

【契約書別紙】

指定通所介護重要事項説明書

＜令和 6 年 7 月 1 日 現在＞

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 駒ヶ根市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 長野県駒ヶ根市梨の木2番25号
- (3) 電話番号 0265-81-5900
- (4) 代表者氏名 会長 有賀 秀樹
- (5) 設立年月 昭和40年4月

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1月31日指定
長野県2071000109号
- (2) 事業所の目的 介護保険法により要介護の状態になった者に対し適切な通所介護
を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター 竜東やまびこ園
- (4) 事業所の所在地 長野県駒ヶ根市中沢12076番地1
- (5) 電話番号 0265-83-5060
- (6) 事業所長（管理者）氏名 竹内 恵子
- (7) 当事業所の運営方針
 - ① 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化防止又は要介護状態となる事の予防
に資するよう、その目標を設定し、計画的に行う。
 - ② 提供する通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。
- (8) 開設年月 平成7年4月1日
- (9) 利用定員 39人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 駒ヶ根市の全区域
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（祝祭日含む） 年末年始は基本12月30日から1月3日まで （状況により変更あり）を除く
営業時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間	午前9時00分～午後5時00分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご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、以下の職種の職員を配置しています。

〈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	常 勤	非 常 勤
管理者（兼務）	1 名	
介護職員	6 名以上	10 名
生活相談員	1 名以上（1名兼務）	
看護職員	1 名以上	3 名
機能訓練指導員	1 名以上	1 名
調理員		4 名
業務員		
栄養士	1 名	
管理栄養士		1 名

5. 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
(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。

〈サービスの概要〉

(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）

①食事〈実費・・・光熱水道費及び人件費含む〉

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

②入浴

- ・入浴及び必要に応じ清拭を行います。寝たきりでも特殊機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ご契約者の心身状態に応じた排泄の介助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤その他

- ・地域の皆様方が随時見学に対応できるような施設づくりを心掛けています。
- ・デイサービス提供に当たり、身体拘束、行動制限をする行為は行いません。
- ・第三者による評価を令和元年度に実施いたしました。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、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。）

原則として ＊6時間以上7時間未満

＊7時間以上8時間未満 とします

通常規模型報酬単価

（6時間以上7時間未満）

介 護 度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用金額	5,840 円	6,890 円	7,960 円	9,010 円	10,080 円
介護報酬金額 （1割）	5,256 円	6,201 円	7,164 円	8,109 円	9,072 円
介護報酬金額 （2割）	4,672 円	5,512 円	6,368 円	7,208 円	8,064 円
介護報酬金額 （3割）	4,088 円	4,823 円	5,572 円	6,307 円	7,056 円
サービス利用に係る 自己負担額（1割）	584 円	689 円	796 円	901 円	1,008 円
サービス利用に係る 自己負担額（2割）	1,168 円	1,378 円	1,592 円	1,802 円	2,016 円
サービス利用に係る 自己負担額（3割）	1,752 円	2,067 円	2,388 円	2,703 円	3,024 円

（7時間以上8時間未満）

介 護 度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用金額	6,580 円	7,770 円	9,000 円	10,230 円	11,480 円

介護報酬金額 (1割)	5,922 円	6,993 円	8,100 円	9,207 円	10,332 円
介護報酬金額 (2割)	5,264 円	6,216 円	7,200 円	8,184 円	9,184 円
介護報酬金額 (3割)	4,606 円	5,439 円	6,300 円	7,161 円	8,036 円
サービス利用に係る 自己負担額 (1割)	658 円	777 円	900 円	1,023 円	1,148 円
サービス利用に係る 自己負担額 (2割)	1,316 円	1,554 円	1,800 円	2,046 円	2,296 円
サービス利用に係る 自己負担額 (3割)	1,974 円	2,331 円	2,700 円	3,069 円	3,444 円

加算

- | | |
|------------------------|--|
| ① 入浴介助加算 I | (1割) 40 単位/回
(2割) 80 単位/回
(3割) 120 単位/回 |
| 入浴介助加算 II (対象者) | (1割) 55 単位/回
(2割) 110 単位/回
(3割) 165 単位/回 |
| ② サービス提供強化体制加算 I | (1割) 22 単位/回
(2割) 44 単位/回
(3割) 66 単位/回 |
| ③ 個別機能訓練加算 I ロ | (1割) 76 単位/回
(2割) 152 単位/回
(3割) 228 単位/回 |
| 個別機能訓練加算 I イ (職員配置により) | (1割) 56 単位/回
(2割) 108 単位/回
(3割) 168 単位/回 |
| ④ 個別機能訓練加算 II | (1割) 20 単位/月
(2割) 40 単位/月
(3割) 60 単位/月 |
| ⑤ 中重度者ケア体制加算 | (1割) 45 単位/回
(2割) 90 単位/回
(3割) 135 単位/回 |
| ⑥ 認知症加算 (対象者) | (1割) 60 単位/回
(2割) 120 単位/回
(3割) 180 単位/回 |
| ⑦ A D L維持等加算 I | (1割) 30 単位/月
(2割) 60 単位/月 |

	(3割)90単位/月
⑧ 栄養アセスメント加算	(1割)50単位/月
	(2割)100単位/月
	(3割)150単位/月
⑨ 栄養改善加算	(1割)200単位/月2回まで
(低栄養状態またはその恐れがある利用者)	(2割)400単位/月2回まで
	(3割)600単位/月2回まで
⑩ 科学的介護推進体制加算	(1割)40単位/月
	(2割)80単位/月
	(3割)120単位/月
⑪ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(1割)所定単位数の92/1000加算/月
	(2割)所定単位数の184/1000加算/月
	(3割)所定単位数の276/1000加算/月
(介護職員処遇改善加算とは、介護サービスの質向上の目標を踏まえた 介護職員処遇全般「賃金、教育、研修、職場環境等」の改善のための加算)	
* その他（利用状況により個別にご案内いたします。）	

- ・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、ご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。
- ・ご契約者に提供する食事の材料他に係る費用は別途いただきます。
- ・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。

(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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①食事及びおやつの提供（食材料費他）

ご契約者に提供する食事及びおやつにかかる費用です。

料金：1日あたり850円

②時間外サービスの提供

急な用事等により早朝及び夜間に受け入れが必要な場合ケアサービスを提供します。

その際、最大8時間の指定通所介護の前後にケアサービスを提供した場合は、実費1時間1,000円を負担していただきます。

③通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎費用として、1km当り37円で精算した額をいただきます。

④手工芸等材料代及び行事等必要な実費をいただきます。

(費用は内容により変更あり)

⑤自主事業通所サービスに関する内容および費用については別紙契約内容とします。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条参照)

前記(1)の料金は1か月ごとに計算し、ご請求しますので翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書条参照)

①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居宅介護支援専門員又は事業者申し出て下さい。

②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。

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	当日の利用料金(自己負担相当額)の50%

③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が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。

6. 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ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

① 苦情受付窓口

担当者 池上 さつき

責任者 竹内 恵子

② 受付時間 毎週月曜日～金曜日

午前8時30分～午後5時15分

申し出により上記日時以外であっても対応いたします。

(2) その他苦情受付機関

当社協以外に、下記の相談・苦情窓口に伝えることができます。

- ① 市町村名 駒ヶ根市
担当 地域保健課
電話 0 2 6 5 - 8 3 - 2 1 1 1
- ② 長野県国民健康保険団体連合会
担当 介護保険課苦情処理係
電話 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 0 (直通)

自然災害発生時の対応

（１）安全確保（利用者および職員）

- ア．自然災害などによって被害や交通障害が想定できる場合は、気象情報などを情報収集し、必要に応じて緊急避難場所に避難します。
- イ．あらかじめ避難することが困難な場合は、職員自らの安全を確保すると同時に、利用者に対する声かけなどにより安全を図ります。揺れや風雨（雪）が収まってきたら、利用者及び職員の安否を確認します。
- ウ．重傷者が発生場合は、医師による治療が行われるまで、可能な限りの応急手当を施します。また、不幸にも死者が出た場合は、他の利用者から隔離して安置します。

（２）利用者の避難経路の確保

- ア．施設の被害状況（建物の損傷、備品の転倒、ガラスの散乱など）を確認し、利用者の避難経路を確保します。
- イ．揺れや土砂崩れによる建物の倒壊、損傷や水没の恐れがある場合は、すみやかに避難します。利用者の心身状態の特性に応じて、避難時に介助が必要な方や、パニック等による２次災害が想定される方の対応に留意します。

（３）職員の人員の確保

- ア．自然災害などによって被害や交通障害が想定できる場合は、夜間休日でも、あらかじめ職員体制を整えておきます。被害が想定できなかった場合や、夜間休日等閉園している時間帯の場合は、あらかじめ定めておいた参集体制や非常連絡網等により、必要な職員を確保します。
- イ．職員が参集したら、管理者（不在の場合は次順位の職員）を指揮者とし、災害対策に係る組織体制に従って行動します。

（４）停電時の対応

停電が生命に関わる方（人工呼吸器、在宅酸素、痰の吸引器などを使用する方）が利用している場合は、非常用発電機を使用し正常に作動することを確認します。

（５）関係機関との連絡調整

被害（利用者、職員、施設・設備）があった場合は、すみやかに法人事務局に報告します。また、必要に応じて関係機関（医療機関、行政、消防など）との連絡調整を密

にします。特に大きな災害では、応援人員の派遣要請などにつなげます。

(6) ご家族への連絡

- ア. 利用者の安否を、必要に応じて、ご家族に伝えます。
- イ. 自然災害が発生した場合は、利用開始時にお聞きしてありますご家族に連絡の上、指示や意向を確認します。

(7) その他

- ① 自然災害などによって被害や交通障害が想定できる場合は、気象情報などを情報収集の上、管理者及び法人基幹側の判断により閉園する場合があります。その際には事前に連絡致します。
- ② 利用時間中に前記のような状況が予測される場合、管理者及び法人基幹側の判断により営業時間を短縮し、ご自宅へ送らせて頂く場合があります。その際には事前に連絡致します。
- ③ 利用時間中に「警戒レベル3 高齢者等避難」等が関係各省などから発令された場合、利用者の安全確保を最優先し、状況をみて速やかに営業を中止しご自宅又は、指定の避難所へお送りします。
- ④ 発令地域にお住まいの方の場合、本人、ご家族の意向を確認の上、状況が安定するまで事業所に留まって頂く（宿泊を含む）場合があります。その際生活に必要なケアサービスを無償提供致します。
- ⑤ 利用日以外の利用者であっても、自然災害などによって被害や交通障害が想定される場合独居、高齢者世帯（世帯員を含む）に限り本人及びご家族の希望、申し入れがあれば当事業所にて状況が安定するまで留まって頂く（宿泊を含む）事を可能にします。その際生活に必要な送迎及びケアサービスを無償提供致します。
- ⑥ 独居、高齢者世帯（世帯員を含む）に限り状況や時間帯により職員から電話もしくは訪問にて安否確認や情報提供させて頂く場合があります。
- ⑦ 当事業所は非常災害時（激甚災害）における市指定福祉避難所に指定されており対応にあたり、行政や介護保険関係者、地域関係者との連携をはかります。

利用時リスク説明

当事業所ではご利用者さまが安心かつ快適な通所サービスを利用されますように安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者さまの身体状況や疾患に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》

- ・ 高齢化により歩行時の転倒、ベッドや椅子からの転落等による骨折・外傷・頭蓋骨内損傷の恐れがあります。
- ・ 通所介護（デイサービス）では、原則的に拘束を行わず、利用時間内も過度の抑制を行わないことから、徘徊による転倒が起こる可能性があります。
- ・ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ・ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ・ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血がしやすい状態にあります。
- ・ 加齢に伴う機能低下や認知症状の進行により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険度が高い状態にあります。
- ・ 高齢者であることで、脳や心臓の疾患により身体状況が急変される場合もあります。
- ・ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当事業所職員または、主治医の判断と指示で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- ・ 身体状況や服用されている薬などから体調を崩されやすいことがあります。
- ・ 感染症が発生した場合、早急に対応策をとり実施いたしますが、「社会の場」において感染拡大の恐れがあります。

* なお、利用開始時もしくは随時説明の内容で不明な点があれば遠慮なくお尋ねください。

送迎に関する同意書

- ① 原則として、玄関の中までのお迎え、お送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情等がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いにより、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- ② 送迎時間につきましては、天候や交通事情等で、到着が遅れる場合がございます。その際は、事業所より電話連絡いたします。
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていないような場合、長時間待機することはできませんのでご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。
- ④ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。
- ⑤ 送迎の途中での乗下車については基本的にはできませんのでご了解下さい。ただし、個々の生活状況及び心身状況に応じて管理者の判断により、自宅以外の場所（医療機関、金融機関、店舗等）での乗下車、同行支援は無償にて提供させていただく場合がございます。

上記の説明を受け、確認の上、同意いたします。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

(利用者との続柄) _____

同意書

「私」又は「私の家族」の通所介護を委託する下記事業所が、通所介護事業を目的に行うサービス担当者会議の他、緊急時等において、居宅介護支援事業者、関係機関等との連携に必要となる、「私」又は「私の家族」の個人情報（氏名・住所・健康状態・病歴・家庭状況・特定の個人が識別される、または識別されうる画像等）を状況に応じて用いることを、契約書第13条第3項の規定に基づき同意します。

記

所在地	駒ヶ根市中沢12076-1
名称	駒ヶ根市デイサービスセンター 竜東やまびこ園

令和 年 月 日

【 利用者の同意 】

サービス担当者会議、緊急時等において、私の個人情報を使用することに同意します。

利用者 _____

代理人 _____
(利用者との関係 _____)

【 利用者の家族の同意 】

上記利用者に係るサービス担当者会議、緊急時等において、私及び私の家族の個人情報を使用することに同意します。

利用者家族代表 _____

重要事項説明確認書

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基
づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地

駒ヶ根市中沢 1 2 0 7 6 番地 1

名称

駒ヶ根市社会福祉協議会

駒ヶ根市デイサービスセンター

竜東やまびこ園

説明者

所属

駒ヶ根市社会福祉協議会

駒ヶ根市デイサービスセンター

竜東やまびこ園

氏名

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービスについての重要
事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____

(利用者との続柄) _____