、サービス利用料金の全額（介護職員処遇改善加算も同様）を利用者の負担といたします。

(その他)

- ・ 通常の事業実施区域以外への送迎；砺波市以外の地域からご利用の場合は、所定区域外にサービス提供したものととして、所定単位数に5%を加算いたします。
- ・ この事業所は、「社会福祉法人等による生活困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業」対象事業所です。

※砺波市が発行する「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証」を交付された方は、(1)介護保険制度等の給付対象となるサービス及び(2)介護保険制度等の給付対象外サービスの「①食費」について、利用負担額の一部を施設が負担いたします。

(2) 介護保険制度等の給付とならないサービス（契約書第5条、第9条の規定及び付属文書）

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

- ①食事；この事業所では、管理栄養士が立てる献立により、栄養と利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。料金は食費として640円/昼食で、おやつ代を含みます。又、付き添いの方の食事も上記の料金となります。

食事は、利用者の自立支援のため、離床して食堂で摂っていただくことを原則としています。

昼食時間は、12：30頃からゆっくりと摂っていただきます。

通常の食事以外に個別に特別な食事をこの事業所以外からとる場合等、事業者が全体に提供する以外の食事は、実費負担となります。

- ②おむつ；身体状況に応じた排泄の介助を行います。デイサービスでは、おむつ代は介護保険制度等対象外です。利用者にあった物を必要数ご持参ください。

◎この事業所の物を使用したときは、実費を負担していただきます。

- ③レクリエーション及びクラブ活動；利用者のご希望により参加していただくことができますが、個人的なものについては実費をいただく場合や自己負担していただくものがあります。

- ④個人的生活用品；利用者の日常に要する費用で個人負担が適当なものについては、自己負担していただきます。

- ◆経済情勢の著しい変動その他止むを得ない事由があるときは相当な額に変更することがあります。その場合は、変更事由とその内容について予め1か月前までにお知らせいたします。

(3) 利用料金等の支払い方法（契約書第7条関係）

利用料金等の支払いは、サービス利用月の翌月20日までに請求金額をお知らせしますので、指定口座から翌月27日（土・日・祭日は次の日）に口座振替となります。ただし、利用開始の書類整備ができるまでの期間については、翌月分とまとめて請求します。口座振替手数料95円は、利用者負担となります。また、口座振替不能の場合は、やなせ苑事務所窓口にて利用料と口座振替手数料95円を現金でお支払いください。

(4) 利用の中止若しくは変更又は追加（契約書第8条関係）

利用者の都合により、利用日前にサービスの利用を中止し若しくは変更し又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、サービス実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

- ◆利用予定日の前日までに申し出がなく当日になって利用を中止された場合には、取り消し手数料として当日利用料金の10%（自己負担相当額）をいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良など正当な理由がある場合は、この限りではありません。尚、第一号通所型サービスを利用の利用者については、前述の理由であっても取り消し手数料はいただきません。
- ◆サービス利用の変更又は追加の申し出に対して事業所の稼働状況に応じて利用者の希望する期間にサービス提供ができない場合は、他の利用可能日を利用者へ提示して協議します。

6 事故発生時の対応（契約書第10条第5項関係及び重要事項説明書付属文書）

サービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、「利用者状態急変時対応マニュアル」に基づき、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関に連絡を行う等の必要な措置を講じます。

7 苦情の受付（契約書第21条関係）

(1) この事業所における苦情の受付

◎苦情相談受付窓口

担当者； 所 長 平田 尚美

苦情処理責任者； 施設長 川合 邦之

受付時間； 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30

電話； 0763-37-2161 FAX；0763-37-1526

苑内には、皆様のご意見を随時お受けするポスト「福耳すきん」を設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

◎砺波市役所福祉市民部高齢介護課

所 在； 砺波市栄町7番3号

受付時間； 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：00

電 話； 0763-33-1111 FAX；0763-33-7622

◎砺波地方介護保険組合

所 在； 砺波市栄町7番3号

受付時間； 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：00

電 話； 0763-34-8333 FAX；0763-34-8334

◎富山県国民健康保険団体連合会

所 在； 富山市下野豆田995番地の3

受付時間； 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：00

電 話； 076-431-9833 FAX；076-431-9834

◎富山県福祉サービス運営適正化委員会

所 在； 富山市安住町5番21号（富山県社会福祉協議会内）

受付時間； 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：00

電 話； 076-432-3280 FAX；076-432-6532

以上、通所介護及び第一号通所型サービスの提供開始にあたり、契約書及びこの書面に基づいて重要事項の説明をしました。

平成 年 月 日

事業者；社会福祉法人砺波福祉会

理事長 老 健

事業所；砺波市庄東デイサービスセンター

説明者；砺波市庄東デイサービスセンター

印

私は、契約書及びこの書面により、砺波市庄東デイサービスセンターの利用について、重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

利用者； _____ 印

署名代行者； _____ 印

（続柄； _____ ）

重要事項説明書付属文書 ①

介護福祉施設サービス等

利用料等の負担区分

利用料等の項目	特別養護 老人ホーム	短期入所 ショートステイ	通所介護 デイサービス	区分
1 車椅子、歩行器、杖	施設	施設		介護報酬上包括的に含まれているもの
2 ポータブルトイレ、浣瓶	施設	施設	施設	
3 寝具類＝布団・シーツ類、失禁シーツ、エアマット、体位交換用クッション等	施設	施設	施設	
4 おむつ、おむつカバー	施設	施設		
5 食事用エプロン	施設	施設	施設	
6 食器類、箸、スプーン、コップ等	施設	施設	施設	
7 洗面用具、タオル、バスタオル等	施設	施設	施設	
8 共用の日用品＝石けん・シャンプー・トイレトーパー等	施設	施設	施設	
9 日常的な洗濯＝施設内で洗濯	施設	施設		
10 おやつ＝施設が入所者全員に提供するもの	施設	施設		
11 健康管理＝定期健康診断	施設			
12 通院の際の交通費	施設			
13 行政代行経費＝要介護認定更新手続等	施設			
15 行事関係経費＝誕生会等施設全体で行うレクリエーションや行事等	施設	施設	施設	
16 クラブ活動等の経費＝みんなで行う活動	施設	施設	施設	
17 機能訓練等	施設	施設	施設	
18 教養娯楽経費＝共用の新聞・雑誌等、テレビ・カラオケ等共用設備	施設	施設	施設	
19 施設運営経費＝管理費、備品修理	施設	施設	施設	
20 空調経費＝冷房、暖房	施設	施設	施設	
A おむつ代			利用者	
B 理容・美容・整容・髭剃等	苑内は施設	利用者	利用者	
C 利用者の希望による日用品費	利用者	利用者	利用者	
D 利用者の希望による教養娯楽費＝原材料等の実費	利用者	利用者	利用者	
E 利用者に必要な医薬品診療材料費等	施設	利用者	利用者	
F 健康管理関係＝インフルエンザ予防接種等 利用者の希望による特別な処置＝原材料等の実費	利用者	利用者	利用者	
G 預り金の出納管理	施設			
H 利用者の嗜好等にかかる経費など＝個人的な特注食物や酒、煙草、衣類等	利用者	利用者	利用者	

重要事項説明書付属文書 ②

一介護保険制度給付対象サービス料金表一

下記料金表の基本料金及び各種加算は、利用者に1割負担していただく場合の料金を表示しています。

☆第一号通所型サービス（みなし指定通所型現行相当サービス）

【基本料金】

◇通所型現行相当サービス費
（1か月単位）

要支援1	1,647円
要支援2	3,377円

【加算】

◇運動器機能向上加算	225円/月
◇サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	72円/月（要支援1の利用者）
◇サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	48円/月（要支援1の利用者）
◇サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	24円/月（要支援1の利用者）
◇サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	144円/月（要支援2の利用者）
◇サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	96円/月（要支援2の利用者）
◇サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	48円/月（要支援2の利用者）

◇介護予防通所介護職員処遇改善加算（Ⅱ）基本料金と各種加算の合計した所定単位数の4.3%に相当する単位数

☆通所介護サービス

【基本料金】

◇通所介護費（1日単位）

通所介護費	要介護1	要介護2	要介護3
3～5時間まで	380円	436円	493円
5～7時間まで	572円	676円	780円
7～9時間まで	656円	775円	898円
通所介護費	要介護4	要介護5	
3～5時間まで	548円	605円	
5～7時間まで	884円	988円	
7～9時間まで	1,021円	1,144円	

【加算・減算】

◇入浴介助を行った場合	50円/日
◇中重度者ケア体制加算	45円/日
◇送迎を行わなかった場合	-47円/片道
◇サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	18円/回
◇サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	12円/回
◇サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	6円/回
◇介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	基本料金と各種加算の合計した所定単位数の4.3%に相当する単位数

重要事項説明書付属文書 ③

☆職員の配置状況

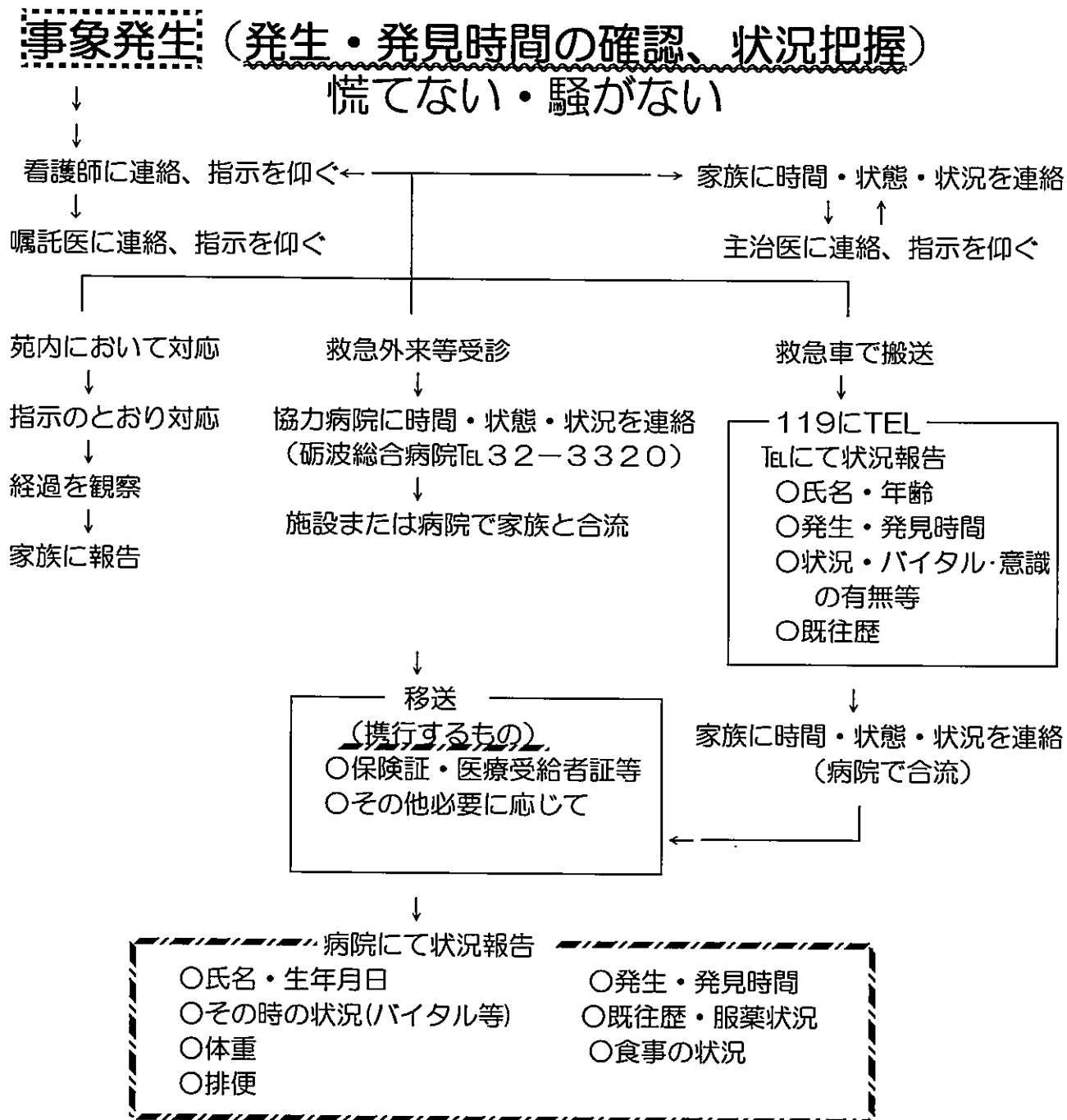
- 介護職員 …主として、利用者の日常生活上の介護並びに他の職種と共同して機能向上訓練等を行います。当事業所では30名の利用者に対して最低4名以上の介護職員を配置しています。
- 生活相談員 …利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。又、他の職種と共同して機能向上訓練等を行います。当事業所の介護支援専門員資格を有する生活相談員に通所介護計画の原案作成や、そのために必要な調査等の業務を行います。1名以上の生活相談員を配置しています。
- 看護職員 …主として、利用者の健康管理や療養上の世話、健康維持のための相談・助言を行います。又、他の職種と共同して機能向上訓練等を行います。1名の看護職員を配置しています。
- 機能訓練指導員…利用者の機能訓練を担当し、他の職種と共同して行います。看護職員1名を配置しています。
- 管理栄養士 …利用者の栄養食事相談並びに他の職種と共同して栄養改善のためのサービスを行います。管理栄養士1名を配置しています。

☆サービス利用に関する留意事項

- ◇利用者が、当事業所のサービス提供を受ける際、必要に応じて主治の医師の指導・指示内容及び日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を生活相談員等に連絡し、心身状況に応じたサービスの提供を受けてください。
- ◇機能訓練等で利用する施設内の共用の設備及び備品は、管理者及び生活相談員等の行う安全管理上の指示を遵守し使用してください。
- ◇保険給付の対象となっているサービス以外の介護用品等で、管理者及び生活相談員等が必要と認めた場合はご持参ください。
- ◇当事業所内では、他の者に対して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しないでください。

D. S利用者状態急変時対応マニュアル

救急外来受診及び救急車での対応



重要事項説明書付属文書 ⑤

個人情報保護に対する重要事項説明

社会福祉法人砺波福祉会 砺波市庄東デイサービスセンター（以下「事業所」といいます。）は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことが、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。

事業所が保有する利用者等の個人情報に関し適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ります。

記

1 個人情報の適切な取得、管理、利用及び開示

① 事業所は、個人情報の取得にあたり、利用の目的を明示したうえで、必要な範囲の情報を取得し、利用目的を通知又は公表し、その範囲内で利用します。

② 事業所は、個人情報の取得、利用及び第三者への提供にあたり、本人の同意を得ます。

2 個人情報の安全性確保の措置

① 事業所は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底するために、個人情報に関する規定類を整備し、必要な教育を継続的に行います。

② 事業所は、個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失又はき損の予防及び是正のため、事業所内において規定を整備し、安全対策に努めます。

3 個人情報の開示、訂正、更新、利用停止及び削除等への対応

事業所は、本人が自己の個人情報について、開示、訂正、更新、利用停止及び削除等の申し出がある場合には、速やかに対応します。

○個人情報相談窓口 砺波市庄東デイサービスセンター

○電話番号 0763-37-2161

○担当者 平田 尚美

4 苦情の処理

事業所は、個人情報取り扱いに関する苦情に対し、適切かつ迅速な処理に努めます。

社会福祉法人 砺波福祉会
理事長 老 健

A 個人情報提供に関する同意書

砺波市庄東デイサービスセンター管理者あて

私は、貴事業所の介護支援専門員等が、下記の要領で次の利用者に関する個人情報を
用いることに、同意いたします。

1 サービス利用者

氏名；	生年月日；明・大・昭 年 月 日生
住所；	電話番号；

2 個人情報を提供する範囲

<ul style="list-style-type: none">・介護サービス計画書に記載された内容・サービスを提供するうえで知り得た情報
--

3 個人情報を提供する目的

<ul style="list-style-type: none">・事業者が、サービスを提供するために必要な情報

4 個人情報を提供する限度

<ul style="list-style-type: none">・利用者の希望するサービスを提供するために必要な限度
--

平成 年 月 日

利用者 氏名； 印

署名代行者 氏名； 印

(続柄；)

B 個人情報利用制限申出書

砺波市庄東デイサービスセンター管理者あて

私は、貴事業所の介護支援専門員等が、下記の要領で次の利用者に関する個人情報を
用いることに、制限いたします。

1 サービス利用者

氏名；	生年月日；明・大・昭 年 月 日生
住所；	電話番号；

2 ケアマネジメント期間

契約期間；平成 年 月 日～要介護（支援）認定有効期間満了日

3 個人情報を提供する目的

（情報提供について同意しない機関の口欄に、チェックしてください。）

- ケアプランの担当機関（具体的な機関名； _____）
- 所在の市町村（市町村名； _____）
- 介護保険の保険者（保険者名； _____）
- その他（具体的な機関名； _____）

4 個人情報を提供する限度

（利用を制限する情報の具体的内容；ご本人に告知されていない病名、刑事犯罪歴、写真掲示、
広報紙、ホームページへの写真及び記事としての使用、マスコミ取材など…具体的に記載してくだ
さい。）

平成 年 月 日

利用者 氏名； 印

署名代行者 氏名； 印

（続柄； _____）