

デイサービス 寿楽会 生石
通 所 介 護
重要事項説明書

社会福祉法人寿楽会
「デイサービス 寿楽会 生石」
愛媛県松山市高岡町 830 番地 1
T E L 089-968-7117
F A X 089-971-2120

「デイサービス 寿楽会 生石」

通所介護 重要事項説明書

1. 事業の目的

通所介護事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所に配置すべき従業者が、要介護認定を受けた者に対し、適正な通所介護（以下「サービス」という。）を提供することを目的とします。

2. 運営の方針

サービスの提供にあたっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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よう、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の心身的及び精神的負担の軽減を図ります。事業の実施にあたっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 事業者の概要

名 称	社会福祉法人寿楽会		
主たる事務所の所在地	愛媛県松山市来住町 36 番地		
法人種別	社会福祉法人		
代表者氏名	理事長 末廣 英誉		
電話番号	089-975-1335	F A X 番号	089-975-1326

4. 事業所の概要

サービスの種類	通所介護		
事業所の名称	デイサービス 寿楽会 生石		
事業所番号	3870114109		
所在地	愛媛県松山市高岡町 830 番地 1		
電話番号	089-968-7117	F A X 番号	089-971-2120
利用定員	20名		
通常の事業の実施地域	松山市（島嶼部を除く）		
事業開始年月日	令和 7 年 8 月 1 日		

5. 従業者の配置

管 理 者 業務を統括し、従業者等の管理及び業務の管理を一元的に行います	1 人
生活相談員 ケアマネジャーとの連絡調整、家族との連絡調整、介護補助等	1 人以上
看 護 職 員 健康管理、機能訓練補助、介護補助等	1 人以上
機能訓練指導員 心身の状況に応じ、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導・助言を行います	1 人以上
介 護 職 員 送迎、レクリエーションの計画・準備・実施、食事介助、入浴介助等	2 人以上

6. 営業日と営業時間、サービス提供時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	8:30～16:30（サービス提供時間：9:00～16:00）
休業日	土・日及び年末年始（12/31～1/2）

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）により、営業時間外であっても、サービスを提供する場合があります。

7. サービス提供及び主なサービスの内容について

- （１）サービスの提供に先立ち、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及びその有効期間）を確認します。介護保険被保険者証に記載された内容に変更があった場合は速やかに事業者にご連絡ください。
 - （２）利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する３０日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
 - （３）利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、通所介護計画を作成します。なお、作成した通所介護計画は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
 - （４）サービスは、居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、当事業所が利用者及びその家族等の同意の下、作成した通所介護計画に基づいて行います。但し、緊急を要する場合にあっては、通所介護計画の作成前であってもサービスを利用することができます。サービスの内容は以下の通りです。
 - ① 身体介護に関すること
日常生活動作能力の程度により、必要な支援サービスを提供します。
排泄、移動・移乗、その他必要な身体介助を行います。
 - ② 入浴に関すること
家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。
衣類の着脱、身体清拭、洗身洗髪、整容、その他必要な入浴の介助を行います。
 - ③ 食事に関すること
給食を希望される利用者に対して、必要な食事のサービスを提供します。
食事の準備、配膳下膳、食事摂取、その他必要な食事の介助を行います。
 - ④ 機能訓練に関すること
体力の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作能力を維持するための訓練を行います。
 - ⑤ レクリエーション
利用者が、生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、レクリエーションを実施します。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持、回復や情緒の安定を図ります。
 - ⑥ 送迎に関すること
サービスの利用にあたり、送迎を必要とされる利用者に対し、送迎サービスを提供します。
送迎車両には従業者が添乗し、移動、移乗等の必要な介護を行います。
 - ⑦ 相談・助言に関すること
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ※ 各々のサービス内容や、その実施方法等の詳細につきましては、従業者までお気軽にお尋ねください。

8. 利用料金

① 介護保険給付対象サービスの利用料

利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、利用者の負担割合に応じた額とします。

【基本報酬】

所要時間	1日につき	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上～ 4時間未満	利用料	3,700円	4,230円	4,790円	5,330円	5,880円
	自己負担割合	1割	370円	423円	479円	533円
		2割	740円	846円	958円	1,066円
		3割	1,110円	1,269円	1,437円	1,599円
4時間以上～ 5時間未満	利用料	3,880円	4,440円	5,020円	5,600円	6,170円
	自己負担割合	1割	388円	444円	502円	560円
		2割	776円	888円	1,004円	1,120円
		3割	1,164円	1,332円	1,506円	1,680円
5時間以上～ 6時間未満	利用料	5,700円	6,730円	7,770円	8,800円	9,840円
	自己負担割合	1割	570円	673円	777円	880円
		2割	1,140円	1,346円	1,554円	1,760円
		3割	1,710円	2,019円	2,331円	2,640円
6時間以上～ 7時間未満	利用料	5,840円	6,890円	7,960円	9,010円	10,080円
	自己負担割合	1割	584円	689円	796円	901円
		2割	1,168円	1,378円	1,592円	1,802円
		3割	1,752円	2,067円	2,388円	2,703円
7時間以上～ 8時間未満	利用料	6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円
	自己負担割合	1割	658円	777円	900円	1,023円
		2割	1,316円	1,554円	1,800円	2,046円
		3割	1,974円	2,331円	2,700円	3,069円

【加算】

入浴介助加算(Ⅰ) (／日)	40円 / 80円 / 120円 (入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行った場合・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行う。)
同一建物減算 (／日)	-94円 / -188円 / -282円 (事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通うものに対し減算。ただしやむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して、送迎を行った場合はこの限りでない。)
送迎減算 (／片道)	-47円 / -94円 / -141円 (居宅と事業所との間の送迎を行わない場合、同一建物減算の対象とならない場合のみ)
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	要介護度別のサービス利用料金とサービス加算料金の合計に99/1000を乗じたもので算定。 (介護職員等の賃金改善等を実施しているものとして指定権者に届け出ている)

② 介護保険給付対象外サービスの利用料

食事代 ※非課税	昼食：540円 おやつ：162円
おむつ代等	実費
通常の事業の実施地域を越える場合の交通費	通常の事業の実施地域を越えた場合、越えた地点から、片道1kmにつき、20円
レクリエーション費用	参加希望の方のみ実費

③ 利用者負担金

介護保険の適用になる利用者（要介護認定を受けている方）は、前記①の利用者の負担割合に応じた額をお支払いいただきます。（消費税は課税されません。）但し、介護保険の給付の範囲を超えた分に関しては、全額自己負担（前記①の利用料金）となります。

前記②の「介護保険給付対象外サービスの費用」は、全額自己負担となります。

9. キャンセル

利用者の都合により、サービスのキャンセルをした場合は、下表の料金をいただきます。

① サービス利用日の前営業日の 17 時までに連絡をいただいた場合	無料
② サービス利用日の前営業日の 17 時までに連絡がなかった場合	利用料の利用者負担割合に応じた額

※ 利用者の容態急変など、やむを得ない場合のキャンセル料はいただきません。

※ 上記②について、利用者の都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を、協議の上変更します。

10. お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、事業者が定める期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則として口座引き落としとさせていただきます。尚、口座引き落とし以外でのお支払いについては、事業者の従業者までご連絡ください。

※ 前記は「法定代理受領サービス（現物給付）」の場合について記載しています。

※ 「償還払い」の取り扱いにおいては、一旦利用者に基本料金をお支払いいただき、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、その後、市町に対して保険給付分（利用料から利用者負担分を除いた額）を請求していただくことになります。

11. サービスの利用にあたっての留意事項

（1）送迎の予定時間は、交通事情により、前後することがあります。

（2）サービスの提供上必要な場合を除いて、利用者の現金・預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他有価証券等をお預かりすることや、保管されている場所をお聞きすることは一切ございません。

12. 緊急時の対応

主治医・家族等緊急時の連絡先は、予め担当の従業者により確認させていただきます。

サービス提供中に、利用者の容態の急変等があった場合には、下記の連絡先及び居宅介護支援事業所等へ速やかに連絡します。

主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 （家族）	氏 名（続柄）	
	住 所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	

13. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対するサービスの提供の際、事故が発生した場合には速やかに市、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。

14. サービス相談窓口、及び苦情申し立て窓口

- ① サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望、事故発生等の受付窓口は以下の通りです。

	窓 口 名	住 所	電話番号	F A X 番号	受付時間
1	デイサービス 寿楽会 生石 担当者：管理者	松山市高岡町 830 番地 1	089-968-7117	089-971-2120	8:30 ~ 17:30 (土日年末年始(12/31~1/2) を除く)
2	松山市役所 指導監査課 介護事業者指定・指導担当	松山市二番町 四丁目 7 番地 2 別館 2 階	089-948-6968	089-934-1763	8:30 ~ 17:15 (土日祝日を除く)
3	愛媛県国民健康保険 団体連合会	松山市高岡町 101 番 地 1	089-968-8700	089-968-8718	8:30 ~ 17:15 (土日祝日を除く)
4	愛媛県福祉サービス運営適 正化委員会	松山市持田町三丁目 8 番 15 号 愛媛県総合社会福祉 会館内	089-998-3477	089-921-8939	9:00~12:00 13:00~16:30 (土日祝日を除く)

- ② 苦情・事故対応時の基本手順（苦情・事故受付担当者及び苦情・事故解決責任者：管理者）

(1) 相談及び苦情の対応

相談又は苦情電話等の申し出があった場合は、原則として管理者が対応し、その内容等を記録します。

管理者が対応できない場合は、他の従業者が対応し、その内容等を記録し、管理者へ報告します。

(2) 確認事項

相談対応者は以下の事項について確認を行います。

- ①相談又は苦情のあった利用者の氏名
- ②提供したサービスの種類、年月日及び時間
- ③サービス提供した職員の氏名（利用者が分かる場合）
- ④具体的な苦情・相談内容
- ⑤その他参考となる事項

(3) 相談及び苦情処理回答期限の説明

相談及び苦情の相手に対し、対応した従業者の氏名を名乗ると共に、相談・苦情内容に対する回答期限を説明します。

(4) 相談及び苦情処理

概ね以下の手順により、相談・苦情について処理します。

- ①管理者を中心に相談・苦情処理のための会議を開催し、以下の内容を議論します。
 - ・ サービスを提供した従業者からの概況説明
 - ・ 問題点の洗い出し、整理及び今後の改善についての検討
 - ・ 文書による回答案の検討
- ②文書により回答を作成し、利用者に対し管理者が事情説明を直接行った上で、文書を渡します。
- ③利用者に渡した文書と同様の文書を居宅介護支援事業者にも渡し、苦情又は相談の状況について報告します。
- ④市町村や国民健康保険団体連合会等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行ったことを報告します。
- ⑤事業実施マニュアルに改善点を追記し全従業者に周知することで、再発の防止を図ります。

15. 第三者評価の実施状況

実施の有無：なし

実施した直近の年月日：なし

実施した評価機関の名称：なし

評価結果の開示状況：なし

16. 損害賠償について

- (1) 事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者又はその家族等の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内において、その損害を賠償します。
- (2) 利用者又はその家族等の責めに帰すべき事由により事業所の従業員の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内において、その損害賠償を請求される場合があります。

17. 身体的拘束等の適正化について

- (1) 事業者は、サービスの提供にあたっては、利用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き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 緊急やむを得ず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かった理由を記録します。

18. 虐待の防止のための措置について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) (1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を設置します。

19. 個人情報の保護について

- (1) 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切に取扱います。
- (2) 事業者が得た利用者及びその家族の個人情報については、事業所でのサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者及びその家族及び代理人の同意を得ます。
- (3) 従業員は業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。
従業員であった者に、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。

20. 非常災害対策について

- (1) 事業者は、非常災害が発生した場合における利用者の安全の確保のための体制、避難の方法等を定めた計画を策定し、事業所の見やすい場所に掲示します。
- (2) 事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行うものとします。

21. その他運営についての重要事項について

- (1) 事業者は、従業員の質的向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務体制を整備します。
 - ①採用時研修 現場において研修を受け、継続研修により実施
 - ②継続研修 年間計画により実施
- (2) 事業者は、通所介護計画、提供した具体的なサービス内容等の記録、身体的拘束等の態様及び時間、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の記録、市町への通知に係る記録、苦情の内容の記録、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録等を整備し、サービスの完結の日から5年間保管します。
- (3) 重要事項説明書に記載している事項の外、運営に関する重要事項は、事業者と事業所の管理者との協議に基づき定めることとします。

【事業者】

事業者は、重要事項説明書に基づき、通所介護の内容及び重要事項において、利用者及びその家族等に対し、説明を行いました。

令和 年 月 日

〒791-1102 愛媛県松山市来住町 36 番地

社会福祉法人寿楽会

理事長 末廣 英誉

事業所の名称：デイサービス 寿楽会 生石

事業所の所在地：愛媛県松山市高岡町 830 番地 1

重要事項説明者氏名 _____ [_____] (印)

※ 必ず説明者氏名と職種を記入

【利用者等】

私は、事業者の定める重要事項説明書に基づき、通所介護の内容及び、重要事項の説明を受け、サービス提供の開始に同意し、本書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

家族代表 住所 _____

氏名 _____ (印) (続柄： _____)

重要事項の説明に同席された方及び代理での署名を行った場合には、下欄にご記入下さい。

☐ 立会人又は、☐ 署名代行人（該当するものにチェックしてください）

住所 _____

氏名 _____ (印) (続柄： _____)