

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
丹寿荘デイサービスセンター
重要事項説明書（介護給付）

（令和6年 6月 1日改定）

お名前

様

はじめに

ご利用される丹寿荘デイサービスセンターのことについて、契約を結ぶ前に知っておいていただきたい内容をご説明します。

わかりにくいことがありましたら、遠慮なくご質問下さい。

1 相談窓口

事業所名	丹 寿 荘 デ イ サ ー ビ ス セ ン タ ー
住所	兵庫県丹波市市島町上竹田 2 3 3 6 - 1
電話	0 7 9 5 - 8 5 - 2 6 9 1
F A X	0 7 9 5 - 8 5 - 0 0 7 5
担 当	生活相談員

2 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日 (但し、1月1日から1月3日までの間は休業とします。なお、臨時休業する場合は、休業予定日の1ヶ月前までに、ご利用者及び関係機関等にお知らせします。)
営 業 時 間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前9時10分から午後4時40分

3 設置者の概要

設 置 者	法人名：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団	連絡先： (電 話) 0 7 8 - 9 2 9 - 5 6 5 5 (F A X) 0 7 8 - 9 2 9 - 5 6 8 8
	所在地：〒651-2134 神戸市西区曙町1070	
	代表者：理事長 藪本 訓弘	
	設 立：昭和39年7月1日	
併 設 事 業	老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	連絡先： (電 話) 0 7 9 5 - 8 5 - 3 2 5 1 (F A X) 0 7 9 5 - 8 5 - 0 0 7 5
	短期入所生活介護 障害者短期 介護予防短期入所生活介護	
	居宅介護支援事業 介護予防支援	

4 事業所の概要

事業所名	丹寿荘デイサービスセンター
所在地	兵庫県丹波市市島町上竹田2336-1
連絡先	(電話) 0795-85-2691 (FAX) 0795-85-0075
管理者氏名	岡崎 みほこ
事業所指定番号	2891300234
事業開始時期	平成31年4月1日
通常の実施地域	丹波市 市島町内及び春日町内
事業目的	地域の高齢者が、要介護状態となった場合にも、可能な限りその居宅で、その有する能力に応じ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世話及び機能訓練を行うことにより、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。
運営方針	<ul style="list-style-type: none"> (1) ご利用者本位を旨とした通所介護計画にそったサービスを提供します。 (2) ご利用者の権利を擁護するとともに、プライバシーを尊重したサービスを提供します。 (3) ご利用者の自立と自己実現を念頭においたサービスを提供します。 (4) ご利用者の自己決定を尊重したサービスを提供します。 (5) ご利用者とその家族に対する説明責任の遂行と相互理解を念頭においたサービスを提供します。 (6) 関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスを提供します。 (7) 職場内研修等を通じて職員資質の向上を図ると共に、専門性に裏付けられたサービスを提供します。

5 事業所の職員

職 種	員 数	担 当 業 務
管 理 者	1名	従業者の管理及び業務の実施状況の把握その他管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し、法令等遵守させるため必要な指揮命令を行います。
生活相談員	1名以上	ご利用者の利用受付、生活相談及び通所介護計画企画立案に従事するとともに、ご利用者又はご家族への説明を担当します。
介護職員	4名以上	ご利用者の状態にそって、自立した日常生活を営むことができるよう入浴、排泄、食事、調理、送迎など日常生活上必要な支援を担当します。

看護職員	1名以上	ご利用者の健康管理や療養上の世話及び日常生活上の介護等を行います。
機能訓練指導員	1名以上	ご利用者の心身の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の維持増進を図るための訓練を担当します。

6 サービス内容

ご利用者に対しては、次の中から選択されたサービスを、指定の時間帯に応じて提供します。なお、サービスの提供に当たっては、「通所介護計画」にそって、計画的に提供します。

サービスの種類	サービス内容
食事	(1) ご利用者の心身の状況に配慮した食事を提供します。 (2) ご利用者の障害等の状況に応じて必要な介護を行います。
入浴	(1) ご利用者の心身の状況に応じて必要な入浴の見守りや介護を行います。 (2) 入浴は、一般入浴と特殊入浴があり、ご利用者の障害等の状況や希望により適切な方法を選択することができます。
排泄介助	(1) ご利用者の心身の状況に応じて必要な介護を行います。
個別機能訓練	(1) ご利用者の心身の状況にそって、日常生活を送るうえで必要な心身機能の維持・回復訓練を行います。 (2) 福祉用具等の使い方等に関し、必要となるアドバイスをを行います。
送迎	(1) ご自宅と事業所との間を専用車両で送迎します。
レクリエーション	(1) ご利用者の心身の状況に応じた趣味活動、ゲーム、行事等を行い、心身のリフレッシュを図ります。
健康管理	(1) ご利用者の健康増進を図る為、心身の状態に応じた健康チェック・看護相談等を行います。
栄養改善	(1) ご利用者の心身の状態にそって、栄養相談等の必要な支援を行います。
口腔機能向上	(1) ご利用者の口腔機能の状態にそって、必要な支援を行います。

7 サービスご利用料金

※ 地域密着型通所介護費を掲示します。

(1) 1回あたりのご利用料金 (1割)

7時間以上8時間未満

(単位：円)

ご利用料/要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① サービスご利用料金	7,530	8,900	10,320	11,720	13,120
② 介護保険からの給付額	6,777	8,010	9,288	10,548	11,808
③ ご利用者負担額 (①-②)	753	890	1,032	1,172	1,312

1回あたりのご利用料金（2割）

7時間以上8時間未満

（単位：円）

ご利用料／要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① サービスご利用料金	7,530	8,900	10,320	11,720	13,120
② 介護保険からの給付額	5,994	7,120	8,256	9,376	10,496
③ ご利用者負担額（①－②）	1,536	1,780	2,064	2,344	2,624

1回あたりのご利用料金（3割）

7時間以上8時間未満

（単位：円）

ご利用料／要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① サービスご利用料金	7,530	8,900	10,320	11,720	13,120
② 介護保険からの給付額	5,271	6,230	7,224	8,204	9,184
③ ご利用者負担額（①－②）	2,259	2,670	3,096	3,516	3,936

※ ご利用料金表「ご利用者負担金」は、「ご利用料金」の1割又は2割又は3割を例示しておりますが、減免制度に応じて減額となる場合があります。

(2) 体制加算について

上記の表「ご利用料金」以外に厚生労働省の定める基準に従い、施設が整えているサービスの提供体制に係る加算について、以下の額の1割又は2割又は3割を負担いただきます。

ア サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（220円／回）

事業所の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、または勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上である場合に加算

イ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（180円／回）

事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に加算

ウ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（60円／回）

指定地域密着型通所介護をご利用者に直接提供する職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上、または勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上である場合に加算

※ ア、イ、ウのうち1項目を算定します。同時算定は行いません。

エ 中重度者ケア体制加算（450円／日）

- ① 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。
- ② 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であること。
- ③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1以上確保していること。

オ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ

所定単位数にサービス別加算率（9.2%）を乗じた単位数で算定

※所定単位数：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数

(3) その他の加算等に係る負担について（希望者のみ）

ア 入浴介助加算Ⅰ（400円／日）

都道府県知事への届け出により、基準による入浴介助を行った場合に加算

イ 入浴介助加算Ⅱ（550円／日）

医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、ケアマネージャーなど（以下この号において「医師等」という。）が居宅訪問し、浴室における利用者の動作及び環境を評価する。居宅訪問した医師等と多職種が連携し、利用者の身体状況や浴室環境などを踏まえた個別の入浴計画を作成。計画に基づいた、居宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合に加算

ウ 個別機能訓練加算 I イ（560円/日）

- ① 指定地域密着型通所介護を行う時間帯に、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下この号において「理学療法士等」という。）を1名以上配置していること。
- ② 個別機能訓練計画の作成及び実施において利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。
- ③ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画書に機能訓練を行っていること。
- ④ 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3ヶ月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っていること。

※ ①・②・③・④のいずれの要件も満たした場合に加算

エ 個別機能訓練加算 I ロ（760円/日）

- ① 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下この号において「理学療法士等」という。）を1名以上配置していること。

※ ②・③・④は前項同様

オ 個別機能訓練加算（Ⅱ）（200円/月）

個別機能訓練加算 I に加え、個別機能訓練計画などの内容をデータ提出、フィードバックを受けている場合に算定

カ ADL維持等加算（Ⅰ）（300円/月）

キ ADL維持等加算（Ⅱ）（600円/月）

算定要件を満たす地域密着型通所介護事業所の利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6か月目に Barthel index で ADL 値を測定する。要件を満たす場合、評価対象期間の満了日の月の翌月から算定する。

（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれか一方のみ、ADL維持等加算の算定が認められる。

ク 栄養アセスメント加算（500円/月）

管理栄養士と他の職種が共同で栄養アセスメントを実施し、栄養状態などを利用者・家族に説明する。

ケ 栄養改善加算（2,000円/回）

低栄養状態にあるご利用者又はそのおそれのあるご利用者に対して、低栄養状態の改善を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合に加算（3月以内の期間に限るが、必要と認められるご利用者には引き続き加算）栄養改善サービスの提供にあたって、必要に応じて管理栄養士が居宅を訪問する。

コ 口腔機能向上加算 I（1,500円/月）

口腔機能が低下しているご利用者又はそのおそれのあるご利用者に対して、口腔機能の向上を目的として個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食

・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合に加算（3月以内の期間に限るが、必要と認められるご利用者には引き続き加算）

サ 口腔機能向上加算Ⅱ（1,600円/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データ提出し、フィードバックを受けている場合に算定

シ 科学的介護推進体制加算（400円/月）

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況などに係る基本的な情報のデータ提出とフィードバックを受けている場合に算定

コ 認知症加算（600円/日）

① 規定の介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。

② 前年度又は算定日が属する月の3月間の利用者の総数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が100分の20以上であること。

③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修等を終了した者を1以上確保していること。

※ 上記（2）及び（3）に記載する加算の対象となった場合には、（1）の1回あたりのご利用料金以外に厚生労働大臣の定める基準（原則、加算の金額のうち1割又は2割又は3割）に従いご負担をいただくこととなります。また、このような場合には事前にお知らせします。

（4）その他の料金

有料となる内容	ご利用者負担金
食費	645円/1回（おやつ代を含む）
おむつ代	実費相当額

有料となる内容	ご利用者負担金
対象地域外送迎料金	事業所から概ね10Km未満 500円/1回（片道） 事業所から概ね10～15Km未満 600円/1回（片道） 事業所から15Km以上の場合は5Km毎に100円加算（片道）
文書複写料金	10円/1枚
キャンセル料	サービスのご利用をキャンセルされる場合、ご利用予定の前日午後5時までにご連絡いただいた場合のキャンセル料は不要ですが、以後のキャンセルについては、食費として600円をいただく場合があります。
ご利用者のお宅で使用する公的電話料金	ご利用者のお宅を訪問したとき、ご利用者の用事で電話をお借りした場合の電話料金は、ご利用者の負担となります。

(5) 料金のご請求・お支払い方法等について

<p>料金の請求</p>	<p>ご利用いただいた月の利用料をまとめて、翌月の10日頃に請求書をご利用者本人にお渡し又はご自宅に郵送させていただきます。</p>
<p>支払い方法</p>	<p>請求書を受け取られた月の末日までに、下記の指定金融機関口座にお振り込みいただくか、又は当デイサービスセンターにご持参くださるようお願いいたします。なお、振り込み手数料は、ご利用者でご負担いただくこととなります。 中兵庫信用金庫の口座をお持ちの場合は、口座振替も可能です。</p> <p>金融機関名 中兵庫信用金庫</p> <p>支店名 市島支店</p> <p>口座種別・番号 普通預金 0037413</p> <p>口座名義 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 丹寿荘所長 上田あゆみ</p>
<p>領収書の発行</p>	<p>入金又はお支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>

- (注1) 今後この料金体系は変更する場合があります。その際はご利用者に事前に文書をお渡しして、説明します。
- (注2) ご利用者がまだ要介護認定を受けられていない場合は、サービスのご利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けられたあとで、ご利用者が保険者に還付申請を行うことで、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)
- (注3) 「暫定居宅サービス計画」が作成されている場合は、「ご利用者負担金」のみお支払いいただきます。
- (注4) 要介護の認定を受けられていても、「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合は、サービスのご利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されたあとで、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)
- (注5) 償還払いの場合は、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」を交付いたします。
- (注6) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、介護保険給付の対象外となり、地域密着型通所介護にかかるサービス料金の全額をご負担いただきます。

8 担当者の変更について

サービスを提供する担当職員の変更を希望される場合は、サービス窓口の担当者までご連絡下さい。ご利用者のご希望を尊重して調整を行います。

ただし、ご利用者から特定の職員の指名はできないこと、当事業所の人員配置などにより、ご希望に添えない場合もありますことをあらかじめご了承下さるようお願いいたします。

9 事業所の責務について

(1) 通所介護計画について

- ① 当事業所は、ご利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」に従い、ご利用者の心身の状況やご意向にそった「通所介護計画」を作成し、ご利用者に説明し同意をいただいたうえで計画的にサービスを提供します。
- ② 当事業所は、ご利用者がサービスの内容や提供方法の変更を希望されるとき、その変更が「居宅サービス計画（ケアプラン）」の範囲内で可能な場合には、すみやかに「通所介護計画」の変更等に対応いたします。
- ③ 当事業所は、ご利用者が「居宅サービス計画（ケアプラン）」の変更を希望されるときは、すみやかに居宅介護支援事業所に連絡し調整等を行います。

(2) 提供したサービスの記録について

ご利用者に提供したサービスは、サービス提供記録として記録に残し、サービス完結後、5年間保管します。

保管している記録は、保険者・県等の行政機関・医療機関等に対して、老人福祉法及び介護保険法等の法令に基づく情報提供及びご利用者もしくはご利用者の同意を得られた者に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。

(3) 個人情報の保護について

当事業所及び職員がご利用者にサービスを提供する際に、ご利用者やご家族に関して知り得た情報は、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。

ただし、円滑かつ一体的なサービスを提供するために、保険者・県等の行政機関・医療機関等やサービス担当者会議でご利用者もしくはご家族の情報を使用する場合があります。

この場合は、あらかじめご利用者もしくはご家族に説明し同意をいただいたうえで使用します。同意をいただいた場合は同意書に署名をいただきます。

なお、ご利用者のご家族から説明のご希望があった場合には、ご利用者に対し行った説明をご家族にも行い、同意をいただくことも可能です。

(4) 急変時等の対応について

サービス提供中にご利用者の体調が急変するなどの緊急事態が発生した場合は、あらかじめご利用者から情報を提供いただいている主治医に連絡するとともに、必要な対応を行います。

また、あらかじめご指定いただいたご家族等の連絡先にも連絡いたします。

<緊急時連絡先一覧>

区分		主治医 (かかりつけ医)	ご家族	その他
連絡先 1	名称・氏名			
	電話番号			
連絡先 2	名称・氏名			
	電話番号			

(5) 賠償責任について

- ① 当事業所の責による事由により、ご利用者の生命・財産などに損害を与えた場合は、当事業所は、ご利用者に対しその損害賠償を履行いたします。
- ② 当事業所は、損害賠償責任を履行するため、施設損害賠償保険（別紙）に加入しています。保険の内容や詳細について説明が必要な場合は、相談窓口担当者までお申し出下さるようお願いいたします。

1 0 非常時の対応について

当事業所では、非常事態に備えて、火災、風水害、地震等に対処するための防災計画を作成するとともに、防火管理者、火気管理責任者、避難誘導担当者等の責任者を定め、毎年2回定期的に避難誘導訓練、消火訓練、その他必要な訓練を行います。

1 1 苦情や相談窓口について

当事業所に対するご利用者やご家族からの苦情やご要望等に対しましては、兵庫県社会福祉事業団の「福祉サービスに対する苦情解決事業実施要綱」により、適切な対応を行うこととしておりますので、次の窓口までお気軽にお申し出下さいますようお願いいたします。

(1) 事業所の苦情受付窓口

苦情相談窓口	住 所 〒669-4341 丹波市市島町上竹田2336-1 電 話 0795-85-2691 FAX 0795-85-0075 担当 生活相談員 長嶺 嘉継
苦情受付責任者	高齢者総合福祉施設丹寿荘 課長（地域支援担当） 岡崎 みほこ
苦情解決責任者	高齢者総合福祉施設丹寿荘 所長 上田あゆみ

(2) 法人の苦情受付窓口

兵庫県社会福祉事業団 事務局	住 所 〒651-2134 神戸市西区曙町1070 電 話 (078) 929-5655 FAX (078) 929-5688
-------------------	---

(3) 第3者委員

当法人に第3者委員を設置しています。

第3者委員	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団監事 田村 賢一
	電話番号 : 078-929-5655
	FAX番号 : 078-929-5688 (24時間受付)
	受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝、年末年始除く)
	法務省保護司 宗野 義潔
	電話番号 : 090-5887-6126
	受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝、年末年始除く)
	江戸町法律事務所弁護士 吉田 邦子
	電話番号 : 078-331-0586
	FAX番号 : 078-331-0545 (24時間受付)
受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝、年末年始除く)	

--	--

(4) 行政機関、その他の苦情受付機関

ア 市・町・村 介護保険担当課

※介護保険に関する苦情や相談の窓口は、保険加入の各市町村で受付をします。

イ 国民健康保険団体連合会

- ① 住所 : 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
- ② 電話番号 : 078-332-5617
- ③ FAX番号 : 078-332-5650
- ④ 受付時間 : 9:00~17:15 (月) ~ (金)

ウ 兵庫県福祉サービス運営適正化委員会

- ① 住所 : 神戸市中央区坂口通2-1-1 兵庫県福祉センター内
- ② 電話番号 : 078-242-6868
- ③ FAX番号 : 078-271-1709
- ④ 受付時間 : 10:00~16:00 (月) ~ (金)

1 2 重要事項を説明した年月日

この重要事項説明書の 説明場所及び説明年月日	場所：
	日時：令和 年 月 日 時 分～ 時 分

※ なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、ご利用者にその内容を文書にてお知らせし、口頭によりご説明いたします。

デイサービスの提供開始にあたり、本重要事項説明書に基づく重要な事項をご利用者に対して説明しました。

事業者 所在地 丹波市市島町上竹田2336-1
名 称 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
丹寿荘 地域密着型通所介護事業所
所長 上田 あゆみ

説明者 職 _____
氏 名 _____ 印

私は、事業者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

(ご利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(身元引受人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(署名代行者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

別紙

損害賠償保険について

1 契約会社

(1) 会社名 株式会社損害保険ジャパン

(2) 住 所 東京都新宿区西新宿

2 保障の範囲 施設のサービス提供中に施設の管理責任の範囲内で生じた事故

3 基本補償額

(1) 対人賠償 (1名・1事故) 2億円・10億円

(2) 対物賠償 (1事故) 2,000万円

(3) 受託・管理物賠償(保険契約期間中)
※括弧内は現金の補償限度額 200万円(20万円)

(4) 人権侵害 (保険契約期間中) 1,000万円

(5) 初期対応費 (保険契約期間中) 500万円

(6) 事故初期見舞費用(1名につき) 死亡: 10万円

入院時: 3万円

通院時: 1万円

(7) 身体・財物の損失を伴わない
経済的損失(保険契約期間中) 1,000万円