

指定通所介護・第一号通所事業重要事項説明書

社会福祉法人山県市社会福祉協議会

山県市社協デイサービスセンターふれあいは介護保険
の指定を受けています。
(岐阜県指定 第2170800268号)

当事業所は契約者に対して指定通所介護、指定予防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「要介護・要支援」と認定された方、基本チェックリストで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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 個人情報使用（契約書第10条参照）	6
7. 損害賠償について	7
8. 身体拘束について（契約書第20条参照）	7
9. 苦情の受付について（契約書第22条参照）	8
10. 事故発生時の対応	8
11. 説明署名欄	9

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 山県市社会福祉協議会 |
| (2) 法人所在地 | 岐阜県山県市東深瀬696番地1 |
| (3) 電話番号 | 0581-23-1211 |
| (4) 代表者氏名 | 会長 宇野 邦朗 |
| (5) 設立年月 | 平成15年4月1日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所 平成15年4月1日
指定 岐阜県第2170800268号
- (2) 事業所の目的 契約者が可能な限りその居宅において、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ことを目的とする。
- (3) 事業所の名称 山縣市社協デイサービスセンター ふれあい
- (4) 事業所の所在地 山縣市高木933番地
- (5) 電話番号 0581-23-2030
- (6) 事業所長（管理者）氏名 山田 竜也
- (7) 当事業所の運営方針 ご契約者の事情や意向を考慮し、また、ご契約者との関わりを大切にしながら自立支援を行う。
- (8) 開設年月 平成15年4月1日
- (9) 利用定員 30人
- (10) 事業所が行っている他の事業所
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
[第一号通所介護事業] 平成28年4月1日指定
[山縣市社協基準該当障害福祉サービス事業 平成19年4月1日認定
登録 2140800026号]

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 山縣市高富・伊自良・美山地域の一部（岩佐・中洞・船越・出戸地区）
岐阜市の一部（三輪、岩野田、長良、常盤、方県地区とする）
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 (年末31日年始3日までの4日間を除く)
受付時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前9時10分～午後4時20分

4. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定通所介護・第一号通所事業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	指定基準
1. 事業所長（管理者、機能訓練指導員、他職種と兼務）	1名
2. 生活相談員（他職種と兼務）	3名以上
3. 介護職員（他職種と兼務）	3名以上

4. 看護職員（他職種と兼務）	1名以上
5. 機能訓練指導員（管理者または看護職員と兼務）	1名以上

※職員の配置は、第一号通所事業、山口市基準該当障害福祉サービス事業の職員と兼務になります。

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 午前8時30分～午後5時30分
2. 看護職員	勤務時間 午前8時30分～午後5時00分

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、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、利用料金が介護保険から給付される場合と、利用料金の全額を契約者に負担いただく場合があります。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割または8割）が介護保険から給付されます。当事業所では下記のサービスを利用された場合は、いずれも1割～3割負担が加算されます。（2割負担の方は下記金額の2倍の金額、3割負担の方は下記金額の3倍の金額）

①入浴介助加算

※職員の介助等により一般浴槽、特別浴槽にて入浴することができます。

入浴介助加算Ⅰ 40円／回（要介護）Ⅱ 55円／回（要介護）

※入浴は、契約者や家族がご希望されても、体温・血圧等の値が規定値以外の場合はお断りすることもあります。（入浴中止→体温37度以上、収縮期血圧160mmHg以上及び90mmHg以下、拡張期血圧100mmHg以上）ただし、平常の体温、血圧が高い方、低い方は主治医の先生に指示書をいただいてご相談下さい。（要介護、第一号通所事業共通）

②個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（要介護）56円／回
（Ⅰ）ロ（Ⅱ）76円／回
（Ⅱ）（Ⅱ）20円／月

③科学的介護推進体制加算 40円／月

④サービス提供体制強化加算Ⅱ

※当事業所では、介護福祉士資格を保有した職員が全体の50%以上を満たしておりますので、下記の金額が加算されます。

18円／回（要介護）・72円／月（事業対象者・要支援1）・144円／月（要支援2）

⑤中重度者ケア体制加算

※当事業所では要介護3以上の方の割合が全体の30%を満たしておりますので、以下の金額が加算されます。

45円／回（要介護）

⑥若年性認知症加算 60円／回（対象の方のみ）

⑦介護職員処遇改善加算Ⅰ 国の基準による加算率

⑧介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 国の基準による加算率

⑨介護職員ベースアップ等支援加算

＜サービスの概要＞

①食事の介助(ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。)

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立により、栄養並びに契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ 契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。
- ・ 食事時間 11時30 ～ 午後12時00分頃

②服薬支援

- ・ 服薬が必要な方には、処方箋の内容を厳守し処方箋に基づき服薬支援を行います。

※ 服薬の必要な方は必ず医師から出されている処方箋を提出して下さい。なお、デイ利用中に服薬が変わった場合や服薬の増減があった場合も必ず処方箋を提出して下さい。

※ 処方箋のない場合は、服薬支援ができない場合もありますのでご了承下さい。

③排泄介助

- ・ 契約者の排泄の介助を行います。

④アクティビティ等

- ・ 口腔清潔、嚥下機能の向上を図るためのサービス、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ぐために運動機能を含んだレクリエーション、認知症防止のための学習などを行います。

⑤送迎サービス

- 契約者の希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

- ・ 実施地域内 無料

- ・ 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道5km以上 850円+ガソリン代相当(1km12円)

*お迎えの際、体温が37度以上ある場合は、ご利用をお断りする場合があります。

＜施設利用にあたっての遵守事項＞

- 1 利用者は、事業所内において政治活動又は宗教活動を行ってはならない。
- 2 利用者は、事業所に危険物を持ち込んではならない。
- 3 利用者は、他の利用者や職員に対してハラスメントを行ってはならない。
- 4 施設の敷地内で喫煙をしてはならない。
- 5 利用者の所持金その他貴重品は利用者自ら管理しなければならない。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、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（1割～3割の自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。）

☆共通サービス（7時間以上8時間未満）

※1割の場合（2割の方はこの2倍の金額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用に係る自己負担額	658 円	777 円	900 円	1,023 円	1,148 円
	事業対象者	要支援1	要支援2		
サービス利用に係る自己負担額（月額）	1,798 円		3,621 円		
サービス利用に係る自己負担額（回数）	436 円		447 円		

☆ 基本は月額報酬ですが、「月途中から新規利用する場合」や「入院・入所・転入・転居・死亡等で予定どおり回数が見込まれない場合」は回数で算定します。

☆ 契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。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）。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。

☆ 契約者に提供する食事代に係る費用は別途いただきます。（下記（3）①参照）

☆ 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、契約者の負担額を変更します。

（3）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食事代

契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：昼食 1食あたり600円（おやつ・コーヒーお茶等を含む）

②レクリエーション、行事等

契約者の希望によりレクリエーションや作品作り、行事に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、サービス提供記録及びその他の複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

④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契約者の日常生活に要する費用で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を負担いただきます。

おむつ代等 実費又は現物を返還ください。

紙オムツ 80円 紙パンツ 50円 尿パット 小20円 大40円 その他 実費

⑤洗濯サービス

独居または夫婦のみで洗濯が難しい状況にある場合、デイサービスにて衣服の洗濯・乾燥サービスを行います。

1日につき100円（洗濯ネットをご用意ください。）

⑥時間外滞在サービス（家族送迎）（要介護）

対象 8時00分～ 9時00分まで （ 8時30分以前 30分ごと 500円）

16時20分～18時00分まで （17時00分以降 30分ごとに500円）

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

（4）利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、請求します。

翌月27日に金融機関の口座より自動引き落としさせていただきます。尚、自動引き落としのご都合の悪い方は、現金の取り扱いもさせていただきます。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

（5）利用日の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- 利用予定日の前に、契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、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の実施日の前日までに事業者申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	500円

※第一号通所事業の契約者はキャンセル料金を徴収しません

- 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。

（6）事業者は、災害発生時、感染症の拡大・停電などサービスの提供に支障を来す場合、本人・ご家族の希望において、法人内の別の通所介護事業所ほほえみ、ふれあいを一時的に利用できるものとする。ただし、受け入れ先の定員により可能な範囲とする。

6. 個人情報使用(契約書第10条参照)

(1) 事業者は、サービス担当学会等において、個人情報の提供は必要最小限度とし、関係者以外の者へは漏らしません。

(2) 個人情報の取り扱いについて

契約者からお預かりしたご契約者及びご家族等の個人情報（住所、氏名、電話番号、生年月日等、特定の個人を識別できる情報）は、プライバシーポリシーに基づき、厳密に管理・運用いたします。

個人情報に関するご質問、お問い合わせは、下記窓口までご連絡ください。

<個人情報に関する窓口>

電話番号：0581－23－1211

ファックス：0581－23－1235

e-mail：ref@y-shakyo.or.jp

社会福祉法人山県市社会福祉協議会

7. 損害賠償責任について

(1) 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について当事業所が加入する保険の範囲内において賠償する責任を負います。第10条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、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、損害賠償額を減じることができるものとします。

(2) 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

〈損害賠償がなされない場合〉

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- (1) 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- (2) 契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- (3) 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- (4) 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

〈事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能〉

事業者は、本契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、契約者に対して既に実施したサービスを除いて、所定のサービス利用料金の支払いを請求することはできないものとします。

8. 身体拘束の禁止（契約書第20条）

当事業所はサービスの提供にあたり、当該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を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を行わないものとします。

当事業所は、身体的拘束等を行う場合には、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その他必要な事項を記録します。

下記の事由の場合はやむを得ず身体拘束を行うことがあります。

(1) 切迫性がある場合

契約者本人又は、他のご契約者等の生命や身体が危険にさらされている可能性が、著しく高い状態

(2) 代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する支援方法がない場合

(3) 一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合

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相談は以下の受付窓口を設置しています。

デイサービスセンター ふれあい	所在地 山県市高木 9 3 3 番地 電話番号 0 5 8 1 - 2 3 - 2 0 3 0 F A X 0 5 8 1 - 2 3 - 2 0 3 1 担当者 [職氏名] 責任者 山田 竜也 受付時間 平日 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分
山県市社会福祉協議会 事務局	所在地 山県市東深瀬 6 9 6 番地 1 電話番号 0 5 8 1 - 2 3 - 1 2 1 1 F A X 0 5 8 1 - 2 3 - 1 2 3 5 担当者 [職氏名] 事務局長 市 原 修 二 受付時間 平日 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

山県市役所・健康介護課	所在地 山県市高木 1 0 0 0 番地 1 電話番号 0 5 8 1 - 2 2 - 6 8 3 8 F A X 0 5 8 1 - 2 2 - 6 8 4 1 受付時間 平日 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分
岐阜市役所 ・福祉部・介護保険課	所在地 岐阜市司町 4 0 番地 電話番号 0 5 8 - 2 1 4 - 2 0 9 3 F A X 0 5 8 - 2 6 7 - 6 0 1 5 受付時間 平日 午前 8 時 4 5 分～午後 5 時 3 0 分
岐阜県国民健康保険団体 連合会	所在地 岐阜市下奈良 2 丁目 2 番 1 号 電話番号 0 5 8 - 2 7 5 - 9 8 2 6 (介護保険課) F A X 0 5 8 - 2 7 3 - 9 3 0 1 受付時間 平日 午前 9 時～午後 5 時

10. 事故発生時の対応について

- (1) 当事業所は、契約書に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに契約者の家族、居宅介護支援事業者、関係者及び関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所は、事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 当事業所は、契約者に対するサービス提供により発生した事故等により契約者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、社会福祉協議会が加入している損害保険の範囲内においてその損害を賠償します。ただし、当事業所の故意または、過失によらない場合は、この限りではありません。

令和 年 月 日

指定通所介護、第一号通所事業の提供の開始に際し、上記の本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

山県市社協デイサービスセンター ふれあい

説明者氏名 _____ ⑩

私は、本書面に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、第一号通所事業の提供開始に同意しました。

契約者住所 _____
(利用者)

氏名 _____ ⑩

代筆者住所 _____
(代理人)

氏名 _____ ⑩
(利用者との関係)

※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。