

社会福祉法人大崎市社会福祉協議会
古川大宮デイサービスセンター
第 1 号通所事業 重要事項説明書

1 事業者について

事業者名	社会福祉法人大崎市社会福祉協議会
所在地	宮城県大崎市古川三日町二丁目 5 番 1 号
電話番号	0 2 2 9 - 2 1 - 0 5 5 0
代表者氏名	理事長（会長） 高橋 栄徳

2 事業概要について

事業の種類	第 1 号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）（以下、「事業」という。）
事業の目的	生活相談員、看護職員及び介護職員（以下、「通所介護職員等」という。）が介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、「事業対象者」という。）に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。
事業所の名称	大崎市社会福祉協議会古川大宮デイサービスセンター
介護保険事業所番号	大崎市指定 0 4 7 1 5 0 1 1 3 0 号
事業所の所在地	宮城県大崎市古川大宮七丁目 2 番 3 号
電話番号	0 2 2 9 - 2 1 - 3 1 0 5
事業所管理者氏名	西 澤 友 美
当事業所の運営方針	当事業所の通所介護職員等は、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及び機能訓練を行うことにより、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身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
開設年月日	令和 1 8 年 7 月 1 日
利用定員	1 日 4 8 名（通所介護事業及び第 1 号通所事業の利用者総数）

3 事業実施地域、営業日及び営業時間について

通常のサービス 実施地域	大崎市古川地域、三本木地域、岩出山地域
営業日及び時間	① サービス提供日時 日曜日～土曜日 9：30～16：30 ② サービス受付日時 日曜日～土曜日 8：30～17：15

4 職員の体制について

令和 年 月 日現在

職 種	職員配 置	職 務 の 内 容
管 理 者	1 名	事業所の職員を指導監督し、通所介護サービス（以下、「サービス」という。）に係る業務管理を一元的に行います。
生 活 相 談 員	名	利用者の心身状況、希望、生活環境を踏まえ、機能訓練等の目標とそれを達成するための具体的なサービスの内容等を記載した第1号通所事業計画書（以下、「サービス計画書」という。）を作成するとともに、その実施状況及び目標の達成記録を行います。また、利用者及びその家族の日常生活の相談及び指導を行うほか、事業に係る関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス事業との連絡調整を行うなど事業に係る業務全般を行います。
看 護 職 員	名	利用者の健康状態を把握し、健康保持及び生活機能の維持改善を図ります。
機能訓練指導員	名	機能訓練等の目標とそれを達成するための具体的なサービス内容等を踏まえ、利用者の心身等の状況に応じて機能訓練を行います。
介 護 職 員	名	サービス計画書に基づき、利用者の機能訓練及び日常生活を営む上で必要な介助を行います。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

5 当事業所が提供するサービスと利用料金等について

(1) サービス内容

- ① 第1号通所事業計画書等の作成
- ② 生活相談
- ③ 日常生活上の世話
- ④ 入浴サービス
- ⑤ 送迎サービス
- ⑥ 食事サービス
- ⑦ レクリエーション
- ⑧ 機能訓練サービス
- ⑨ 健康状態の確認

(2) 利用料金

サービスについて、介護保険の適用を受ける場合、原則として介護報酬の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を乗じた額(平成30年8月1日以降適用分)の利用料がかかります。また、介護保険の適用を受けない場合、あるいは給付を超えた利用の場合は全額(10割)の利用料がかかります。料金体系については、下記に示した利用料をご負担いただきます。

- ① 地域単価(その他の地域) 1単位あたり10,000円
- ② 料金体系

(単位：円)

区 分	通所型サービス費(1ヶ月あたりの利用者負担額)			
	利用料 (10割)	法定代理 受領(1割)	法定代理 受領(2割)	法定代理 受領(3割)
事業対象者 (要支援1相当)	17,980	1,798	3,596	5,394
事業対象者 (要支援2相当)	36,210	3,621	7,242	10,863

③ 加算項目

加算項目	基本単位 (単位)	算定要件等	算定回数 等
生活機能向上グループ活動加算	1 0 0	生活機能の向上を目的に共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合に算定	1 月につき
若年性認知症利用者受入加算	2 4 0	若年性認知症（40歳から64歳まで）に利用者を対象に通所介護を行った場合に算定 ※認知症加算を算定している場合は算定しない	1 月につき
口腔機能向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ） 1 5 0 （Ⅱ） 1 6 0	（Ⅰ） 口腔機能の低下又はそのおそれがある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを実施した場合に算定 （Ⅱ） （Ⅰ）に適合し口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定	3 月以内の 期間に限り 1 月に 1 回 を限度
サービス提供体制強化加算 （Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）	（Ⅰ）（一） 8 8 （二） 1 7 6 （Ⅱ）（一） 7 2 （二） 1 4 4 （Ⅲ）（一） 2 4 （二） 4 8	厚生労働大臣が定める基準に合しているものとして届出た通所介護事業所が通所介護を行った場合に職員の配置状況より算定	1 月につき
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1 0 0	指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等の助言に基づき当事業所の機能訓練指導員、介護職員等が共同で身体状況の評価及び個別機能訓練計画の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合に算定	3 月に 1 回 1 月につき
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2 0 0	指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員、介護職員等が共同で身体状況の評価及び個別機能訓練計画の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合に算定	1 月につき
科学的介護推進体制加算	4 0	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報通所介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に算定	1 月につき

介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	(Ⅰ) 所定単位数×9.2% (Ⅱ) 所定単位数×9.0% ※1 参照	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組を行う事業所に認められる加算職員配置状況により算定	※2 参照
送迎減算	- 4 7	利用者に対して、その居宅と通所介護事業所の間の送迎を行わなかった場合、減算	片道につき

< ご注意 >

- ※1 所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、サービス提供体制強化加算・介護職員等処遇改善加算については区分支給限度基準額の算定対象から除外します。
- ※2 通常の介護報酬算出方式に基づき算出した額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額（平成30年8月1日以降適用分）を法定代理受領とします。
- ※3 上表のサービスの利用料は、厚生労働大臣が定めるサービス等に要する費用の額の算定に関する基準により算定した額（以下、「基準額」という。）であり、契約期間中に当該基準額が改定になった場合には、改定後の基準額が適用となります。
- ※4 利用者が保険料滞納、利用料滞納等により、給付制限等を受けている場合には、償還払い（一旦利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村から各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を差し引いた額の払い戻しを受ける方法）となります。なお、該当する方は、サービス提供証明書を発行いたしますのでお申し出ください。後日その証明書を関係市町村の介護保険担当課に提出することにより、払い戻しを受けることができます。

④ その他の利用料等

内 容	費 用
食 費	サービス利用時に提供される昼食の材料費及び調理費として、750円をご負担いただきます。
交通費	通常のサービス実施地域外の地域に居住する利用者に対して、自車等を使用し送迎サービスの提供に要する費用は、実施地域を越えた地点から1kmあたり50円をご負担いただきます。
コピー料金	サービスに関する記録の複写（コピー）の請求があった場合、記録の複写（コピー）代として1枚あたり10円をご負担いただきます。

⑤ キャンセル料

サービスをキャンセルした場合には、以下のとおりのキャンセル料をお支払いいただくこととなります。

キャンセルの時期	キャンセル料
前 日	法定代理受領負担分無料
当 日	法定代理受領負担分及び食費全額

※ただし、体調不良等やむを得ない場合を除きます。

⑥ 支払い方法

利用料等（キャンセル料、食費、交通費実費を含む。）の支払い方法は、月別に合算し請求しますので、請求日の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 口座振替によるお支払（七十七銀行、郵便局、その他金融機関）

イ 金融機関窓口から指定口座への振込みによるお支払（割賦納入）

⑦ その他

ア 介護保険法令等に基づいて、保険給付等を償還払いの方法にてご希望の場合は、申し出ください。

イ 提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払ください。

6 サービスの利用に関する留意事項について

（１） 利用者は、当事業所の施設、設備等を本来の用途に従って利用いただきます。

（２） サービス内容の変更サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業所は、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。

（３） 利用者の禁止事項

① 決められた場所以外での喫煙。

② 通所介護職員等又は他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行う行為を行なうこと。

7 個人情報等の保護及び守秘義務について

（１） 個人情報の保護

当事業所はあらかじめ文書（個人情報提供同意書）で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及びその家族の個人情報を利用しません。

(2) 守秘義務

事業所が雇用する通所介護職員等は、業務で知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、通所介護職員等であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職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、就業規則の内容に含むものとしします。

8 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受付いたします。

苦情受付窓口	大崎市社会福祉協議会 古川大宮デイサービスセンター 宮城県大崎市古川大宮七丁目2番3号 TEL 0229-21-3105 FAX 0229-21-3133
苦情受付担当	西澤友美
第三者委員	小野正子 万城目牧子 大場まき子 佐々木菊江
苦情受付時間	月曜日から土曜日 午前8時30分から午後5時15分

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

大崎市役所 (本庁)	高齢障がい福祉課 宮城県大崎市古川七日町1番1号 TEL 0229-23-6085 FAX 0229-23-2418 [受付時間] 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分
宮城県 国民健康保 険団体連合会	介護保険課 苦情処理係 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目2番3号(自治会館内) TEL 022-222-7700 FAX 022-222-7260 [受付時間] 月曜日から金曜日 午前9時00分から午後4時00分

※ 上記以外の関係行政機関その他の苦情機関については、別紙記載のとおりとなります。

(3) 苦情処理

苦情等があった場合、必要に応じて利用者への連絡・居宅訪問などにより苦情内容、その原因等を詳しく確認し、解決できるよう努めます。また、苦情処理の内容は、必ず記録に保存し、通所介護職員等にその内容を周知することにより再発防止に努めます。

9 身体拘束の禁止について

事業所は、利用者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。

10 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、苦情解決体制を整備し、通所介護職員等に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等、適切な対応が図られるための必要な措置を講じます。

11 事故発生時の対応について

(1) 事故発生時の対応及び損害賠償

サービスの提供中に事故が発生した場合、速やかにご家族へ連絡いたします。また、内容によっては関係市町村、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ報告いたします。なお、事業所の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体または財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償いたします。

(2) 事故発生の再発防止

事業所は万が一事故が発生した場合、事故の原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

12 緊急時の対応について

事業所は、サービスの提供中、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医等へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。なお、予め主治医等の緊急連絡先等を確認させていただきます。

1 3 非常災害対策について

- (1) 事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を実施いたします。
- (2) 非常災害時にサービス提供を中止した場合、利用者は原則自宅へお送りいたします。但し、ご家族との連絡がつかない場合や、帰宅が困難な状況と判断された場合には、事業所にて一時待機いただくことといたします。

1 4 第三者評価の実施状況について

第三者による評価の実施状況	1 あり	実 施 日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

事業所	サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。			
	住 所	〒 9 8 9 - 6 2 2 1 宮城県大崎市古川大宮七丁目 2 番 3 号		
	名 称	大崎市社会福祉協議会 古川大宮デイサービスセンター	指定 番号	大崎市指定 第 0 4 7 1 5 0 1 1 3 0 号
	説明者			
	電話番号	0 2 2 9 - 2 1 - 3 1 0 5	FAX	0 2 2 9 - 2 2 - 3 1 3 3
利用者	私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。			
	住 所	〒 ー		
	氏 名		電話 番号	() ー
署名代行者	私は、本人の同意意思を確認した上で、本人に代わり上記署名を行いました。			
	住 所	〒 ー		
	署名代行者氏名		電話 番号	() ー
	続 柄			