

# 「指定通所介護」及び「池田町介護予防・日常生活支援総合事業

## 第1号通所事業」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。  
(北海道指定 第0174700245号)

### 1. 事業者

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 池田光寿会       |
| (2) 法人所在地 | 中川郡池田町字西2条10丁目2-20 |
| (3) 電話番号  | 015-572-3222       |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 畠山 敏彦          |
| (5) 設立年月  | 昭和28年 5月22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4月1日指定<br>指定介護予防通所介護事業所・平成19年3月13日指定<br>北海道 0174700245号<br>当事業所は特別養護老人ホーム光寿苑に併設されています。 |
|------------|---|

#### (2) 事業所の目的

指定通所介護及び池田町介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態又は要支援状態にある利用者の意思及び人格を尊重し利用者の立場に立った、適切な事業サービスを提供する事を目的とする。

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| (3) 事業所の名称    | 池田町デイサービスセンター      |
| (4) 事業所の所在地   | 中川郡池田町字西2条10丁目2-20 |
| (5) 電話番号      | 015-572-3222       |
| (6) 事業所長（施設長） | 氏名 三好 なおみ          |
| (7) 当事業所の運営方針 |                    |

- 1, 要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立（律）した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話・支援及び機能訓練等を行うものとします。又、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持・改善並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。
- 2, 要支援状態の利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練をより行うことにより、利用者

5、指定通所介護又は指定予防通所事業のサービス提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者や介護予防支援事業者等へ情報の提供を行います。

(11) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日 年末年始 12月31日～1月3日まで休み
受 付 時 間	月～金 8時40分～17時40分
サービス提供時間	月～金 10時00分～15時30分

〈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	配置数	配置基準
1. 管理者	1（兼）	1名
2. 生活相談員	1以上	1名
3. 介護職員	2以上	2名
4. 看護師	1以上（兼）	1名
5. 機能訓練指導員	1以上（兼）	1名

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員・看護職員	勤務時間 8：40～17：40
2. 非常勤 介護職員 看護職員	① 勤務時間 9：45～16：30 ② 勤務時間 10：00～16：00 ③ 勤務時間 12：00～15：00 ④ 勤務時間 11：30～15：30
3. 機能訓練指導員	看護職員が兼務します。

#### 4. 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<br>(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

以下のサービスについては、利用料金の7割又は8割、若しくは9割が介護保険から給付されます。

##### ＜サービスの概要＞

##### ① 送 迎

- ・リフト付バス、ワゴンで送迎を行い利用者の乗降には、十分配慮し安全に実施いたします。

② 食 事（但し、食費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 11：45～12：30

③ 入 浴

- ・入浴又は清拭を行います。リフト浴で入浴することもできます。

④ 排 泄

- ・利用者の排泄の介助を行います。

⑤ 健康チェック

- ・利用者の血圧、脈、体温を測定し健康状態を把握します。また、通所中の緊急時には適切な対応をします。

⑥ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復又はその低下を防止するための訓練を実施します。

⑦ 口腔機能向上

- ・おいしく楽しく安全に食生活が送れるように、また、口腔機能の低下が予想される利用者に対し、口腔機能の向上を目的とする個別指導を行います。

⑧ 栄養改善

- ・利用者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各利用者の状態に応じた栄養管理を行うよう努めます。

<サービス利用料金>

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。）

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

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食費（食材料費 調理費相当）

料金：1回あたり 572円

②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業の実施地域を超えて送迎を行った場合は、利用者宅までの距離を算定し1キロメートルにつき40円を徴収させていただきます。

なお、費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文章で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）をいただきます。

### ③レクリエーション、趣味活動

ご契約者の希望によりレクリエーションや趣味活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

### ④日常生活上必要となる諸費

オムツ代等は、自己負担となります。

⑤法定代理サービスに該当しない事業に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付します。

☆ 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

前記(1)、(2)の料金・費用は、月末締めとし、翌月の10日までにご請求しますので、口座振替にて17日に引き落としさせていただきます。口座振替以外の方は20日までセンターにお支払い下さい。

## (4) 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、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ください。

○当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として食費分572円をお支払いいただきます。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。

○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。

## 5. 感染症対策及び衛生管理について

○感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底のため、研修、訓練（シミュレーション）の実施をします。また、必要に応じ保健所等の助言、指導を求めるものとします。

○利用者の使用する施設、食器その他の施設または飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとします。

## 6. 緊急時等における対応について

○サービス提供時において、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた場合に速やかに家族及び主治医への連絡を行う等の必要な処置を講じます。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送の必要な措置を講じます。

○サービス提供により事故が生じた場合には、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡し、必要な措置を講じます。

## 7. 虐待防止について

利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講じます。

(1) 虐待を防止するための職員等に対する研修の実施。

(2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備。

(3) その他虐待防止のために必要な措置

サービス提供中に、当該センター職員等または養護者（利用者家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 8. 苦情の受け付けについて

(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） 生活相談員 真 野 由 美 子

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：40～17：40

電 話 015－572－3222

○苦情解決責任者 施設長 三 好 な お み

○第三者委員 伊 藤 征 四 郎 （連絡先 015－572－2145）

河 合 勇 夫 （連絡先 015－572－2170）

※ 苦情は面接・電話・書面などにより、苦情受付担当者が随時受け付けます。  
受け付けた苦情は、当事業所の苦情解決事業実施要綱に沿って解決を図ります。  
なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることも出来ます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

池田町保健センター 高齢者支援係	所在地 池田町字西3条5丁目2-1 電話番号・015-572-2100 F A X 015-572-2862 受付時間 9:00～17:00
北海道 国民健康保険団体連合会	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号・011-231-5161 F A X 011-233-2178 受付時間 9:00～17:00
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 かでの2. 7 3階 電話番号・011-204-6310 F A X 011-204-6311

令和 年 月 日

指定通所介護・池田町介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業のサービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

池田町デイサービスセンター

説明者職名

氏名 真 野 由 美 子

私は、本書面に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・池田町介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業のサービスの提供開始に同意しました。

利用者

<住 所> \_\_\_\_\_

<氏 名> \_\_\_\_\_ 印

家 族

<住 所> \_\_\_\_\_

<氏 名> \_\_\_\_\_ 印

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上1階
- (2) 建物の延べ床面積 544, 86㎡

### 2. 職員の配置状況

#### <配置職員の職種>

**管理者** …事業所の従業者の管理及び業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。

**生活相談員** …ご契約者及び家族の相談や利用計画、日程プログラム等のサービス調整や利用申し込みに係わる調整を行います。

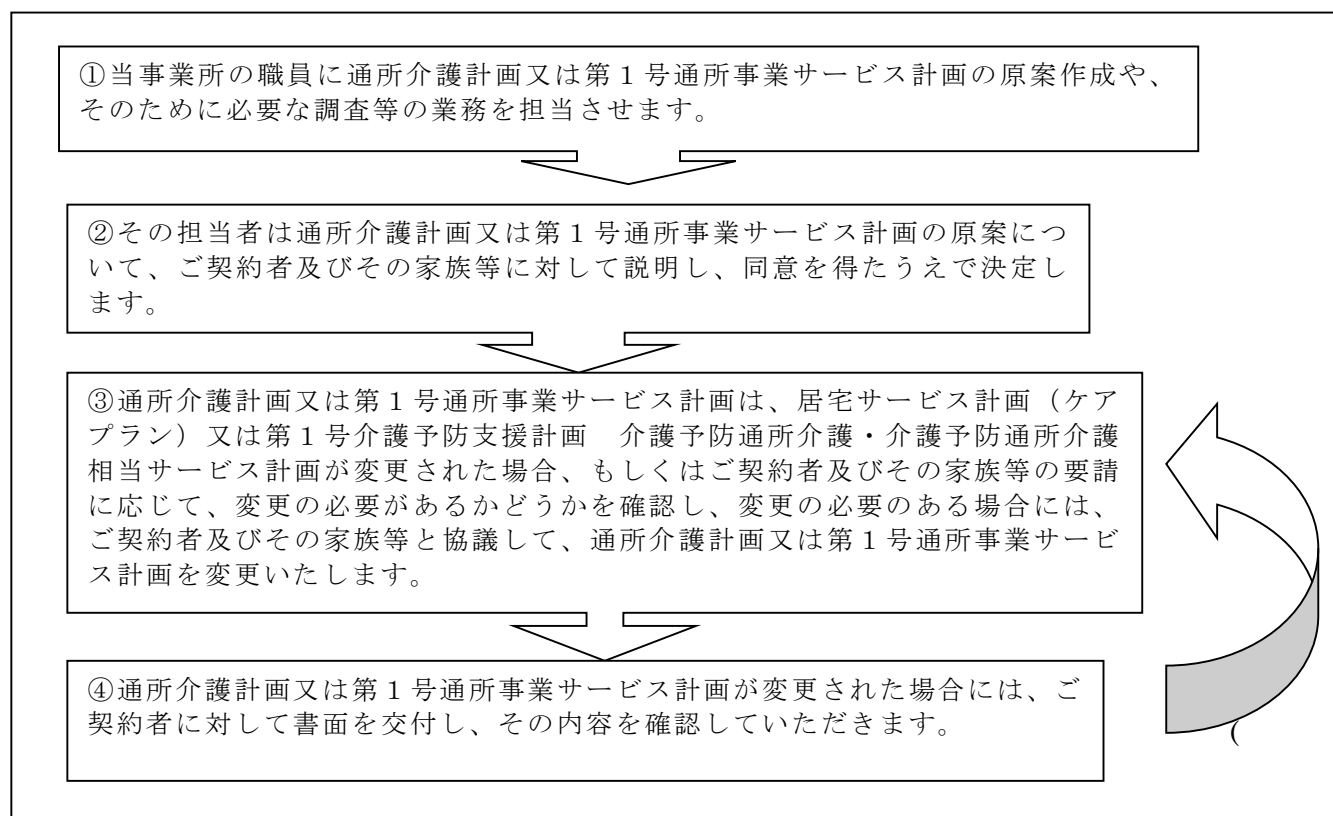
**介護職員** …ご契約者の日常生活の支援及び送迎を行います。

**看護職員** …ご契約者の健康管理や医療との連携支援を行います。

**機能訓練指導員** …介護状態の軽減又は悪化防止のために機能訓練を行います。

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

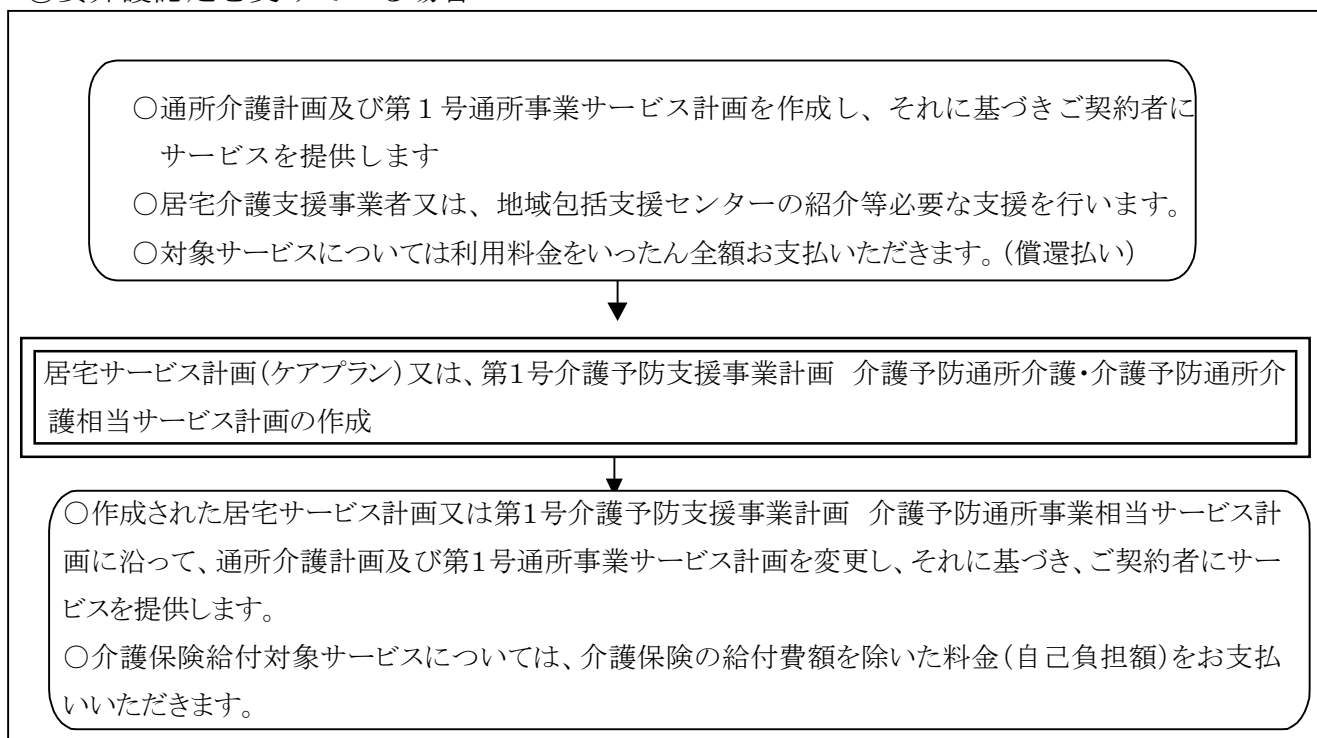
- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」又は「第1号介護予防支援事業計画 介護予防通所介護・介護予防通所介護相当サービス計画」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画」又は、「第1号通所事業サービス計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。



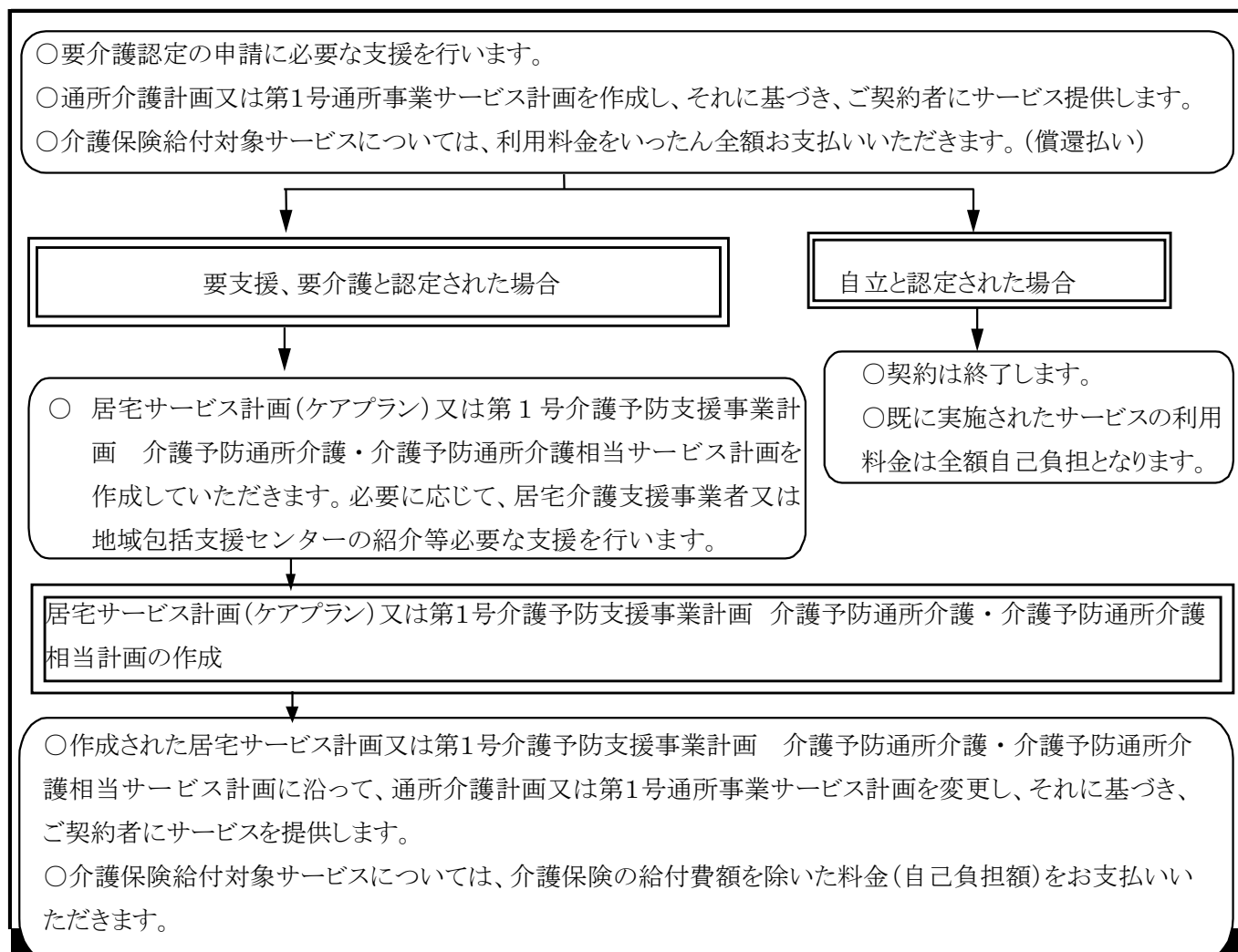


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」又は「第1号介護予防支援事業計画 介護予防通所介護・介護予防通所介護相当サービス計画」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



#### 4. 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って、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、主治医又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練をおこないます。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)  
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。  
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

#### 5. サービスの利用に関する留意事項

##### (1) 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下さい。
- 故意又は過失により、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現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。

##### (2) 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。

#### 6. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約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。

#### 7. 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、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、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、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することがで

きますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護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 当事業所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(詳細は以下をご参照下さい。)
- 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下さい。)

#### (1) ご契約者からの解約・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。その場合には、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。

ただし、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 ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画(ケアプラン)」又は第1号介護予防支援事業計画 介護予防通所介護・介護予防通所介護相当サービス計画が変更された場合
- ④ 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及び第1号通所事業サービスを実施しない場合
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 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

#### (2) 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3か月以上遅延し、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又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・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

#### (3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

## ＜サービス利用料金表＞

### 通所介護サービス（1回あたり）（自己負担額）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
①サービス利用料金	570 円	673 円	777 円	880 円	984 円
②サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 円	22 円	22 円	22 円	22 円
③入浴介助加算Ⅰ	40 円	40 円	40 円	40 円	40 円
④口腔機能向上加算Ⅰ （1ヶ月2回迄）	150 円	150 円	150 円	150 円	150 円
⑤栄養改善加算（1ヶ月2回迄）	200 円	200 円	200 円	200 円	200 円
⑥若年性認知症利用者受入加算	60 円	60 円	60 円	60 円	60 円
⑦事業所が送迎を行わない場合	-47 円	-47 円	-47 円	-47 円	-47 円
⑧介護職員処遇改善加算Ⅲ	①+②+③+④+⑤+⑥+⑦ ×8.0%				

※ 加算につきましては、ご本人、ご家族、担当ケアマネ等とご相談の上対応させていただきます。

### 介護予防通所介護サービス（1ヶ月）（自己負担額）

	要支援 1	要支援 2
①サービス利用料金	1,798 円	3,621 円
②サービス提供体制強化加算Ⅰ	88 円	176 円
③口腔機能向上加算Ⅰ	150 円	150 円
⑤若年性認知症利用者受入加算	240 円	240 円
⑥事業所が送迎を行わない場合	-47 円	-47 円
⑦介護職員処遇改善加算Ⅲ	①+②+③+④+⑤+⑥ ×8.0%	

※ 加算につきましては、ご本人、ご家族、地域包括支援センター等とご相談の上対応させていただきます。

☆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、居宅サービス計画又は、介護予防サービス又は介護予防通所介護相当支援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、ご契約者が保険給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。

☆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。（前記4（2）①参照）

☆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。