

小牧市社会福祉協議会 ふれあいデイサービスセンター（高齢者）

「指定通所介護・指定介護予防通所型サービス・指定健康維持通所型サービス」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

（愛知県指定 第 2373800156 号）

（小牧市指定 第 2373800156 号）

（小牧市指定 第 23A3800035 号）

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいいただきたいことを説明するものです。

※本事業所では、ご契約者に対して介護保険法に基づく指定通所介護・指定介護予防通所型サービス・指定健康維持通所型サービスを提供します。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、及び「事業対象者」が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況	4
4. サービス利用に関する留意事項	5
5. 苦情の受付について	6
6. 重要事項説明書付属文書	11

1. 事業者

法 人 名	社会福祉法人 小牧市社会福祉協議会
設立年月日	昭和46年9月3日
代 表 者	会長 吉田 友仁
所 在 地	小牧市小牧五丁目407番地 小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内
電 話	(0568) 77-0123
F A X	(0568) 75-2666
定款に定めた 主な事業	①社会福祉を目的とする事業の企画及び実施 ②社会福祉に関する活動への住民の参加のための援助 ③社会福祉を目的とする事業に関する調査、普及、宣伝、連絡、調整及び助成 ④保健医療、教育その他の社会福祉と関連する事業との連絡 ⑤共同募金事業への協力 ⑥ボランティア活動の振興 ⑦生活福祉資金、くらし資金、援護資金貸付事業 ⑧介護保険事業（居宅介護支援、訪問介護、通所介護）の経営
介護保険関係 の事業所	【居宅介護支援事業】 ◆指定居宅介護支援事業所（小牧市指定 2373800024 号）
	【訪問介護】 ◆ふれあいヘルパーステーション（愛知県指定 2373800149 号）
	【介護予防訪問型サービス】 ◆ふれあいヘルパーステーション（小牧市指定 2373800149 号）
	【生活支援訪問型サービス】 ◆ふれあいヘルパーステーション（小牧市指定 23A3800027 号）
	【通所介護】 ◆岩崎デイサービスセンター（愛知県指定 2373800164 号）
	【介護予防通所型サービス】 ◆岩崎デイサービスセンター（小牧市指定 2373800164 号）
	【健康維持通所型サービス】 ◆岩崎デイサービスセンター（小牧市指定 23A3800043 号）

2. 事業所の概要

(1) 事業所

事業所名	小牧市社会福祉協議会 ふれあいデイサービスセンター
所在地	小牧市小牧五丁目407番地 小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内
電話	(0568) 75—5938
FAX	(0568) 77—0127
介護保険指定番号	・通所介護 (愛知県指定 2373800156 号・平成 11 年 12 月 28 日指定) ・介護予防通所型サービス (小牧市指定 2373800156 号) ・健康維持通所型サービス (小牧市指定 23A3800035 号)
サービス実施地域	小牧市内

(2) 事業の目的

<基本理念>

当事業所は、地域住民の公的な福祉協議体として永年にわたり、地域福祉活動、在宅福祉活動に取り組んでまいりました。介護保険制度においてもその姿勢を変えることなく、あくまでもご利用者やご家族が住み慣れたこの小牧のまちで安心して暮らしていただけることを願って、最善の努力をしてまいりたいと存じます。

<運営の三原則>

- ①地域の公的な社会福祉法人として、**公正中立を原則**として、営利にとらわれない事業運営に取り組めます。
- ②住み慣れた地域で快適に生活していただくために、**ご利用者本位を原則**としてサービス提供に取り組めます。
- ③常に専門的な知識と技術の向上を図るとともに、広く新しい情報の収集に努め、**質の高いサービス提供**に取り組めます。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時45分

※利用時間は、7時間以上8時間未満となります。(通所介護のみ)

介護予防通所型サービス・健康維持通所型サービスの場合は、短縮となる場合があります。

(4) 休業日

休業日	日曜日、12/30～1/3
-----	---------------

(5) 利用定員

利用定員（通所介護・介護予防通所型サービス）	35人
利用定員（健康維持通所型サービス）	5人

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護、介護予防通所型サービス、及び健康維持通所型サービス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。

(1) 事業所の職員体制

職 種	指定基準	配置人員	業務内容
1. 管理者	1名 (1名)	1名 (1名)	・事業所の運営管理
2. 生活相談員	1名	1名 以上	・ご利用者のサービス利用に関わる相談や個別援助計画の作成、関係機関との調整を行います。
3. 看護職員	1名	1名 以上	・利用時の健康チェックをはじめ、ご利用者の健康に関することと、個別機能訓練を行います。
4. 介護職員	5名 (1名)	5名 以上 (1名)	・ご利用者の心身の状況を把握し、適切な介助を行います。
5. 機能訓練指導員 (作業療法士含む)	1名	1名 以上	・心身の状況に応じて、日常生活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行います。 ・運動器機能向上（要支援者）などの内容を検討し、活動項目を作ります。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週5時間勤務の介護職員が8名いる場合、常勤換算では、1名（5時間×8名÷40時間＝1名）となります。

※事業所の職員体制の表のカッコ内の人数は、健康維持通所型サービスにおける人数です。また、配置人員は兼務となります。

4. サービス利用に関する留意事項

(1) サービス利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、デイ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利用の当日午前8時30分までに事業者に出し出してください。
- 上記までに利用中止の申し出がない場合、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、ご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。

利用予定日の午前8時30分までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の午前8時30分までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

事業者は、サービスの利用の変更・追加があった場合には、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

*事業対象者と要支援認定のご契約者について

- 月のサービス利用日や回数については、ご契約者の状態の変化、介護予防通所型サービス計画、健康維持通所型サービス計画（以下「個別援助計画」という。）に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ必要に応じて変更することがあります。
- ご契約者の体調不良や状態の改善等により個別援助計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は多かった場合であっても、日割での割引又は増額はしません。
- ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が個別援助計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、居宅介護支援事業所のケアマネジャーや地域包括支援センターの相談員等と調整の上、個別援助計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等、必要な支援を行います。
- 介護予防通所型サービス、健康維持通所型サービスは月ごとの定額制となっているため、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として日割り計算は行いません。
 - 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
 - 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
 - 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
 - 四 月途中で事業対象者から要介護に変更となった場合
 - 五 月途中で要介護から事業対象者に変更となった場合
- 月途中からサービスを利用される場合や、月途中で要支援度に変更となった場合、又は事業対象者が要支援2となった場合には、日割り計算によりそれぞれの単価に

基づいて利用料を計算します。

- サービス利用の変更の申し出に対して、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ご契約者に提示して協議します。

(2) 施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けることができたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、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できません。

(3) 健康診断書

- 利用を開始する際には、ご契約者自身の健康管理と、衛生的で安全な施設利用を目的として、指定の医師による健康診断書を提出していただくことがあります。
- 利用途中で著しい体調不良や感染症の恐れなどがある場合にも、再度、健康診断書を提出していただくことがあります。

(4) 禁煙

- 事業所内では喫煙はできません。

5. 苦情の受付について

(1) お客様相談係（苦情の受付及び各種ご相談）

サービスに対する苦情やご意見、利用料金のお支払いや手続きなど、サービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係 （担当者）生活相談員 森脇 博志

電話（０５６８）７５－５９３８

（責任者）在宅福祉課長 田中 秀治

電話（０５６８）７７－０１２３

○受付時間 毎週月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）

午前８時３０分～午後５時

＊また、苦情受付ボックスを事業所内に設置しています。

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

第三者委員へ相談をご希望の場合は、等事業所のお客さま相談係へお申し出いただければ、第三者委員から連絡を入れさせていただきます。

< 第三者委員一覧 >

名 前	所 属
尾関 龍彦	本会監事
倉知 正人	民生委員・児童委員
稲垣 ヒロ子	現人権擁護委員 現本会心配ごと相談員

(3) 行政機関その他苦情受付機関

愛知県国民健康保険団体連合会	所在地 電話 FAX 受付時間	名古屋市東区泉一丁目6-5 (052) 971-4165 (直通) (052) 926-1531 午前9時~午後5時
小牧市役所介護保険課	所在地 電話番号 FAX 受付時間	小牧市堀の内三丁目1 (0568) 76-1153 (直通) (0568) 76-4595 午前8時30分~午後5時15分
愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 電話番号 FAX 受付時間	名古屋市東区白壁1丁目50 (052) 212-5515 (052) 212-5514 午前9時~午後5時

(4) . 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

6. 当事業所が提供するサービスの利用料金

(1) 利用単位表（数字は単位数で表示 1単位：10.14円）

要 支 援・事業対象者（月 額）		要 介 護（1回あたり）	
要介護区分	基本単位	要介護区分	基本単位
要支援1・事業対象者	1, 798	要介護1	658
要支援2	3, 621	要介護2	777
		要介護3	900
		要介護4	1, 023
		要介護5	1, 148
加算項目	料 金	加算項目	料 金
入 浴	基本料金に含む	入浴介助加算（Ⅰ）	40
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援1 / 88 要支援2 / 176	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22
		認知症加算	60
科学的介護推進体制加算	40単位／月	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56

（健康維持通所型サービスは、1単位：10円）

健康維持通所型サービス	
5時間以上	基本単位
送迎あり	1, 461
送迎なし	1, 288

※介護区分ごとの料金については、別添資料1を参照。

※ 地域区分

地域毎で1単位あたりの金額が変わってきます。小牧市は地域区分7級地となるため、請求時には、保険内請求額の総単位数に10.14円を乗じた数が利用料金となります。健康維持通所型サービスは、10円を乗じた数となります。

上記の利用単位表に対して、ご契約者の負担額は、各要介護度区分に応じた支給限度基準額内であれば、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合（基本的には1割、2割、3割のいずれか）を乗じた額となり、基準額を超えて利用する場合は、全額負担となります。あ

※介護職員処遇改善加算Ⅰ ※令和6年5月31日までとなります。

介護職員の処遇改善のための加算を算定させていただいています。基本サービス費に各加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（5.9%）を乗じた額が処遇改善加算となります。また、処遇改善加算分の負担額は区分限度額対象外となります。

※介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ ※令和6年5月31日までとなります。

介護職員の更なる処遇改善のための加算を算定させていただいています。基本サービス費に各加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（1.0%）を乗じた額が処遇改善加算となります。また、処遇改善加算分の負担額は区分限度額対象外となります。

※送迎減算：送迎を行わない場合、片道につき47単位の減算。（要介護のみ）

※合計額は、地域区分と処遇改善加算が含まれた金額となります。

※食費（実費）以外は、1割負担の場合の請求額です。

※介護職員等ベースアップ等支援加算 ※令和6年5月31日までとなります。

介護職員等の処遇改善を目的として国が定めた加算です。新型コロナウイルス感染症や少子高齢化への対応が重なる最前線で働く介護人材への支援として設けられています。

一か月あたりのサービス利用単位数（介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算以外の加算・減算を含む）に別途1.1%相当の介護職員等ベースアップ等支援加算が加わります。また、介護職員等ベースアップ支援加算の負担額は区分限度額対象外となります。

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ ※令和6年6月1日からとなります。

介護職員の処遇改善のための加算を算定させていただいています。基本サービス費に各加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（9.2%）を乗じた額が処遇改善加算となります。また、処遇改善加算分の負担額は区分限度額対象外となります。

※送迎減算：送迎を行わない場合、片道につき47単位の減算。（要介護のみ）

※個別機能訓練加算ⅠⅠ：個別機能訓練一回につき56単位加算されます。（要介護のみ）

※合計額は、地域区分と処遇改善加算が含まれた金額となります。

※食費（実費）以外は、1割負担の場合の請求額です。

※科学的介護推進体制加算

当事業所のケアのあり方やその実施に対する評価を国へ提出し、蓄積されたデータからその適正を検証・分析したものをフィードバックされることで、当事業所の個別援助計画に反映し、日常的なデイサービスのケアの質の向上を図るための加算です。

＊ ご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）。また、ケアプラン等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）サービス提供に要する実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、介護保険給付の対象ではありませんので、実費をいただきます。

項 目	自己負担額	備 考
① 食 費	700円	
② おむつ代	・紙おむつ（テープ式） 100円/1枚	※事業所で購入を希望される方。
	・紙パンツ 100円/1枚	
	・尿とりパッド 50円/1枚	
③その他日常生活 物品、材料費等	・その他実費	・日常生活において必要となる物品代 ・創作活動などの材料費

（３）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
 [収納業者] S M B Cファイナンスサービス株式会社、及び
 ゆうちょ銀行（郵便局）
 [手 数 料] 無料（当事業所が負担します）
 [手 続 き] ご希望の方はお申し出ください。所定の用紙をお渡しします。
- イ. 下記指定口座への振り込み
 ①三菱UFJ銀行 小牧支店 普通預金 40095
 名義 社会福祉法人小牧市社会福祉協議会
 会長 吉田 友仁
 ②郵便局 記号 12150 番号 88718521
 名義 小牧市社会福祉協議会
- ウ. ふれあいセンター窓口での現金支払

<重要事項説明書付属文書>

1. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり次のことを守ります。

①安全配慮義務

事業者は、サービスの提供にあたって、ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

併せて、サービス実施時にご契約者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

②説明義務

事業者は、本契約に基づく内容について、ご契約者の質問等に対して適切に説明します。

③守秘義務

私たち事業者及び従事者は、本契約によるサービスを提供するにあたり、ご契約者の個別性に配慮し、人間としての尊厳を守ります。同時に、ご契約者及びご家族のプライバシーを保護するために、職務上知り得る個人情報及び個人の秘密を守り、これを他の目的には使用しません。なお、秘密はサービス従事者の職を辞した後にもこれを守ります。

④身体拘束の禁止

事業者は、ご契約者又は他の利用者等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いて、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

⑤記録保存整備義務

事業者は、サービス提供に関する記録を整備し、サービス提供日から5年間保存します。事業者の窓口業務時間（毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時）に自分の記録を見ることができますし、実費を負担してコピーすることができます。

⑥個人情報の取り扱い

ご契約者及びご家族等の個人情報は、個人情報保護法を厳格に遵守し、それぞれの同意のもと、介護保険サービス等の利用を目的として適正に取り扱います。

2. 事故発生時の対応

サービス提供中に万が一、事故が発生した折には下記により迅速に対応するよう努めます。

①事故発生直後

事故が起こった場合には、現場に居合わせた職員が利用者等の心身の状態を見極め、必要に応じて応急処置を行うとともに、周囲の職員等へ事故発生を知らせ、協力を求めます。

②事故の対応

速やかに事故を管理者へ報告し、その指示の元、状況に合わせた適切な対応を行うよう努力します。

③事故の事後処理

事故の内容によっては、損害賠償保険を適用してまいります。

併せて、以下の点を行います。

ア) 保険者へ事故報告書を提出します。

イ) 事故の再発防止のため、事故発生の検証と職員の研修を行います。

3. 損害賠償保険への加入

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおい損害保険株式会社
保険名	社会福祉・介護保険施設総合保険
補償の概要	身体にかかる賠償……最大500,000千円
	財物にかかる賠償……最大5,000千円

4. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご契約者の要介護認定の有効期間満了日まで、もしくは事業対象者であるうちですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に新たな認定の有効期間満了日まで同じ条件で更新され、以後も同様となります。

但し、以下のような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。

(1) 自動で契約終了する場合

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損^{きそん}により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下を参照）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑧ 事業対象者が非該当となった場合

(2) ご契約者からの解約、又は契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。この場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合
- ④ ご契約者に係る居宅サービス計画等（ケアプラン）が変更された場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑧ 他の利用者が、ご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(3) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、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、又は不実の告知などを行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により、事業者もしくはサービス従事者の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

令和____年____月____日

通所介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

事業者

住 所 小牧市小牧五丁目 4 0 7 番地
小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内
名 称 社会福祉法人 小牧市社会福祉協議会

説明者 職名_____

氏名_____

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護サービスについての重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所_____

氏 名_____

代筆者 住 所_____

氏 名_____

(家族代表者) 住 所_____

氏 名_____ (続柄)