

越前市社会福祉協議会 デイサービスセンターつねひさ 重要事項説明書 (認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所)

当事業所は介護保険の指定を受けています。(越前市指定 第1890300088号)

当事業所は、ご契約者に対して指定認知症対応型通所介護サービス・指定介護予防認知症対応型通所介護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こと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・要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定・要支援認定を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) 事業者名称 社会福祉法人 越前市社会福祉協議会
(2) 所在地 〒915-0071 福井県越前市府中一丁目 11-2
(3) 電話番号等 Tel 0778(22)8500 Fax 0778(22)8866
(4) 代表者氏名 会長 藤 光真
(5) 設立年月日 平成 18 年 4 月 1 日 (法人認可：平成 18 年 4 月 1 日)
(6) 当法人が行っている他の介護保険関係業務

種類	事業所の名称	更新年月日	事業開始
訪問介護	ホームヘルプサービスセンター	R6.4.1	H18.4.1
通所介護	デイサービスセンター芦山	R6.4.1	H18.4.1
通所介護	デイサービスセンターいまだて	R6.4.1	H18.4.1
地域密着型通所介護	デイサービスセンターやふね	R4.10.1	R4.10.1
訪問入浴介護	訪問入浴サービスセンター	R6.4.1	H18.4.1
居宅介護支援	ケアマネジメントサービスセンター	R6.4.1	H18.4.1

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類
- ・ 指定認知症対応型通所介護事業所
 - ・ 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所

(2) 事業の目的

要介護者・要支援者等の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

- (3) 事業所の名称 越前市社会福祉協議会デイサービスセンターつねひさ
(4) 事業所の所在地 〒915-0842 福井県越前市常久町第 1 号 15 番地 1
(5) 電話番号等 Tel 0778(25)0550 Fax 0778(25)0551
(6) 当事業所の運営方針

前記の目的を達成するため、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- (7) 事業開始年月日 平成 20 年 5 月 23 日
(8) 利用定員 10 名

3. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業実施地域	越前市の区域
営業日	月曜から金曜
休業日	土曜・日曜・「国民の祝日に関する法律」に規定する休日・8/14・8/15・12/31・1/2・1/3
基本のサービス提供時間	午前 9 時から午後 4 時 30 分まで
諸連絡の受付時間	営業日の午前 8 時 30 分から午後 5 時まで

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供する職員として、次の職種の職員を配置し、これらの職員が交替で勤務しています。

〈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	員数	職種	員数
1.管理者	1 名	4.機能訓練指導員	1 名以上
2.生活相談員	1 名以上		
3.介護職員又は看護職員	1 名以上		

5. ご利用料金と提供するサービス

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は次のものがあります。

(1)利用料金が介護保険から給付される場合	(2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
-----------------------	--------------------------

〈サービスの利用料金(1 回につき)〉 (契約書第 6 条) ※介護保険負担割合 1 割適用場合

基本料金	ご利用時間と自己負担額				
	4 時間以上～ 5 時間未満	5 時間以上～ 6 時間未満	6 時間以上～ 7 時間未満	7 時間以上～ 8 時間未満	8 時間以上～ 9 時間未満
要支援 1	497 円	741 円	760 円	861 円	888 円
要支援 2	551 円	828 円	851 円	961 円	991 円
要介護 1	569 円	858 円	880 円	994 円	1,026 円
要介護 2	626 円	950 円	974 円	1,102 円	1,137 円
要介護 3	684 円	1,040 円	1,066 円	1,210 円	1,248 円
要介護 4	741 円	1,132 円	1,161 円	1,319 円	1,362 円
要介護 5	799 円	1,225 円	1,256 円	1,427 円	1,472 円

●下記の ※1、※2 の加算額が、上記のサービスの利用料金に加算されます。

※1	本事業所は、介護従事者の専門性を確保している事業所として、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)を受けています。そのため、基本料金に、1 回あたり 22 円が加算されます。
※2	本事業所は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を算定しています。これは、毎月算定した総額の 18.1%分の 1 割負担金が自己負担金総額に加算されます。 (介護職員の処遇改善に関する措置として、国で定められた加算率 18.1%を乗じた金額になっています。)

●下記のサービスを実施した場合、利用金額に下記金額が加算されます。

①	入浴介助を行った場合の加算額	1 日あたり 40 円
---	----------------	-------------

※介護保険負担割合が 2 割の場合は、上記利用金額の 2 倍となり、3 割の場合は、上記利用金額の 3 倍となります。

※送迎を行わない場合、片道 47 円の減算となります。

※ご契約者がまだ要介護認定・要支援認定を受けていない場合には、上記のサービス利用料

金の 10 倍の額を一端お支払いいただきます。要支援又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、居宅サービス計画・介護予防居宅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、ご契約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。

※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、ご契約者の負担額を変更します。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス (契約書第 4 条)

以下のサービスについての利用料金は、負担割合証に基づいて介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事介助

(居宅サービス計画において、食事の提供が予定されている方に限ります。但し、食事提供に要する費用は別途いただきます。)

●ご契約者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

②入 浴

●ご契約者の状況に応じ、衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助をします。

③健康チェック

●血圧測定、体重測定等、ご契約者の健康状態の把握に努めます。

④排泄介助

●ご契約者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助な援助を行います。

⑤機能訓練

●ご契約者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑥送 迎

●ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第 5 条、第 6 条)

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額(上記サービス利用料金表の 10 倍の金額)がご契約者の負担となります。

その他、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。

①食事の提供

食事の提供に要する費用に相当する額です。(1 食あたり 660 円……おやつ代も含んでいます。)

②レクリエーション活動

ご契約者の希望により、レクリエーション活動に参加していただくことができます。

その場合、レクリエーションにかかる材料費等の実費をご負担いただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供等の記録をいつでも閲覧できますが、複写物の交付については実費をご負担いただきます。(1 枚につき 10 円)

④理美容サービス

理美容サービスのご利用については、実費をいただきます。(散髪代 2,500 円、丸刈り代 2,200 円、顔剃り代 600 円)

⑤その他

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ことが適当であるものにかかる費用等を負担いただきます。

※上記のご負担をいただく場合は、事前にご契約者又はご家族等にお知らせ又は協議します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第 6 条)

前記(1)、(2)の料金は、1 箇月ごとに計算し、ご請求しますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。

① 金融機関口座からの自動引き落とし

- ・銀行、信用金庫、労働金庫、農協、郵便局等の金融機関口座から自動引き落としとします。
- ・毎月 27 日(金融機関が休日の場合は翌営業日)に引き落とされ、手数料などのご負担は一切ありません。
- ・ご契約者の家族等の口座指定もできます。

② 直接支払い

- ・事業所窓口、係員に直接お支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条)

- ★利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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までに事業所に申し出てください。
- ★サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況等によりご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提示して協議します。

6. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご契約者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご契約者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、ご契約者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ①虐待防止に関する責任者を選定しています。

●虐待防止に関する責任者 課長 石本 恭子

- ②虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図ります。

- ③従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

- ④虐待防止のための指針を整備しています。

8. 身体拘束について

事業者は、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

- ①やむを得ず身体拘束等を行う場合、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等を記録します。

- ②身体拘束適正化検討委員会を定期的に開催します。

- ③従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を実施します。

- ④身体拘束の適正化のための指針を整備しています。

9. 業務継続計画について（自然災害発生時・感染症発生時）

事業者は、複数の施設・事業所を持つ法人であるので、法人本部として業務継続計画を策定し、被災時に限られた資源を有効に活用するため、法人本部と施設・事業所間の物資や職員派遣等の支援体制が連動できる計画を実施します。

- ① 従業者に対し、必要な研修及び訓練を実施しています。

- ② 必要に応じて業務継続計画の変更を行いません。

10. 衛生管理について

事業者は、複数の施設・事業所を持つ法人であるので、法人本部として業務継続計画を策定し、被災時に限られた資源を有効に活用するため、法人本部と施設・事業所間の物資や職員派遣等の支援体制が連動できる計画を実施します。

- ① 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を開催し、その結果について、従事者に周知徹底を図ります。

- ② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。

- ③ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施しています。

11. ハラスメントの防止

事業者は、ハラスメントの防止及び排除のための措置並びにハラスメントに起因する問題が生じた場合に適切に対応するための措置を講ずるものとします。

12, 苦情の受付について (契約書第 20 条)

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は次の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 当事業所の窓口
●苦情受付担当 職 名 課長 石本 恭子
●苦情解決責任者 職 名 部長 勇 一恵
●苦情受付電話・ファクシミリ番号 Tel 0778(25)0550 Fax 0778(25)0551

(2) 行政機関その他苦情受付機関

越前市役所 長寿福祉課	〒915-0071 越前市府中 1 丁目 13-7 Tel 0778(22)3715 Fax 0778(22)3257
福井県国民健康保険団体連合会	〒910-0843 福井市西開発 4 丁目 202-1 Tel 0776(57)1614 Fax 0776(57)1615
福井県社会福祉協議会	〒910-8516 福井市光陽 2 丁目 3-22 Tel 0776(24)2339 Fax 0776(24)8941

13. 第三者評価の実施状況

第三者評価は実施していません。介護相談員等の意見を取り入れサービスの改善に努めています。

令和 年 月 日

指定認知症対応型通所介護サービス・指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

越前市社会福祉協議会デイサービスセンターつねひさ

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、指定認知症対応型通所介護サービス・指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

氏 名 印

※ 契約者が代理人を選任した場合

(代理人氏名) 印

(契約者との関係)

この重要事項説明書は、【「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 18 年厚生労働省令第 34 号)」第 61 条により準用する第 9 条】【「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成 18 年厚生労働省令第 36 号)第 11 条】の規程に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。