

愛寿苑 デイサービスセンター 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 1870100391 号)

当事業所はご利用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」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.....	1
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. 苦情の受付について.....	11

1. 事業者

(1) 法人名

社会福祉法人 弥生福社会

(2) 法人所在地

福井県福井市若杉2丁目601

(3) 電話番号

0776-34-5100

(4) 代表者氏名

理事長 小川 弥仁

(5) 設立年月

昭和63年5月13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12年3月30日指定

福井県1870100391号

※当事業所は特別養護老人ホーム愛寿苑に併設されています。

(2) 事業所の目的

社会福祉法人弥生福社会が老人福祉法に規定する老人デイサービス事業として設置経営する愛寿苑デイサービスセンターが行う通所介護事業の適切な運営を確保するため人員及び管理運営に関する事項を定め、介護保険法の理念に基づくと共に、高齢者が自立した生活を送れるよう、老化に伴い介護を必要とするものに対し、通所による介護サービスを通じて支援する。

(3) 事業所の名称

愛寿苑 デイサービスセンター

(4) 事業所の所在地

福井県福井市加茂緑苑町402番地

(5) 電話番号

0776-33-6767

(6) 事業所長（管理者）

氏 名 小川 弥仁

(7) 当事業所の運営方針

本事業は、要介護状態になった場合、可能な限り居宅から通所により機能訓練及び日常生活上の介護を行うことで、利用者の社会孤立感の解消や心身機能の維持並びに利用者家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。

(8) 開設年月

平成元年5月1日

(9) 利用定員

30人（指定介護予防通所介護事業所の利用者を含む）

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

福井市社北、社西、社南、足羽、みのり、順化、東安居地区

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 但し12月31日～1月3日を除く	
営業時間	月曜日～金曜日	8時20分～17時20分
サービス提供時間	月曜日～金曜日	9時30分～16時40分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用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、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	員数
1. 苑長（管理者）	1名（専任）
2. 介護職員	4名以上
3. 生活相談員	1名以上
4. 看護職員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上
6. 運転手	1名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 生活相談員	勤務時間： 8：20～17：20
2. 介護職員	勤務時間： 8：20～17：20
3. 看護職員	勤務時間： 8：20～17：20
4. 機能訓練指導員	勤務時間： 8：20～17：20

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、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所のサービス料金については、

- | |
|--|
| (1) 介護保険給付対象となるサービス料金
(2) 介護保険給付対象とならないサービス料金 |
|--|

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）

以下のサービスの利用料金については、介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合を除いた分が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となります。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>

☆共通的服务

①食事の介助（食事の提供にかかる費用は別途お支払いただきます）

食事の準備・介助を行います。（食事時間） 昼食： 12:00～

②入浴

入浴又は清拭を行います。寝たきり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

ご利用者の排泄の介助を行います。

④送迎サービス

ご利用者の希望により、ご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、所定の送迎費用（7 ページ⑫参照）をご負担いただきます。

☆ 基本サービス費

① サービス提供時間（3時間以上4時間未満）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
368 単位	421 単位	477 単位	530 単位	585 単位

② サービス提供時間（4時間以上5時間未満）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
386 単位	442 単位	500 単位	557 単位	614 単位

③ サービス提供時間（5時間以上6時間未満）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
567 単位	670 単位	773 単位	876 単位	979 単位

④ サービス提供時間（6時間以上7時間未満）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
581 単位	686 単位	792 単位	897 単位	1,003 単位

⑤ サービス提供時間（7時間以上8時間未満）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
655 単位	773 単位	896 単位	1,018 単位	1,142 単位

⑥ サービス提供時間（8時間以上9時間未満）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
666 単位	787 単位	911 単位	1,036 単位	1,162 単位

☆ 加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額を追加料金としてご負担いただきます。

① 入浴加算（※入浴介助加算（Ⅰ）と入浴介助加算（Ⅱ）の併算定不可）

・ 入浴介助加算（Ⅰ）： 40 単位／日

入浴介助を行った場合は、1日につき40単位を加算します。

・ 入浴介助加算（Ⅱ）： 55 単位／日

居宅訪問をした医師等と多職種が連携し利用者の身体状態や浴室環境などを踏まえた個別の入浴計画を作成し、居宅の状況に近い環境で入浴した際に加算します。

② **口腔機能向上加算**（※口腔機能向上加算ⅠとⅡの併算定不可）

口腔機能向上サービスを行った場合に、3か月の期間に限り1か月に2回を限度として加算します。評価の結果、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められた場合には、更に継続してサービスを受けることができます。

・ **口腔機能向上加算Ⅰ： 150 単位／月**

看護職員等により、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った際に加算します。

・ **口腔機能向上加算Ⅱ： 160 単位／月**

口腔機能向上加算Ⅰに加え、口腔機能改善管理指導計画などの情報を厚生労働省にデータ提出し、フィードバック情報を活用した際に加算します。

③ **個別機能訓練加算**（※個別機能訓練（Ⅰ）イと個別機能訓練（Ⅰ）ロの併算定不可）

機能訓練指導員が、利用者の心身の状況の応じて身体機能及び生活機能向上を目的とする機能訓練計画を作成・実施した際に加算します。

・ **個別機能訓練加算（Ⅰ）イ： 56 単位／日**

機能訓練指導員を専従1名以上配置した際に加算します。

・ **個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ： 85 単位／日**

機能訓練指導員を個別機能訓練加算（Ⅰ）イに加えて、サービス提供時間を通じて専従1名以上配置した際に加算します。

・ **個別機能訓練加算（Ⅱ）： 20 単位／月**

個別機能訓練加算Ⅰに加え、個別機能訓練計画などの情報を厚生労働省にデータ提出し、フィードバック情報を活用した際に加算します。

④ **生活機能向上連携加算**（生活機能向上連携加算（Ⅰ）と生活機能向上連携加算（Ⅱ）の併算定不可）

通所介護の職員と外部のリハビリテーション専門職と連携して、機能訓練のマネジメントを行った場合に加算します。

・ **生活機能向上連携加算（Ⅰ）： 100 単位／月**

外部のリハビリテーション専門職が当該サービス事業所を訪問せずに、ICTの活用等により利用者の状態を適切に把握し助言した場合に加算します。

・ **生活機能向上連携加算（Ⅱ）： 200 単位／月**

（※個別機能訓練加算を算定している場合は100 単位／月）

外部のリハビリテーション専門職が当該サービス事業所を訪問して、利用者の状態を適切に把握し助言した場合に加算します。

- ⑤ **ADL維持等加算**（ADL維持等加算（Ⅰ）とADL維持等加算（Ⅱ）の併算定不可）
一定期間内に当該事業所を利用した利用者のうち、6 か月毎に Bathel Index で ADL(日常生活動作)値を測定し、情報を厚生労働省にデータ提出し、フィードバック情報を活用した上で、維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に加算します。
- ・ **ADL維持等加算（Ⅰ）：** 30 単位／月
ADL 利得（※事業所における利用者の ADL の維持又は改善の度合い）が 1 以上の際に加算します。
- ・ **ADL維持等加算（Ⅱ）：** 60 単位／月
ADL 利得（※事業所における利用者の ADL の維持又は改善の度合い）が 2 以上の際に加算します。
- ⑥ **口腔・栄養スクリーニング加算**（口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可）
利用開始時及び利用中 6 か月ごとに利用者の栄養状態及び口腔の健康状態について確認を行い、口腔・栄養状態に係る情報を介護支援専門員に情報を提供した場合に加算します。
- ・ **口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）：** 20 単位／回
口腔の健康状態及び栄養状態を確認し、介護支援専門員に情報を提供した場合に加算します。（※栄養アセスメント・栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合は加算できません。）
- ・ **口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）：** 5 単位／回
口腔の健康状態もしくは栄養状態をどちらかを確認し、介護支援専門員に情報を提供した場合に加算します。（※栄養アセスメント・栄養改善加算、口腔機能向上加算の両方を算定している場合は加算できません。）
- ⑦ **栄養アセスメント加算・栄養改善加算**（※栄養アセスメント加算と栄養改善加算の併算定不可）
- ・ **栄養アセスメント加算：** 50 単位／月
事業所もしくは外部との連携により管理栄養士を配置し、他職種共同で栄養アセスメントを実施し、結果を利用者・家族に説明を行い、利用者毎の栄養状態などの情報を厚生労働省にデータ提出し、フィードバック情報を活用した際に加算します。
- ・ **栄養改善加算：** 200 単位／回
栄養アセスメント加算の要件に加えて、管理栄養士が必要に応じて居宅訪問を行った際に加算します。
- ⑧ **サービス提供体制強化加算**（※サービス提供体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）の併算

定不可)

・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）： 22 単位／回

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 70%以上、もしくは勤続 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上いる場合に加算します。

・ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）： 18 単位／回

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上の場合に加算します。

・ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）： 6 単位／回

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 40%以上、もしくは職員の総数のうち、勤続 7 年以上の職員の割合が 30%以上いる場合に加算します。

⑨ 中重度者ケア体制加算

中重度の要介護者を受け入れる体制を整備した場合に加算します。

・ 中重度者ケア体制加算： 45 単位／日

⑩ 認知症加算

日常生活自立度Ⅲ以上の介護が必要な認知症の利用者に通所介護を行った場合に加算します。

・ 認知症加算： 60 単位／日

⑪ 科学的介護推進体制加算

科学的介護情報システム（LIFE）にて、利用者毎の ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、フィードバックをされた情報を計画作成などに生かす場合に加算します。

・ 科学的介護推進体制加算： 40 単位／月

⑫ 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方にも当事業所の送迎サービスを利用いただけます。 1 日利用ごとに基本サービス費の 5%に相当する単位数を加算

⑬ 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者に対して、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った際に加算します。

・ 若年性認知症利用者受入加算： 60 単位／日

⑭ 介護職員処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているも

のとして福井市長に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し、通所介護を行った場合に加算します。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	算定した単位数の 5.9%に相当する単位数
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	算定した単位数の 4.3%に相当する単位数
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	算定した単位数の 2.3%に相当する単位数

⑮ 介護職員等特定処遇改善加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして福井市長に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し、通所介護を行った場合に加算します。

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	算定した単位数の 1.2%に相当する単位数
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	算定した単位数の 1.0%に相当する単位数

⑯ 感染症または災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合

感染症や災害の影響により利用者数が前年度の平均延べ利用者数から 5%以上減少している場合、3 か月間、基本報酬の 3%を加算します。（※特別な事情があると認められる場合は 1 回延長可能）

⑰ 介護職員等ベースアップ等支援加算

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして福井市長に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し、通所介護を行った場合に加算します。

介護職員等ベースアップ等支援加算	算定した単位数の 1.1%に相当する単位数
------------------	-----------------------

<介護報酬の算出方法>

利用料金（介護報酬）の額は、サービスごとの単位数×1 単位当たりの単価（円）で算出されます。福井市地区は、厚生労働大臣が定める 1 単位の単価表において 7 級

地に該当し、通所介護のサービスは、人件費割合 45%の項目の単価で換算することになります。なお、算出した料金の小数点以下の値は切り捨てとします。

1 単位：10.14 円で換算

☆ご利用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、ご利用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、ご利用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条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要＞

①支給限度額を超える通所介護サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてもサービスを利用できます。

②レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

③通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域（３ページ参照）以外の地区にお住まいの方にも当事業所の送迎サービスを利用いただけます。

＜サービス利用料金＞（契約書第５条参照）

①支給限度額を超える通所介護サービス

サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。

②食事の提供にかかる費用（食材料費・調理費用）

食 費： 760 円／食（昼食：700 円、おやつ：60 円）

③おむつ代

紙おむつ代（１組）：30 円

紙パンツ代（１組）：75 円

④レクリエーション、クラブ活動

材料代等に要した費用実費

⑤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ご利用者の日常生活に要する費用実費

☆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2ヶ月前までにご説明します。

(3) 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ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 口座振替
イ. 下記指定口座への振込み
福井銀行 飯塚支店 普通預金 1048357
社会福祉法人 弥生福祉会 理事長 小川 弥仁

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、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者申し出て下さい。

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利用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利用者に提示して協議します。

・食事の提供（上記（2）②食事の提供に係る費用）について、下表の時間までに申し出がなく、食事提供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。

取消の期限	取消料
食 費 : 当日の午前9時30分まで	760 円

6. 苦情の受付について（契約書第20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ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 生活相談員 〔氏名〕 戸田 さとみ
（ 受付時間 毎週：月曜日～日曜日 8:20～17:20 ）

○苦情解決責任者

〔職名〕 管 理 者 〔氏名〕 小川 弥仁

○第三者委員

〔職名〕 社会福祉法人弥生福祉会 監事 〔氏名〕 渡辺 忠造
〔職名〕 元 社北地区自治会連合会 会長 〔氏名〕 白澤 英樹
〔職名〕 元 福井市社北公民館 館長 〔氏名〕 谷澤 和彦

（２）行政機関その他苦情受付機関

- ・各市町村介護保険担当課
（福井市役所 介護保険課 TEL：0776-20-5715）
- ・福井県国民健康保険団体連合会 TEL：0776-57-1614
- ・福井県社会福祉協議会 ハート支援室 TEL：0776-24-2347

（３）苦情解決の手順

- 
1. 苦情の受付
・苦情受付担当者は、利用者等からの苦情を随時受付いたします。
 2. 苦情受付の報告・確認
・苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情解決責任者へ報告します。
その際、苦情受付担当者は、その内容について書面に記載し、必要に応じて苦情申出人に確認をいたします。
 3. 苦情解決に向けての話し合い
・苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。その際、苦情申出人または苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めることができます。
 4. 苦情解決結果の記録・報告
・苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面に記録します。
・苦情解決責任者は、一定期間ごとに苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受けます。
・苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項があった場合、苦情申出人に対して、一定期間経過後、報告します。

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。

愛寿苑 デイサービスセンター

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ました。

利用者住所

利用者氏名

印

上記家族代表者等住所

上記家族代表者等氏名

印

この重要事項説明書は、市条例に基づき、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。

※ 家族代表者とは、契約者と交渉程度が最も密な者を指し、事業者は契約者の状況を家族代表者に伝えることとします。家族代表者以外の親族などから契約者についての状況ならび事業者への要望等については、家族代表者を通じ事業者に連絡することとします。そして、契約者に滞納が発生した場合、家族代表者が事業者への損失を補うこととします。

＜重要事項説明書付属文書＞

1. サービスの利用に関する留意事項

(1) ご利用の際ご準備いただきたい物

①身の回り品

- ・タオル
- ・バスタオル
- ・衣類（着替え）
- ・おむつ
- ・汚れ物を入れるビニール袋
- ・内履き

※ 洗濯機・乾燥機で洗えない（縮む等）ような素材の衣類は持ち込まないでください。万が一、持ち込まれた場合で、洗濯したことによって生じた衣類の変形・破損については保障致しかねます。

②現在服用している薬

利用中に必要な薬を準備してください。

※ 現金・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。ただし、独居等やむを得ない場合を除きます。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第11条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又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) 喫 煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

2. 損害賠償について（契約書第12条、第13条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

3. 事故発生時の対応について

当事業所において、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに協力医療機関、市町村、居宅介護支援事業所、ご利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

4. ご利用中の医療機関受診について

ご利用当日の体調不良（発熱・風邪等）やご利用中に著しく心身の変化が認められた場合、他の利用者への影響が懸念される症状が認められた場合は、看護職員または介護職員の判断により医療機関の受診をお願いする場合があります。医療機関受診のための送迎・付き添いは原則としてご家族でお願いします。

なお、ご利用開始時の体調不良（発熱・風邪等）が確認された場合、その体調によってはご利用を見合わせていただく場合があります。また、ご利用中に急変された場合については、看護職員または介護職員の判断により医療機関へ救急搬送します。その場合の受入医療機関は救急隊の判断によってご希望の医療機関への搬送とならない場合もありますのでご了承ください。

救急搬送の際は可能な限り事前にご家族に連絡をお取りしますが、状況によっては事後のご連絡となる場合があります。更に救急搬送先での緊急入院となった場合で、ご家族と連絡がとれない場合、個室等の室料や有償の付添人の依頼を行うことがあり得ますのでご了承ください（費用はご利用者の負担となります）。

5. 緊急連絡先について

緊急連絡先などご利用者に関することをご連絡させていただく連絡先を指定の用紙にてお届け願います。

ご利用者が急変された場合等、ご利用者に関することで連絡を取りたい場合にご連絡させていただく連絡先となります。原則として契約代理人の方に常時つながる携帯電話などの連絡先をお願いします。

ご利用者に関するご連絡は契約代理人の方にさせていただきますが、緊急の場合等で、万が一、契約代理人に連絡が取れない場合は所定の届出用紙の上から順に連絡させていただきます。