

**指定通所介護事業所・第1号通所事業
「つるべ荘デイサービスセンター」重要事項説明書**

（令和8年6月1日改正）

**当事業所は、介護保険の指定を受けています
（石川県指定 第1772200125号）/白山市指定**

当事業所はご契約者（以下「利用者といいます。」）に対して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、原則として要介護認定の結果「要介護」・「要支援」または「事業対象者」と認定された方が対象となります。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。

なお、第1号通所事業の利用者は原則として白山市の被保険者に限ります。

◇ ◆ 目 次 ◇ ◆	
1. 事業者	1
2. 事業の概要	1
3. 職員の配置状況	2
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
5. 苦情の受付について	5～6
6. その他	6

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 福志会松任 |
| (2) 所在地 | 石川県白山市一塚町 1351 番地 1 |
| (3) 電話番号 | 076-276-2020 F A X 076-276-2335 |
| (4) 代表者氏名 | 理 事 長 山田英示 |
| (5) 設立年月日 | 平成15年8月5日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所（通所規模型）
平成16年10月1日指定 石川県長第1290号
1号通所事業所
通所介護相当サービス 平成28年4月1日（白山市みなし指定）
通所型サービスA 平成29年10月1日 白山市 長第580-4号
※当事業所は、特別養護老人ホームつるべ荘に併設されています。

- (2) 事業所の目的 利用者が可能な限りその居宅において、日常生活が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、利用者の社会的孤立の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- (3) 事業所の名称 つるべ荘デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 石川県白山市一塚町 1351 番地 1
- (5) 電話番号 076-276-2020 (代表) F A X 076-276-2335
076-276-2538 (デイサービスセンター直通)
- (6) 事業所長 (管理者) 島野桂太郎
- (7) 当事業所の運営方針
- 1 事業所の介護職員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事及び生活動作訓練等の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。
 - 2 契約者またはその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。
 - 3 適切な介護技術をもってサービスを提供します。
 - 4 常に提供したサービスの質の管理・評価を行います。
 - 5 居宅サービス計画等が作成されている場合は、当該計画に沿った通所介護サービスを提供します。
- (8) 開設 (サービス開始) 平成 16 年 10 月 1 日
- (9) 通常の送迎の実施区域 (ただし、第 1 号通所事業の利用者にあつては原則白山市のみとします)
白山市、野々市市、金沢市 (打木町、下安原町、福増町、中屋町、上安原町、下安原町、上荒屋、みどり、矢木、森戸、新保本、八日市、八日市出町、押野、専光寺町)
- (10) 営業日及び営業時間
- | | |
|-----------|----------------------|
| 営 業 日 | 月曜日～土曜日 |
| 受 付 時 間 | 月曜日～土曜日 (8:30～17:30) |
| サービス提供時間帯 | 月曜日～土曜日 (9:30～16:30) |
- ※ 日曜日及び 12 月 31 日～1 月 3 日は休業
- ◎サービス提供時間以降、19 時まで介護保険外の預かりサービスを利用することもできます。
- (別途契約で原則として事前予約が必要で別途料金が必要です。30 分/100 円)
- (11) 利用定員 最大 25 人 (通所介護と第 1 号通所事業の定員の合算です)

3 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して通所介護サービスを提供する職員として、以下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、指定基準を遵守します。

職 種	人 員		常勤換算	指定基準
	常勤	非常勤		
1. 事業所長（管理者）	（兼務）1名		（兼務）1名	1名
2. 介護職員	3名以上	1名以上	3名	2名
3. 生活相談員	（兼務）1名		1.2名	1名
4. 看護職員	（兼務）2名	1名	2.4名	1名
5. 機能訓練指導員	（兼務）2名		1名	1名

※ 常勤換算：職員それぞれの週当りの勤務時間数の総数を当事業所における

常勤換算の所定勤務時間数（例：週40時間）で除します。

（例）週24時間勤務の介護職員が3名いる場合、常勤換算では、
1.8名（24時間×3名÷40時間＝1.8名）となります。

◇ 主な職種の勤務体制

1. 介護職員 生活相談員	勤務時間 8：30～17：30 ★ 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 8：30～17：30ほか ★ 原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 機能訓練指導員	勤務時間 8：30～17：30 ★ 土曜を除き原則1名の職員が勤務します。

※ 当日の利用者数等により、上記と異なる場合があります。

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対し、以下のサービスを提供します。

1 通所介護サービス（または、第1号通所事業）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が（9割から7割）が介護保険から給付されます。

（1）サービスの概要

① 食 事（ただし、食費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
（食事時間）昼 食 12：00～

② 入 浴

- ・一般入浴または介護リフト入浴を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排せつ ・契約者の排せつの介助を行います。

④機能訓練

- ・利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

また、通所介護サービス利用の方（要介護）の方には個人の機能訓練計画に応じた機能訓練を実施します。

⑤ 送 迎

（２の１） 通所介護サービス利用料金（１回あたり）（契約書第７条）

《注意》 平成３０年８月（利用分）から世帯の課税所得金額により介護保険の負担額が２割または３割となる方があります。以下の記載の金額は利用者負担が１割であることを想定して記載しています。利用者負担割合が１割でない方はこの記載の金額とは異なりますのでご注意ください。

（◆印を付した箇所の金額が２割負担の方は概ね２倍、
３割負担の方は３倍になります。）

下記の料金表によって、利用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額を除いた金額（自己負担額）をお支払下さい。上記サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。

ご契約者の要介護度	１．サービス利用料金	２．うち介護保険給付額 (90%相当)	３．サービス利用にかかる 自己負担額(10%相当◆)
要介護１	６,５８０円	５,９２２円	６５８円
要介護２	７,７７０円	６,９９３円	７７７円
要介護３	９,０００円	８,１００円	９００円
要介護４	１０,２３０円	９,２０７円	１,０２３円
要介護５	１１,４８０円	１０,３３２円	１,１４８円

※上記以外にかかる利用料金は、次のとおりです。

	１ サービス利用料金	２ うち介護保険給付額 (90%相当)	３ 自己負担額(10%◆)
入浴介助加算	４００円	３６０円	４０円
サービス提供体制加算Ⅰ	２２０円	１９８円	２２円
個別機能訓練加算Ⅰ	５６０円	５０４円	５６円

※機能訓練指導員が勤務しない日は個別機能訓練加算は算定しません。原則週１回程度

◎このほかにサービス利用料金（自己負担額）の合計の１２％相当が処遇改善加算として加算されます。

注１ 利用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、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」を交付します。

注２ 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、利用者からの負担額を変更します。

(2の2) 第1号通所事業(通所介護相当サービス)利用料金

(1か月あたり)(契約書第7条)

《注意》 平成30年8月(利用分)から世帯の課税所得金額により介護保険の負担額が2割または3割となる方があります。以下の記載の金額は利用者負担が1割であることを想定して記載しています。利用者負担割合が1割でない方はこの記載の金額とは異なりますのでご注意ください。

下記の料金表によって、利用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額を除いた金額(自己負担額)をお支払下さい。上記サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。

要支援度	1. サービス利用料金	2. うち介護保険から給付される金額(90%)	3. サービス利用にかかる自己負担額(10%)◆
要支援1・事業対象者	17,980円	16,182円	1,798円
要支援2・事業対象者	36,210円	32,589円	3,621円
サービス提供強化体制加算Ⅰ	(要支援1) 880円	792円	88円
	(要支援2) 1,760円	1,584円	176円

◇「サービス提供強化体制加算Ⅰ」は介護福祉士有資格者の職員が一定以上配置されていることによる加算です。

※月途中で要支援認定を受けた場合等には、日割りの計算となります。(加算を除く)

※月中に介護予防短期入所サービスを利用した場合には当該日数を控除した日割りの計算となります。

◎毎月の利用料金(自己負担)合計の12相当の金額が処遇改善加算相当として加算されます。

(2の3) 第1号通所事業(通所型サービスA)利用料金(1か月あたり)(契約書第7条)

《注意》 平成27年8月(利用分)から世帯の課税所得金額により介護保険の負担額が2割または3割となる方があります。以下の記載の金額は利用者負担が1割であることを想定して記載しています。利用者負担割合が1割でない方はこの記載の金額とは異なりますのでご注意ください。

下記の料金表によって、利用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額を除いた金額(自己負担額)をお支払下さい。上記サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。

要支援度	1. サービス利用料金	2. うち介護保険から給付される金額(90%)	3. サービス利用にかかる自己負担額(10%)◆
要支援1・事業対象者(週1回利用)	14,380円	12,942円	1,438円
要支援2・事業対象者(週1回利用)	14,740円	13,266円	1,474円
要支援2・事業対象者(週2回利用)	28,970円	26,073円	2,897円

※月途中で要支援認定を受けた場合や利用を開始したときは、日割りの計算となります。

※月中に介護予防短期入所サービスを利用した場合には当該日数を控除した日割りの計算となります。

◎毎月の利用料金(自己負担)合計の12%相当の金額が処遇改善加算相当として加算されます。

★ 利用者がまだ要支援認定等を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担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、介護予防サービス支援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、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」を交付します。

★ 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、利用者からの負担額を変更します。

★介護保険に優先する公費給付がある場合はこの限りではありません。

★記載された利用料金(利用者負担)については、国の介護保険制度により、定期的(原則として3年に1度)に変更が行われます。そのほか、保険給付外のサービスを含め、都度変更が行われることもあります。改定の際にはその都度、お知らせをさせていただきます。

3 介護保険の給付対象外のサービス(契約書第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

◎ サービスの概要と利用料金

① 介護保険給付の支給限度を越えるサービス

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、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。

② 食費に要する費用 昼食 600円

③ 日常生活上必要となる諸費用の実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、利用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。 ※費用 実費(希望者のみ)

④ レクリエーション等の材料費 実費

⑤ 通常の実施地域(2ページ 通常を送迎実施区域参照)以外の地区でお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合には、下記の利用料金をいただきます。

通常の実施地域を超えた地点から片道おおむね5km未満	100円
通常の実施地域を超えた地点から片道おおむね5km以上1km超えること	20円

⑥ 利用者が当日、通所介護をキャンセルした場合には、その費用(食費等)を徴収します。ただし、やむを得ない事情等があった場合には、協議の上、取り決めることができます。

⑦ 複写物の交付

利用者又はその家族等は、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、実費をご負担いただきます。 1枚につき 10円

4 利用料金の支払い方法

①利用者またはご家族等代理人名義の口座からの自動振替
(毎月、22日に引落します。)

②窓口での現金払い込み

※原則として平日の8:30~17:30

③指定口座への振込 金沢信用金庫松任南支店 口座番号 (普通) 419364

口座名義 社会福祉法人 福志会松任 理事長 山田英示

※振込みの際には、利用者名義でお願いします。なお、振り込み手数料は、利用者負担となります。

5 利用の中止、変更、追加(契約書第8条参照)

○利用予定日の前に、利用者の都合によりサービスの利用を中止また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、利用予定日の前日までに申し出てください。

○ 当日になって、取消の申出をされた場合、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。ただし、利用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無かった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

○ サービス利用の変更、追加の申し出にたいして、事業所から利用者の希望する期間にサービスのできない場合、他の利用可能な期間または日・時を利用者に提示して協議します。

5 苦情の受付について(契約書第23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、以下の窓口で受付します。

○ 苦情受付窓口 つるべ荘デイサービスセンター電話 076-276-2020

苦情解決責任者 所長 島野桂太郎 苦情受付担当者 竹澤しのぶ、榎本玲緒

○ 受 付 時 間 月~土曜日 8:30~17:30 ※苦情受付箱を窓口に設置しています。

(2) 苦情にかかる第三者委員

○ 中村 久昭 (白山市旭公民館館長) 公民館 276-1288

○ 坂上 裕宣 (法人監事) 事務所 276-3355

(3) 行政機関その他苦情受付機関

白山市長寿介護課	所在地	白山市倉光2丁目1番地
	電話番号	076-274-9529
	受付時間	9:00~17:00(月~金曜日)
石川県国民健康保険団体連合会 高齢者介護サービス苦情110番	所在地	金沢市幸町12番地1号
	電話番号	076-231-1110
	受付時間	9:00~17:00(月~金曜日)
石川県社会福祉協議会	所在地	金沢市本多町3丁目1-10

福祉サービス運営適正化委員会	電話番号	076-234-2556
	受付時間	9:00～17:00(月～金曜日)

6 その他について

(1) 秘密の保持

- ① 各サービス事業所の職員は、業務上知り得た利用者またはその家族の情報の秘密保持を遵守します。
- ② 職員であった者が、業務上知り得た利用者または家族の秘密を漏らすことのないように、必要な措置を講じます。
- ③ 他事業所へ利用者またはその家族の情報を提供する場合には、あらかじめ文書で利用者またはその家族に同意を得ます。

(2) 緊急時における対応策について

サービス提供中に、利用者の心身の状況に異変その他事故・緊急事態が生じたときは、すみやかに、家族及び主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な処置を講じます。

(3) 事故発生時の対応

- ① 当事業所のサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ② サービスの提供により職員の故意または不注意により、事業所がその責に負うべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

(4) 天災・災害等の対応について

- ① サービス提供中に、天災その他の災害が発生した場合は、事業者は、利用者の避難等適切な措置を講じます。また、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関との連携方法を確認するとともに、定期的な職員教育・周知を実施します。災害時には、避難等の指揮を執ります。
- ② 災害時に備え、定期的に避難訓練を行います。

(5) 施設の円滑な運営を阻害する行為への対応

他の利用者や職員への、暴力行為（暴言等の精神的な苦痛を与えるものを含む）や（性的なものを含む）ハラスメント行為、過剰または解決が難しい要求を繰り返し求め事業所の業務を妨害する行為、その他事業所の円滑な運営を妨害する行為については、固くお断りをします。場合によってはサービスの一時中断や利用契約の解除等の措置をとる場合があります。

(6) 福祉サービス第三者評価の受診について

受診履歴はありません。

令和 年 月 日

重要事項説明同意書

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

つるべ荘デイサービスセンター

説明職員 職 名 _____

氏 名 _____ ⑩

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す。

契約者 住 所 _____
(利用者)

氏 名 _____ ⑩

代理人 住 所 _____
(家族等)

氏 名 _____ ⑩ (続柄 _____)

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩ (続柄 _____)