

# 指定通所介護（デイサービス） 重要事項説明書

社会福祉法人 稲穂会  
デイふあ～みん高砂

令和6年4月 改訂

## 指定通所介護（デイサービス）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。  
(兵庫県指定 第 2872100959 号)

当事業所は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」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。

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 稲穂会
- (2) 所在地 兵庫県加古川市加古川町寺家町6-2-1番地
- (3) 電話番号 079-451-8550
- (4) 代表者氏名 理事長 中村 良祐
- (5) 設立年月 平成12年1月

### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所
- (2) 事業所の目的 介護保険法令の趣旨に従い、契約者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、契約者に対して指定通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイふあ～みん高砂
- (4) 事業所の所在地 兵庫県高砂市阿弥陀町北池102
- (5) 電話番号 079-447-0515
- (6) 事業所長（管理者） 楠田 朋香
- (7) 当事業所の運営方針 この事業所は、要介護状態等の契約者に対して、次の指定通所介護サービスを提供することにより、契約者の社会的孤立感の解消及び心身機能の向上をはかるとともに、その家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- (8) 開設年月 令和6年4月1日
- (9) 利用定員 30人
- (10) 事業所が行っている他の事業  
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。  
[第一号通所事業（通所介護相当）] 令和6年4月1日 加古川市指定 2872100959 号

### 3. 事業実施地域及び運営時間

- (1) 通常の事業の実施地域 加古川市、高砂市

## (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日、祝祭日 但し、日曜日及び12月31日から1月3日は休業。
営業時間	8：15～17：15
サービス提供時間	9：15～16：30

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として以下の職種の人員を配置しています。

### <主な職員の配置状況>

職種	常勤換算
1. 管理者	1.0名
2. 介護職員	2.0名以上
3. 生活相談員	1.0名以上
4. 機能訓練指導員	1.0名以上
5. 看護職員	1.0名以上
6. 調理師	外部委託
7. 送迎員	必要数

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40.0時間）で除した数です。

（例）週8.0時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、  
1名（8.0時間×5名÷40.0時間＝1名）となります。

### <主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 8：15～17：15 原則として2名以上の介護職員が勤務します。
2. 看護職員	勤務時間 8：15～17：15 原則として1名以上の看護職員が勤務します。

## 5. 当事業所が提供するサービス利用料金等について

当事業所では、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) 利用料金の金額を契約者に負担いただく場合 |

### (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、保険者が発行する介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じて介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

☆共通サービス

契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

①食事

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ (委託先) 栄養士による献立により、栄養のバランスや高齢者の身体を考慮した食事を提供します。
- ・ 食事のキャンセルは当日の 8 時 30 分までにご連絡ください。お迎えに伺ってデイを休まれる場合は、食事代のキャンセル料が発生いたします。

②入浴

- ・ 契約者の希望により、入浴介助を行います。

③送迎サービス

- ・ 契約者の希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

<加算対象サービス>

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。利用の際には、加算額の 1 割を追加料金として負担いただきます。但し、一定以上の所得がある場合は 2～3 割を負担していただくことがあります。

- ・ 入浴（入浴加算）：入浴介助を行います。
- ・ 個別機能訓練加算：日常生活機能の維持、向上を目的としたりハビリを行います。
- ・ サービス提供体制強化加算：介護福祉士資格を有した職員を適正に配置します。

<サービス利用料金（1回あたり）>（契約書第 6 条参照）

下記の利用料金表により、契約者の要介護度に応じた自己負担額をお支払い下さい。

契約者の 自己負担金額	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	655 単位/回	773 単位/回	896 単位/回	1,018 単位/回	1,142 単位/回

☆加算対象サービスの単位：それぞれの料金が上記に加算、減算されます。

契約者の 自己負 担金額	入浴加算（Ⅰ） 40 単位/回	処遇改善加算Ⅰ 利用料金の 5.9%	特定処遇改善加算Ⅰ 利用料金の 1.2%	介護職員等 ベースアップ等支援加算 利用料金の 1.1%
	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ 56 単位/回	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18 単位/回		地域区分 7 級地 (1 単位=10.14 円)
	送迎減算 -47 単位/回		同一建物減算 -94 単位/回	

☆契約者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。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、契約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」を交付します。

☆契約者の食事にかかる費用は別途いただきます。(下記(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、契約者の負担額を変更します。

## (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 食事にかかる費用(1回あたり) 料金：昼食代750円 おやつ代100円

② レクリエーション

契約者の希望によりレクリエーション等に参加していただくことができます。

利用料金(1回あたり) 材料費他：税込30円

③ 複写物の交付

契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費を負担いただきます。 1枚につき 税込10円

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品(オムツ・パット等)の購入代金等契約者の日常生活に要する費用で契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

## (3) 利用料金の支払い方法(契約書第6条参照)

○翌月の15日(金融機関が休業日の場合、翌営業日)に契約者の指定の口座(JA兵庫南の口座のみ)から引き落としさせていただきます。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

○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、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

## 6. 契約期間途中での解約の場合

この契約は、契約期間中であっても、利用者の方から解約を希望する1週間までにお申し出いただければ解約することができます。この場合、解約料のお支払いは必要ありません。

## 7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当	担当者氏名：楠田 朋香
------------	-------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（家族・親族・同居人等）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、速やかに市町村に通報します。

## 8. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合は、利用者に説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 9. 衛生管理等

- (1) 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その内容は、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 10. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的業務継続計画の見直し、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 1 1. 反社会的勢力の排除

このサービスは、利用者又は代理人が次のいずれにも該当しない場合に利用をすることができ、いずれかに該当する場合には、当JAはこのサービスの利用をお断りするものとします。また、契約締結後に次のいずれかに該当した場合には、当JAはサービスの提供を停止し、また解約の通知をすることにより、この契約を解約することができるものとします。

- ① 暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者も含みます）、暴力団準構成員、暴力団関係企業、総会屋等、その他の反社会的勢力に該当すると認められること
- ② 反社会的勢力に対して資金等を提供し、または便宜を供与する等の関与をしていると認められること
- ③ 反社会的勢力を不当に利用していると認められること
- ④ その他反社会的勢力と社会的に非難されるべき関係を有していると認められること

## 1 2. 苦情の受付について（契約書第20条参照）

### （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）

[職名]            管理者            楠田 朋香  
                         生活相談員      佐田 智美      小野 奈央子

○受付時間      毎週月曜日～土曜日    8:15～17:15

○電話番号      079-447-0515    ○FAX番号 079-447-0663

### （2）行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険団体連合会	所在地	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
	電話番号	(078) 332-5617
	FAX番号	(078) 332-5650
	受付時間	9:00～17:15 月～金
兵庫県加古川健康福祉事務所 監査・指導課	所在地	加古川市加古川町寺家町天神木97-1
	電話番号	(079) 421-9296
	FAX番号	(079) 422-7589
	受付時間	9:00～17:15 月～金

※上記のほか、契約者の所在地（市町）の介護保険課の窓口でも受付できます。

改定

令和6年4月1日

以上、指定通所介護サービスの提供開始に際して、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

社会福祉法人 稲穂会 デイふあ～みん高砂  
説明者 氏名

㊞

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。

令和 年 月 日

契約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

署名代行者 住所 \_\_\_\_\_

(続柄: ) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞