

# 重要事項説明書

当事業者は、ご契約者に対して指定通所介護（指定介護予防通所介護）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。

## 1. 事業者

- (1) 法人名：社会福祉法人 松寿会
- (2) 法人所在地：福井県三方上中郡若狭町井ノ口第32号6番地の1
- (3) 電話番号：0770-62-0100
- (4) 代表者氏名：理事長 中川 栄子
- (5) 設立年月：昭和56年6月25日

## 2. 事業所の概要

事業所の名称	松寿苑デイサービスあ・うん	
事業所の所在地	福井県三方上中郡若狭町井ノ口第32号6番地の1	
介護保険事業所番号	福井県第1872400047号	
管理者及び連絡先	水江 洋子	TEL 0770-62-0100
サービス提供地域	若狭町・小浜市	
定員	30名	

## 3. 事業の目的と運営方針

### (事業の目的)

社会福祉法人松寿会が運営する指定通所介護（指定介護予防通所介護）事業所（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護（指定介護予防通所介護）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員等（以下「職員」という。）が、要介護状態又は要支援状態と認定された利用者（以下、「利用者」という。）に対し、適正な指定通所介護サービスを提供することを目的とする。

### (運営の方針)

事業所の職員は、要介護・要支援者等の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、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、更に利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持・向上並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、入浴、排泄、食事等の介護その他必要な日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行う。

- 2 事業の実施にあたっては、関係市町、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、その他地域の保健・医療・福祉各種サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービス

の提供に努めるものとする。

4. 営業日・営業時間及び通常の事業の実施地域

営業日	月曜日～土曜日 *年末年始（12月31日～1月3日）は休業させていただきます。
サービス提供時間	9時00分～16時30分
営業時間	8時00分～17時30分
通常の事業の実施地域	若狭町・小浜市

5. 職員体制等

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	事業所・業務の管理	1名
生活相談員	日常生活上の相談に応じた助言	2名以上
看護職員	健康管理および療養上の世話	2名以上（機能訓練指導員と兼務）
介護職員	日常生活上の介護および生活支援	4名以上（うち2名は相談員と兼務）
機能訓練指導員	機能訓練等の指導及び助言	2名以上
運転手	送迎	3名以上

6. 利用料金（契約書第7条関係）

● 通常規模型 通所介護費（1回あたり）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上5時間未満	380円	436円	493円	548円	605円
5時間以上7時間未満	572円	676円	780円	884円	988円
7時間以上9時間未満	656円	775円	898円	1,021円	1,144円
入浴介助加算	50円				
個別機能訓練加算Ⅰ	46円				
個別機能訓練加算Ⅱ	56円				
口腔機能向上加算	150円（月2回を限度）				
若年性認知症利用者受入加算	—				
サービス提供体制強化加算Ⅰ	18円				

入浴介助加算 … 入浴介助を行った場合

個別機能訓練加算Ⅰ… 指定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機能訓練指導員を1名以上配置し、複数の種類の機能訓練の項目が準備され、各職種の者が共同して、利用者の居宅を訪問した上で、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成、実施。その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、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おこなう。

個別機能訓練加算Ⅱ… 専ら機能訓練指導員の職務に従事する機能訓練指導員を1名以上配置し、各職種の者が共同して、利用者の居宅を訪問した上で、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成、機能訓練指導員が適切に機能訓練を実施。その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、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おこなう。

口腔機能向上加算… 看護職員を1名以上配置し、各職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成、実施

若年性認知症利用者受入加算… 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、指定通所介護サービスを提供

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ… 当該指定通所介護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100分の50以上の

● 介護予防通所介護費（1か月につき）

要支援度	通所介護費	運動器機能向上加算	口腔機能向上加算	選択的サービス複数実施加算（運動器機能向上・口腔機能）	若年性認知症利用者受入加算	サービス提供体制強化加算Ⅰイ
要支援1	1,647円	225円	—	—	—	72円
要支援2	3,377円					144円

運動器機能向上加算… 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、看護職員等を1名以上配置し、各職種の者が共同して、利用者ごとの運動器機能向上計画を作成、実施

口腔機能向上加算… 看護職員を1名以上配置し、各職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成、実施

選択的サービス複数実施加算… 選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、又は口腔機能向上サービス）を週1回以上、かつ、いずれかの選択サービスは1月に2回以上実施した場合

若年性認知症利用者受入加算… 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、指定介護予防通所介護サービスを提供

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ… 当該指定通所介護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100分の50以上  
介護保険給付対象外利用料金

食 費	1回 650円 (当日10時30分以降のキャンセルについては全額を徴収させていただくことがあります。)
おむつ代	紙パンツ・紙おむつ…70円、パッド…40円
その他	日常生活においても通常必要となるものに係る経費で、利用者が負担することが適当と認められるもの

(注)・来所後都合により早退された場合でも上記の料金を頂く事があります。

- ・介護保険給付の支給限度額を超えた場合は、全額自費負担となります。(上記記載金額)
- ・経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

## 7. 利用料金のお支払い方法

ご指定金融機関口座からの自動引き落としとさせていただきます。

\*利用料金は1か月ごとに計算し、翌月10日までに通知します。当月の料金の合計額を翌月20日に、ご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます。

\*契約書第20条により、甲が乙に対しサービス利用料金の入金を確認されない場合には、直近の年金支給月の末日までに、事業所へ現金でお支払いください。なお、支払われない場合には、契約を解除させていただくことがあります。

## 8. 利用日の中止・変更・追加

- \* 利用日の中止については、できる限りサービス実施日前日までに連絡をお願いします。やむをえずサービス実施日（利用日当日）に中止決定された場合は、午前8時00分までに連絡をお願いします。
- \* 利用日の変更・追加については、サービス提供準備の都合上、原則として申し出のあった日の翌日より実施するものとします。(緊急性のある場合は、この限りではありません。)
- \* 介護者の方による送迎も可能です。その場合、利用当日の午前8時00分までに連絡をお願いします。
- \* 介護予防通所介護については、契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

## 9. 留意事項

- 介護者不在宅の送迎

持参物の準備等、送迎に支障がでないようお願いします。また施設等についても、万が一事故等発生した場合、事業者は一切責任を負いません。

○ 貴重品

ご利用にあたっては、金品の必要はほとんどありませんので持参はご遠慮下さい。なお、金品の紛失等が発生した場合、事業者は一切責任を負いません。

○ 物品の受け渡し

ご利用にあたっては、食料品等の持ち込み及び、他利用者等への配布はご遠慮下さい。万が一事故等発生した場合、事業者は一切責任を負いません。

## 10. 苦情処理

通所介護（介護予防通所介護）サービス内容について苦情・相談・意見があれば、苦情解決責任者が苦情を申し出た方と誠意を持って話し合い解決に努めます。

また、必要に応じて第三者委員が助言や立会いをします。直接、第三者委員に申し出ることもできます。

事業者で解決出来ない場合は、次の関係機関窓口に出すことができます。

### 苦情解決体制

	氏 名	肩 書	連 絡 先
苦情解決責任者	若 松 和 雄	施 設 長	0770-62-0100
苦情受付担当者	鹿 野 菊 夫	副 施 設 長	
第三者委員	永 井 良 治	司 法 書 士	0770-53-0871
	塚 本 恵 美 子	民 生 委 員	0770-62-0719
	柚 木 孝 昭	家 族 会 々 長	0770-58-0463

また、県や市、町にも相談窓口があります。

苦情の内容	窓 口	連絡先
福祉サービス全般	福井県社会福祉協議会 運営適正化委員会	0776-24-2347
介護保険サービス	各市町村介護保険担当課	—
	福井県国民健康保険団体連合会 苦情処理窓口	0776-57-1614

1 1. 緊急時の対応方法

<p>契約者の主治医又は事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。</p>		
契約者の主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
協力医療機関	医療機関の名称	若狭町国民健康保険上中病院
	所 在 地	若狭町市場 1 9 - 5
	電 話 番 号	0 7 7 0 - 6 2 - 1 1 8 8
緊急連絡先 1	氏 名	
	住 所	
	携帯電話・電話番号	
緊急連絡先 2	氏 名	
	住 所	
	携帯電話・電話番号	

## 同意書

(利用契約書第11条3項関係)

社会福祉法人松寿会

理事長 中川 栄子 殿

私（サービス契約者甲1・家族甲2）は、居宅サービス計画書及び介護予防サービス・支援計画書に記載された内容及び貴会が甲に対しサービスを提供する上で知り得た情報につき、必要最小限の範囲において個人情報を使用することに同意します。

平成 年 月 日

- (乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1 に対して  
甲2  
重要事項説明書・同意書に基づいて、重要事項・同意書を説明しました。

### (乙) 居宅介護サービス事業者

事業者所在地 福井県三方上中郡若狭町井ノ口 32-6-1

名 称

社会福祉法人 松寿会

理事長 中川 栄子

㊞

説明者 所属

松寿苑デイサービスあ・うん

氏 名

㊞

- (甲) 私は、本書面に基づき乙から重要事項・同意書の説明を受け同意します。

(甲1) 契約者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

(甲2) 契約者の家族等

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞