

重要事項説明書

{令和8年1月1日現在}

1 施設の設置及び通所介護施設の概要

- (1) 名称 幸風デイサービスセンター
- (2) 所在地 鳥取県岩美郡岩美町大字浦富字小堤434-25
- (3) 電話番号 (0857) 37-5226
- (4) 代表 管理者 有光 由佳
- (5) 設立年月 平成14年10月
- (6) 施設の種類 通所介護施設
- (7) 事業所の目的 介護保険法令に従って、利用者が居宅において可能な限り、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支援することを目的とし、利用者に対して、所定の通所介護サービスを提供させていただきます。
- (8) 事業所の運営方針 ※契約書に記載しております。
- (9) 利用定員 35名。(日曜日及び、1月1日～日1月3日は10名)
- (10) 勤務体制 管理者1名(常勤)生活相談員10名(常勤兼務4、非常勤兼務6)
介護士17名(常勤兼務4、非常勤専従6、非常勤兼務7)看護師4名(常勤兼務2、非常勤専従2)調理員3名以上(非常勤専従3)機能訓練指導員2名(常勤兼務2)

2 この事業所の営業日時について

- 営業日 毎週月曜日から日曜日まで。
(但し、1月と2月を除く31日の月は月に2回、30日の月は月1回の休みあり)
1/1～1/3は休み。
(但し年末年始の曜日によって変動あり)
- 営業時間 7時30分から18時30分まで
※ 通常の営業時間を超えてサービスの提供を希望される場合には、お早めにお申し出ください

3 介護保険給付対象サービス

(1) 日常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて必要な介助を行います。

- ア 排泄の介助
- イ 移動の介助
- ウ 利用中の容態急変に伴う受診の介助その他必要な身体の介助
- エ 養護

(2) 健康状態の確認

ア 心身状況の聴き取り

イ 体温、脈拍、血圧の測定

(3) 機能訓練サービス

日常生活を営むのに必要な身体機能の減退を防止するための訓練並びに心身の活性化を図るための各種サービスを提供します。

ア 日常生活動作に関する訓練

イ アクティビティーサービス

ウ グループワーク

エ 行事的な活動

オ 趣味活動

カ 体操

(4) 送迎サービス

※ 所定の運行時刻表に基づいて送迎しますが、他の利用者の介護状態によっては到着時刻が多少、前後する場合があります。あらかじめ、ご了承ください。

※ 必要に応じて居宅と送迎車両との間も介助します。遠慮なくお申し出ください。

(5) 入浴サービス

ア 入浴の形態 一般浴槽による入浴

イ 介助の種類 衣類の着脱
身体の清拭、洗髪、洗身、その他の介助

(6) 食事サービス

ア 準備、後始末の介助、摂取の介助

イ 刻み食などへの調理

ウ その他の介助

※ 刻み食など二次調理の費用はいただきません。

(7) 通所介護に関する相談、助言サービス

指定居宅介護支援事業所と連携して、利用者及びその家族等の居宅における介護方法等について相談を受けるとともに、助言を行います。

(8) その他のサービス

失禁等により衣服の着替えが必要となった場合には、着替えを無料で貸し出します。次回の利用日までにお返しください。

4 利用料金について

(1) 介護保険給付対象サービス

ア 通常規模型通所介護費 (I) (介護保険負担割合1割の方の1日あたり)

*介護保険負担割合2割以上の方は下記の金額(1割負担分)にその割合を掛けた額となります。

要介護1	658円	(介護報酬6、580円)
要介護2	777円	(介護報酬7、770円)
要介護3	900円	(介護報酬9、000円)
要介護4	1、023円	(介護報酬10、230円)
要介護5	1、148円	(介護報酬11、480円)
イ 入浴介助加算 (I)	40円	(介護報酬 400円)
ウ 認知症加算	60円	(介護報酬 600円) *日常生活自立度Ⅲ以上の方
エ 中重度ケア体制加算	45円	(介護報酬 450円)
オ サービス提供体制強化加算 (I)	22円	(介護報酬 220円)
カ 個別機能訓練加算 (I) イ	56円	(介護報酬 560円)
(1月あたり)		
キ ADL維持等加算	30円	(介護報酬 300円)
ク 科学的介護推進体制加算	40円	(介護報酬 400円)
ケ 個別機能訓練加算 (II)	20円	(介護報酬 200円)
コ 介護職員等処遇改善加算 (III)	上記算定した単位数の100分の8	
サ 送迎減算 (片道あたり)	△47円	
シ 高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	
ス 業務継続計画未策定減算	所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算	

介護保険事業とは別の事業として、夜間宿泊希望の方は4000円、デイサービス休日に日中ご利用の方は6000円料金がかかります。

(1) 介護保険給付対象外サービス

ア 保険給付限度額を超えて利用される場合の料金は上記(1)と同様とします。	
イ 食費 (食材料費+調理費)	600円
ウ おやつ代	100円
エ その他	実費

○ あなたの介護度は「要介護(1 2 3 4 5)」です。

○ あなたが通所介護サービスを利用できる日は、居宅サービス計画及び通所介護計画により「月 火 水 木 金 土 日」曜日となります。

○ あなた（要介護1～5）の利用料金

費用	自己負担額	備考
(1) 通所介護	円/日	
(2) 入浴	40 円/日	
(3) 認知症	60 円/日	
(4) 中重度ケア	45 円/日	
(5) サービス提供	22 円/日	
(6) 処遇	円/月	
(7) 個別機能訓練 (I) ィ	56 円/日	希望者のみ
(8) 食費	600 円/日	1日1食昼食代
(9) おやつ代	100 円/日	
(10) ADL維持	30 円/月	
(11) 科学的介護	40 円/月	
(12) 個別機能訓練 (II)	20 円/月	

※ 保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合、要介護度等に応じて介護報酬相当額をお支払いください。その際、サービス提供証明書を発行します。この証明書を市町村の担当窓口に出すれば、自己負担分を差し引いた金額が払い戻してもらえます。

5 相談、要望、苦情等の窓口について

通所介護サービスに関するご相談、ご要望、苦情等がありましたら、遠慮なく、お申し出ください。

当施設における苦情の受付

- 1 苦情受付担当者 : 生活相談員 新 礼子
- 2 苦情解決責任者 : 管理者 有光 由佳
- 3 受付時間 : 8:00～17:00 (平日)
- 4 ご利用方法 : 電話 0857-37-5226
FAX 0857-37-5228
または直接口頭にてお申し付けください。

市町村の介護保険担当窓口、鳥取県国民健康保険団体連合会、鳥取県社会福祉協議会でも受け付けます。

1、岩美町介護保険担当窓口 TEL 0857-73-1414
FAX 0857-73-1344

2、鳥取県国民健康保険担当窓口 TEL 0857-20-3681
FAX 0857-29-6115

6 事故発生時の対応

通所介護サービス及び通所介護予防サービスの提供により利用者に事故が発生した場合は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平11.3.31厚令37)第105条の規定により、速やかに次に掲げる措置を行います。

- (1) 利用者の家族、市町村及び利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、医療などの必要な措置を行います。
- (2) 事故の内容や状況により損害賠償が必要と判断される場合は、損害賠償する旨を利用者及びその家族に説明するとともに、それに係る手続きを行います。

7 虐待防止

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- (1) 事業所はご利用者が成年後見人を利用できるよう支援を行います。
- (2) 当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・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、これを市町村に通報します。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

8 非常災害対策

非常災害に備えるため災害時事業継続計画、消防計画を作成し当該計画に基づく業務を行います。

- (1) 非常災害に関する具体的計画を立、関係機関への通報及び連携体制を整備しそれらを定期的に従業者へ周知すること。
- (2) 消防計画に基づいた避難訓練を定期的の実施します。
- (3) 災害・消防設備、施設などの指針及び点検・整備を行います。
- (4) 事業所における非常災害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、その結果について従業者に周知徹底しています。
- (5) 従業者に対し、非常災害のための研修及び訓練を定期的の実施します。

9 感染対策

事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 介護職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の整備及び備品等について、衛生的な管理に務めます。
- (3) 事業所における感染症の予防及び蔓延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、その結果について従業者に周知徹底しています。

代筆者

住所

氏名
(代筆理由)

印

利用者との続柄 ()

利用者の代理人

住所

氏名

印

利用者との続柄 ()