

「指定通所介護（第一号通所介護）」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。
(岐阜県指定 第2171501188号)
(中津川市指定2171501188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「要介護（要支援）」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	2
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.	個人情報の取扱について	5
7.	苦情の受付について	6
8.	第三者評価の実施状況	7
9.	緊急時の対応について	7
10.	非常災害時の対策	7

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 中津川市社会福祉協議会
(2) 法人所在地 岐阜県中津川市かやの木町2番5号
(3) 電話番号 0573-66-1111
(4) 代表者氏名 会長 三浦 博行
(5) 設立年月 昭和53年2月6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29年4月1日指定
岐阜県指定2171501188号
指定第一号通所介護事業所・平成29年4月1日指定
中津川市指定2171501188号
- (2) 事業所の目的 要介護状態又は、要支援状態にある高齢者に対し、適切な通所介護サービスを提供する。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター椿苑
- (4) 事業所の所在地 岐阜県中津川市山口2166番地2
- (5) 電話番号 0573-75-5311
- (6) 事業所長(山口支所長)氏名 日下部 大助 事業所管理者 氏名 後藤 智博
- (7) 当事業所の運営方針
1. 利用者が可能な限り在宅で自立した日常生活が出来るよう支援する。
 2. 要介護認定等の申請について支援を行う。
- (8) 開設年月 平成29年4月1日
- (9) 利用定員 33人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 中津川市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日まで (但し12月29日～1月3日を除く)
受付時間	月～土 8時15分～17時15分
サービス提供時間	月～土 9時20分～16時20分

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。

<主な職員の配置状況>

職 種	職員配置
1. 管理者	1人
2. 介護職員	5人以上
3. 生活相談員	1人以上
4. 看護職員	1人以上
5. 機能訓練指導員	1人以上

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、

- (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

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、8割及び7割）が介護保険から給付されます。

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食事の準備、介助

- ・当事業所では、**栄養士**の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。（食事時間 12:00～13:00）

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

排せつの介助を行います。

④送迎サービス

ご希望により、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以外からのご利用の場合は、交通実費をご負担いただく場合があります。

<サービス利用料金（1回あたり）>（契約書第6条参照）

別紙の料金表によって、ご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（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、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

☆ご契約者がまだ要介護認定が決定していない場合には、決定後に自己負担額をお支払い下さい。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

☆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。

通所介護・第一号通所介護の利用料及びその他の費用は、以下の通りです。

なお、2割負担の方の場合は、下記の自己負担額の2倍の料金、3割負担の方の場合は、下記の自己負担額の3倍の料金となります。

（介護保険負担割合証をご確認して下さい。）

区分	時間	利用料 (1回)	自己負担額 利用料の1割の場合	備考
保険適用分	7時間00分	6,580円	658円	要介護1
		7,770円	770円	要介護2
		9,000円	900円	要介護3
		10,230円	1,023円	要介護4
		11,480円	1,148円	要介護5
	(1ヶ月) 17,980円	(1ヶ月) 1,798円	事業対象者	
	(1ヶ月) 17,980円 (1ヶ月) 36,210円	(1ヶ月) 1,798円 (1ヶ月) 3,621円	要支援1 要支援2	

加算要素 ※入浴加算 要介護1～5 (1回) 400円 (自己負担額 40円)

※サービス提供体制強化加算Ⅲ

要介護1～5 (1回) 60円 (自己負担額 6円)

要支援1 (1ヶ月) 240円 (自己負担額 24円)

要支援2 (1ヶ月) 480円 (自己負担額 48円)

※個別機能訓練加算

(I) イ 要介護1～5 (1回) 560円 (自己負担額 56円)

(I) ロ 要介護1～5 (1回) 760円 (自己負担額 76円)

時間別単価は【通常規模型通所介護】7時間以上9時間未満

【要支援・要介護 共通】

介護職員等処遇改善加算Ⅴ (13)	1ヶ月の総単位数×4.4%より算出した額
-------------------	----------------------

(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食事の提供にかかる費用

ご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：1回あたり750円

②レクリエーション、クラブ活動 (アクティビティ)

ご契約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。

利用料金：材料代等は、当施設ではいただいております。

③日常生活上必要となる諸費用実費

ご契約者の日常生活に要する費用 (おむつ代等) は、当施設をご利用いただく際に持参していただきますので、いただいております。

又、傷等の処置が必要なご契約者につきましてもガーゼ等の衛生用品は、ご持参していただきます。なお、ご持参が難しい場合は実費費用をいただきます。

☆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か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か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（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。）

- ア．下記指定口座への振り込み
東美濃農協 坂下支店 普通預金0038863
社会福祉法人 中津川市社会福祉協議会 山口支所
- イ．金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：東美濃農協 坂下支店
ゆうちょ銀行

(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へ申し出てください。

○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. 個人情報の取扱について

当事業所は、ご契約に伴いお客様の個人情報を頂いております。この文章は、個人情報保護法の規定及び当事業所個人情報方針に従い、ご契約に伴い当事業所が入手したお客様の個人情報は、以下の通りお取扱致します。

(1) 当事業所が保有する個人情報

当事業所は、下記のお客様も個人情報を保有しています。

- ①介護サービスの提供を希望されるお客様、及びその家族の氏名・年齢・住所・電話番号・勤務先・メールアドレス、及びお客様が申告した事項
- ②お客様が指定した支払手段における金融機関と口座情報
- ③介護サービスを提供する為に必要な介護情報（提供表・ADLを含む介護情報）

(2) 個人情報の利用目的

当事業所が保有するお客様の個人情報は、当事業所の運営方針に基づいた介護サービスの提供を円滑に行う事を目的として利用させていただきます

- ①介護サービスの提供
- ②介護保険事務（審査支払い機関へのレセプト提出・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答）
- ③事業所運営にかかる管理業務（入退院・会計・事故報告書等の管理）
- ④お客様にサービスを提供する他の居宅サービス事業所や医療関係有資格者（理学療法士・作業療法士）居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議）や照会への回答
- ⑤損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等、規定に基づく場合及び別途利用者の同意を頂いた場合を除き、上記目的以外の利用は致しません

(3) 個人情報の安全管理

個人情報は、厳正な管理のもとで安全に保管し、他に漏洩する事がないように当事業所にて大切に預かります。

(4) 個人情報の第三者への提供について

お客様の個人情報は、下記の場合について利用者及びその家族の同意を頂いた時のみについて第三者に提供・開示することがあります。

- ①お客様にサービスを提供する他の居宅サービス事業所や医療関係有資格者・サービス担当者会議等照会への回答を行う場合、又お客様の個人情報は下記の場合を除き第三者に提供・開示することはありません。
- ②上記の利用目的の為に外部事業者へ業務委託する場合
- ③法令の規定に基づいて司法・行政、又はこれに類する機関からの開示の要請を受けた場合

(5) 個人情報の開示について

お客様は当事業所に対して、いつでも当事業所が有しているお客様の個人情報の開示を求める事が出来ます。又、お客様から自らに関する個人情報の開示を求められた場合は延滞無くこれに応じます。

(6) 個人情報の訂正・削除

当事業所に提供した個人情報に誤りがある場合は、当事業所に対して当該個人情報の訂正又は削除を要請する事が出来ます。お申し出があった時は、延滞なくその調査を行い訂正・削除が必要とする時は速やかに実行いたします。

(7) 個人情報の取扱窓口

個人情報に関して、お問合せ・開示・訂正・削除を希望される場合は、下記窓口にて対応させていただきます。

- 個人情報取扱窓口 中津川市山口2166番地2
(電話) 0573-75-5311
(担当者) 指定通所介護事業所管理者 後藤 智博

7. 苦情の受付について (契約書第20条参照)

(1) 苦情の受付

当事業所に対す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 中津川市山口2166番地2
社会福祉法人 中津川市社会福祉協議会山口支所
(担当者) 指定通所介護事業所管理者 後藤 智博
(電話) 0573-75-5311
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:15～17:15
<苦情解決責任者> [職名] 山口支所長 日下部 大助

なお、苦情・相談が解決に至らなかった場合、本会では「苦情解決第三者委員」の設置をしております。

<苦情解決第三者委員>

名 前	連 絡 先
早 川 一 敏	電 話 0573-69-4557
小 池 朝 通	電 話 0573-82-3823

(2) 行政機関その他苦情受付機関

中津川市役所 介護保険課	所在地 岐阜県中津川市かやの木町2番5号健康福祉会館 電話番号 0573-66-1111 (内613) FAX 0573-62-0058 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
-----------------	--

国民健康保険団体連合会	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-273-1111 FAX 058-277-0431 受付時間 午前9時から午後5時
岐阜県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-273-1111 FAX 058-277-0431 受付時間 午前9時から午後5時

8. 第三者評価の実施状況

実施していない。

9. 緊急時の対応について

本事業は、サービスの提供中にご契約者の病変及び事故が生じた場合、必要な措置を講じるとともに以下の対応を行います。

- (1) 契約時に、教えて頂く家族ないし緊急連絡先へ電話等により連絡します。
- (2) 主治医への連絡及び指示を家族へ依頼する場合があります。
- (3) 急を要する場合は、事業者の判断により救急車を、要請し事後報告となる場合もあります。

10. 非常災害時の対策

非常災害に関する対策は、事業所の消防計画を遵守し、非常災害に備えることとします。

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。

デイサービスセンター椿苑

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

また、主治医及びサービス提供事業者等から居宅サービス計画（ケアプラン）の内容について情報提供を求められた場合は、その情報提供について同意します。

利用者住所

氏名

印

家族（又は法定代理人）

住所

氏名

印

※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。