

# デイサービスセンターゆうわ苑 重要事項説明書

地域密着型通所介護事業・第一号通所事業(通所介護相当サービス)の

サービスの提供に関し、説明すべき重要事項は次の通りです。

## 1 事業者

|          |                                  |
|----------|----------------------------------|
| 法人名      | 社会福祉法人 五常会                       |
| 代表者氏名    | 理事長 土屋 大二郎                       |
| 法人所在地    | 岐阜県中津川市瀬戸1387番地の8                |
| 電話番号・FAX | 電話 0573-65-3141 FAX 0573-65-5178 |

## 2 事業所の概要

### (1)事業所の所在地等

|              |   |      |     |
|--------------|---|------|-----|
| 事業所の名称       | 中津川市デイサービスセンターゆうわ苑                              |      |     |
| 介護保険指定事業者番号  | 岐阜県指定 (指定事業者番号2171500131)                       |      |     |
| 所在地          | 〒508-0001 岐阜県中津川市中津川3367-1                      |      |     |
| 連絡先<br>相談担当者 | 電話 0573-66-7667 FAX 0573-66-7656<br>相談担当者：生活相談員 |      |     |
| 事業の実施地域      | 岐阜県中津川市内  | 利用定員 | 18名 |

### (2)事業の目的および運営方針

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。      |
| 運営方針  | ケアプランに沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練(日常生活訓練)その他必要な介護等を行います。 |

### (3)事業所窓口の営業日及び営業時間

|     |                 |      |            |
|-----|-----------------|------|------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 年末年始休除く | 営業時間 | 8:30～17:30 |
|-----|-----------------|------|------------|

### (4)事業所の職員体制 (勤務時間8:30～17:30)

| 職種          | 勤務体制                | 職員数 | 職務内容                        |
|-------------|---------------------|-----|-----------------------------|
| 管理者         | 常勤1名                | 1名  | 管理・監督、センター業務の統括             |
| 生活相談員       | 常勤1名以上              | 3名  | 利用申込に係る調整、通所介護計画の作成、相談・援助業務 |
| 介護職員        | 常勤1名以上              | 6名  | 日常生活上の介護、その他必要な業務           |
| 看護職員        | 常勤1名以上              | 2名  | 日常生活上の健康管理、介護、その他必要な業務      |
| 機能訓練<br>指導員 | 常勤1名以上<br>(看護職員と兼務) | 2名  | 心身機能の低下の防止及び維持回復を図る為の訓練の実施  |

## 3 提供するサービスの内容と利用料金について

### (1)サービスの内容

| 種類     | 内容  |
|--------|---|
| 食事     | <ul style="list-style-type: none"><li>栄養士管理による、利用者様に適した食事を提供します。</li><li>身体状況に配慮し、必要に応じて介助を行ないます。</li></ul> |
| 入浴     | <ul style="list-style-type: none"><li>入浴又は清拭を行ないます。</li><li>車椅子利用の方等は、特殊浴槽での入浴が可能です。</li></ul>              |
| 排泄     | <ul style="list-style-type: none"><li>利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行なうと共に、排泄の自立支援についても適切な援助を行ないます。</li></ul>          |
| 健康チェック | <ul style="list-style-type: none"><li>血圧測定等利用者の全身状態の把握を行ないます。</li></ul>                                     |
| 生活支援   | <ul style="list-style-type: none"><li>利用者の生活面での支援・援助を行ないます。</li></ul>                                       |

|            |  |
|------------|--|
|            | <ul style="list-style-type: none"> <li>各種レクリエーションを実施します。</li> </ul>  |
| 機能訓練       | <ul style="list-style-type: none"> <li>ご利用者様の能力に応じて、機能低下予防体操や集団的に行うレクリエーションなど、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止する支援・援助を行ないます。</li> </ul>  |
| 通所介護計画書の作成 | <ul style="list-style-type: none"> <li>居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、ご利用者様の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。</li> <li>通所介護計画の作成に当たっては、その内容についてご利用者様又はその家族に対して説明し、ご利用者様の同意を得ます。</li> <li>通所介護計画の内容について、ご利用者様の同意を得た時は、通所介護計画書を交付します</li> <li>通所介護計画に従ったサービスの実施状況と目標の達成状況の記録を行います。</li> </ul> |
| 相談及び援助     | <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者やその家族からのご相談に応じます。</li> </ul>   |
| 送迎         | <ul style="list-style-type: none"> <li>ご自宅から施設までの送迎を行ないます。</li> </ul>  |

## (2) サービスの利用料金

### ◇ 地域密着型通所介護

(負担額は介護保険負担割合証に記載してある「利用者負担の割合」の額)

| 基本料金               |   |                                   |         |         |         |
|--------------------|---|-----------------------------------|---------|---------|---------|
| 所要時間               | 要介護1  | 要介護2                              | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5    |
| 2～3時間              | 2,912円  | 3,346円                            | 3,780円  | 4,200円  | 4,641円  |
| 3～4時間              | 4,160円  | 4,780円                            | 5,400円  | 6,000円  | 6,630円  |
| 4～5時間              | 4,360円  | 5,010円                            | 5,660円  | 6,290円  | 6,950円  |
| 5～6時間              | 6,570円  | 7,760円                            | 8,960円  | 10,130円 | 11,340円 |
| 6～7時間              | 6,780円  | 8,010円                            | 9,250円  | 10,490円 | 11,720円 |
| ※7～8時間             | 7,530円  | 8,900円                            | 10,320円 | 11,720円 | 13,120円 |
| 8～9時間              | 7,830円  | 9,250円                            | 10,720円 | 12,200円 | 13,650円 |
| 通常利用の場合<br>「7～8時間」 | <ul style="list-style-type: none"> <li>センターの送迎を往復利用する場合(道路状況や交通渋滞、天候や送迎経路、乗車順などによって発生する多少の遅延や短縮も含まれます。)</li> <li>プランの変更なく途中でサービス終了した場合</li> </ul> |                                   |         |         |         |
| その他<br>「在苑時間」      | <ul style="list-style-type: none"> <li>家族送迎にて利用した場合は実在苑時間</li> <li>センターの都合(配車ミス、送迎車不足)等によって送迎時間が遅延し、在館時間が極端に短くなった場合。</li> </ul>                   |                                   |         |         |         |
| 入浴介助加算Ⅰ            | 400円/日  | (自宅での入浴を想定しない入浴支援)                |         |         |         |
| 中重度者ケア体制加算         | 450円/日  | (要介護3以上のご利用者様が3割以上利用)             |         |         |         |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ        | 100円/月  | (理学療法士と連携し計画に基づいた機能訓練を実施)         |         |         |         |
| 個別機能訓練加算Ⅰイ         | 560円/日  | 計画に基づいた機能訓練を機能訓練指導員が実施            |         |         |         |
| 認知症加算              | 600円/日  | (認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上対象)             |         |         |         |
| 科学的介護推進体制加算        | 400円/月  | (心身機能向上の為の基本的な情報の提供と活用)           |         |         |         |
| 感染症災害3%加算          | 利用単位の3%   | 感染症対策・災害対策の充実 利用5%以上減の場合          |         |         |         |
| サービス提供<br>体制強化加算Ⅰ  | 220円/日  | (介護福祉士70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上) |         |         |         |
| サービス提供<br>体制強化加算Ⅱ  | 180円/日  | (介護福祉士50%以上)                      |         |         |         |

◇ 第一号通所介護(通所介護相当サービス) (負担額は介護保険負担割合証に記載してある「利用者負担の割合」の額)

| 1ヵ月あたりの利用料金   |         |         |                                   |
|---------------|---------|---------|-----------------------------------|
|               | 要支援1    | 要支援2    |                                   |
| 基本料金          | 17,980円 | 36,210円 |                                   |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 880円    | 1,760円  | (介護福祉士70%以上又は勤務10年以上の介護福祉士が25%以上) |
| 科学的介護推進体制加算   | 400円/月  |         | (心身機能向上の為の基本的な情報の提供と活用)           |

◇ 地域密着型通所介護・第一号通所介護 共通の加算

|              |                 |
|--------------|-----------------|
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 1ヵ月の利用総単位数×9.2% |
|--------------|-----------------|

#### 4 その他の費用について

|                  |   |   |  |
|------------------|---|---|--|
| 食費               | 720円 (食事提供者に加算し全額自己負担)<br>※経管栄養食などを持参される方につきましては、食事料金は必要ありません。<br>※利用中に食べたくない等本人の意思や、予定外の都合によって食事時間前に帰宅される場合などは、食事料金が必要となります。 |   |  |
| 消耗品代<br>(全額自己負担) | 大ガーゼ 100円<br>中フィルム 120円<br>小フィルム 100円<br>カテリーパット 50円  | リハビリパンツ 150円<br>尿とりパット 50円<br>紙オムツ 100円<br>その他発生した費用の全額 |  |
| その他              | 洗濯預かりサービス 350円 苑で洗濯保管いたします<br>一部のレクリエーションや、特別な外出行事等に参加される方の参加費につきましては、全額自己負担となります。<br>(事前にご案内させて頂き、同意参加された利用者・ご家族対象)          |   |  |

#### 5 キャンセル料について

都合により利用をキャンセルする場合、キャンセルの通知時間によりキャンセル料を請求させていただきます。

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| 当日の午前8時30分までにご連絡いただいた場合 | キャンセル料は不要です |
| 当日の午前8時30分までにご連絡がなかった場合 | 1,000円      |

※利用者様のご都合によりサービス提供時間の変更の場合は、サービス提供表別表の通り請求させていただきます。

#### 6 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

|                  |   |
|------------------|---|
| ① 利用料、その他の費用の請求  | ア 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。<br>イ 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までに、利用者様に宛てお届けします。   |
| ② 利用料、その他の費用の支払い | ア 原則として利用月の翌月末までに利用者指定口座からの自動振替の方法によりお支払い下さい。<br>※現金支払い(利用開始時等やむを得ない場合)<br>イ お支払いの確認が取れましたら領収書をお渡しします。医療費控除の対象に該当する場合がありますので、保管をお願いします。 |

※利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、支払いの催告から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約し未払い分をお支払い下さい。

#### 7 秘密の保持と個人情報の保護について

|                          |  |
|--------------------------|--|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ・ 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約者本人様のご存命の限り継続します。 |
| ②                        | ・ 事業者は、個人情報の保護に十分な配慮をいたしますが、利用目  |

|             |  |
|-------------|--|
| 個人情報の保護について | <p>的の向上のため、利用者及び利用者家族の必要最小限の個人情報について、サービス担当者会議等において使用すること、また利用及び心身状況について、他の居宅介護支援事業者及び医療機関等に、適切な介護や診療を受ける為に、利用者又は利用者の家族の個人情報を提供することに同意をお願い致します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</li> </ul> |
|-------------|--|

## 8 サービス提供に関する相談、苦情について

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 【事業者の窓口】<br>デイサービスセンターゆうわ苑   | 所在地 中津川市中津川 3367-1 担当者:生活相談員<br>電話 0573-66-7667 FAX 0573-66-7656 |
| 【法人の窓口】<br>社会福祉法人 五常会        | 所在地 中津川市瀬戸 1387番地の8<br>電話 0573-65-3141 FAX 0573-65-5178          |
| 【市町村の窓口】<br>中津川市高齢福祉課        | 所在地 中津川市かやの木町 2-5<br>電話 0573-66-1111                             |
| 【公共団体の窓口】<br>国保連合会介護保険苦情相談窓口 | 所在地 岐阜市下奈良 2-2-1 岐阜県福祉・農業会館内<br>電話 058-275-9826 FAX 058-275-7635 |

## 9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に病状の急変などの緊急の事態が発生した場合、連絡帳最終ページの「覚え書き」を参照し、利用者の主治医にご連絡するとともに、関係各位に連絡します。

## 10 事故発生時及び非常災害時の対策

|             |  |
|-------------|--|
| 事故発生時の対策    | 事業者はサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族に連絡を行なうとともに、応急処置や医療機関への搬送等の必要な措置を講じます。            |
| BCP「事業継続計画」 | BCPを作成し、災害時はそれに基づいた対応を取ります。  |
| 損害賠償        | サービスを提供する上で事業者の責に帰すべき事由により利用者に損害を与えた場合には、事業者が加入する「社会福祉施設賠償責任保険」により、誠意を持って対応するものとします。 |
| 非常時の対策      | 別途定める消防計画書により、対応いたします。   |
| 平常時の訓練      | 年1回以上の避難訓練を行ないます。  |
| 防災設備        | 誘導灯…あり ガス漏れ報知器…あり 自動火災報知機…あり<br>(カーテン等は防災性能のあるものを使用しております。)                          |

## 11 高齢者虐待防止について

高齢者虐待防止についての指針を作成し、高齢者虐待防止責任者を配置しています。

## 12 重要事項説明の年月日

|                 |            |
|-----------------|------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 年 月 日現在 |
|-----------------|------------|

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定に基づき、説明を行いました。

|     |      |                   |       |      |
|-----|------|-------------------|-------|------|
| 事業者 | 所在地  | 岐阜県中津川市中津川 3367-1 |       |      |
|     | 事業所名 | デイサービスセンターゆうわ苑    |       |      |
|     | 管理者  | 所長 宮原修一           | 説明者氏名 | 宮原修一 |

上記内容の説明を事業者から受け、内容について同意しました。

|     |    |      |
|-----|----|------|
| 利用者 | 住所 | 中津川市 |
|     | 氏名 |      |

|       |    |      |
|-------|----|------|
| 家族代表者 | 住所 | 中津川市 |
|       | 氏名 |      |