

越前市社会福祉協議会 デイサービスセンターいまだて 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。(福井県指定 第1870300504号)

当事業所は、ご契約者に対して指定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」「事業対象者」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) 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
当法人では、次の事業もあわせて実施しています。

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
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
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

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
(2) 事業の目的
要介護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いまだて
(4) 事業所の所在地 〒915-0221 福井県越前市杉尾町第 1 号 27 番地 1
(5) 電話番号等 Tel 0778(43)1212 Fax 0778(42)0062
(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 18 年 4 月 1 日
(8) 利用定員 45 名 (通常規模型通所介護)

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	月曜から土曜
休日	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
営業時間	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、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護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	職種	員数	職種	員数
* 職員の配置については、指定基準を遵守しています。	1.管理者	1名	2.生活相談員	1名以上
	3.看護職員	1名以上	4.介護職員	7名以上
	5.機能訓練指導員	1名以上		

5. 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 |
|---|

(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。

★加算対象サービスについては利用者ごとの選択制になります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

<サービスの概要>

- ①食 事（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、食事の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 ●入浴又は清拭を行います。寝たきりや車椅子をご利用の方でも、機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ③排 泄 ●ご契約者の排泄の介助を行います。
- ④送 迎 ●ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
●遅くとも午前10時までに当事業所に到着するようにお迎えに行きます。
●ご契約者のお迎え等の時刻は、調整の上別途お知らせします。
- ⑤機能訓練 I ●機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し、日常生活を送るの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。

<サービスの利用料金(1回あたり)>（契約書第6条）※介護保険負担割合1割適用の場合

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
要介護1	388円	570円	584円	658円	669円
要介護2	444円	673円	689円	777円	791円
要介護3	502円	777円	796円	900円	915円
要介護4	560円	880円	901円	1,023円	1,041円
要介護5	617円	984円	1,008円	1,148円	1,168円

●下記の ※1、※2 の加算額が、サービスの利用金額に加算されます。

※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(Ⅲ)を受けています。そのため、基本料金に1回あたり6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（Ⅱロ）を算定しています。これは、毎月算定した総額の 11.8%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
②	個別機能訓練Ⅰロを行った場合の加算額	76 円 / 日（訓練実施毎）

●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。

●当該事業所がご契約者様の送迎を行わない場合、片道 47 円の減算となります。

●中山間地域（越前市外）に居住する方へのサービス提供は、利用料金に 5%加算されます。

●ご契約者がまだ要介護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。

(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 760 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。

材料費等の実費をいただくことがあります。

③ 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。

④ 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。

●これら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

前記(1)、(2)の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、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できます。
・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、通所介護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、事業所の稼働状況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ご契約者に提示して協議します。

6. 事故発生時および緊急時の対応方法

(1) 事故発生時の対応方

当事業所がご契約者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかにご

契約者のご家族・市町等にご連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所がご契約者に対して行ったサービスの提携により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

(2) 利用者の病状の急変等の緊急時の対応

サービスの提供中に、ご契約者の体調変化時や病状の急変等の緊急時には、ご契約者の主治医へ連絡し、必要な措置を速やかに講じます。また、ご契約者のご家族にも速やかに連絡させていただきます。

病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することもあります。

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 管理者 谷口 多美

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 谷口 多美
- 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(43)1212 Fax 0778(42)0062

(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
福井県運営適正化委員会	〒910-8516 福井市光陽2丁目3-22 Tel 0776(24)2347 Fax 0776(24)8942

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

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面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いまだて

説明者職名

氏 名

㊞

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

氏 名

㊞

〔 ※契約者が代理人を選任した場合
(代理人氏名) ㊞
(契約者との関係) 〕

※ この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規定に基づき、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。