

# 剣崎デイサービスセンター 第1号通所事業重要事項説明書

ご利用日 : 毎週( )曜日

ご利用時間 : 午前9:15~午後3:40

## 1. サービス利用についての説明者

氏名 \_\_\_\_\_

電話 (076) 275-6915

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

## 2. 当センターの概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	剣崎デイサービスセンター
サービスの種類	第1号通所事業
所在地	石川県白山市剣崎町1484番地
介護保険指定番号	第1772200349号
実施単位・利用定員	1単位・定員45名
サービスを提供する地域	白山市、川北町

### (2) 当センターの職員体制

	常勤	非常勤	備考
管理者	1		生活相談員と兼務
生活相談員	2		介護職員と兼務
看護職員	1	3	機能訓練指導員を兼務
機能訓練指導員		1	機能訓練指導員(作業療法士)
介護職員	3	4	送迎を兼務

### (3) 当センターの設備概要

定員	45名	静養室	1室
食堂及び機能訓練室	191.02m <sup>2</sup>	相談室	1室
浴室	大浴槽・車椅子浴槽・個浴	送迎車	5台

### (4) 営業日及び営業時間

営業時間 月曜日～土曜日 午前8:15～午後5:15

サービス提供時間 月曜日～土曜日 午前9:00～午後3:40

定休日 日曜日、1月1日から1月3日

### 3. サービスの内容

#### (1) 送迎

送迎を必要とする利用者については、専用車輌により送迎を行います。

また、必要に応じて送迎車輌への昇降及び移動の介助を行います。

#### (2) 食事

①栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

##### ②食事時間

午前 11:45～午後 12:30

#### (3) 入浴

入浴又は清拭を行ないます。寝たきりの方でも機械リフトを使用して入浴することができます。

#### (4) 機能訓練

機能訓練指導員により利用者的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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

#### (5) 排泄

利用者の排泄の介助を行います。

#### (6) 生活相談

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び援助を行います。

①日常生活動作に関する訓練の相談、助言

②福祉用具の利用法の相談、助言等

#### (7) アクティビティサービス

集団でのレクリエーション、創作活動等の機能訓練を行います。

### 4. 料金

#### (1) 利用料金

##### ①-1 通所介護相当サービス 基本料金

要 支 援 1	1, 798 単位/ 月	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要 支 援 1	1, 798 単位/ 月	1, 798 円	3, 596 円	5, 394 円
要 支 援 2	3, 621 単位/ 月	3, 621 円	7, 242 円	10, 863 円

①－2 通所介護相当サービス 加算料金

加算名称	単位	介護保険適用時の 1回あたりの自己負担額			
		1割負担	2割負担	3割負担	
サービス提供体制強化加算 I	要支援1	88単位／月	88円	176円	264円
	要支援2	176単位／月	176円	352円	528円
運動機能向上加算	225単位／月	225円	450円	675円	
科学的介護推進体制加算	40単位／月	40円	80円	120円	
介護職員処遇改善加算 I	基本料金と加算 料金の合計の 5.9% (A)	(A) の 1割	(A) の 2割	(A) の 3割	
介護職員等特定処遇改善加算 I	基本料金と加算 料金の合計の 1.2% (B)	(B) の 1割	(B) の 2割	(B) の 3割	
介護職員等ベースアップ等支援加算	基本料金と加算 料金の合計の 1.1% (C)	(C) の 1割	(C) の 2割	(C) の 3割	

サービス提供体制強化加算 I

介護福祉士の資格者等経験豊富な職員を一定の割合配置することで算定

運動器機能向上計画

機能訓練指導員により運動器機能向上計画を実施した場合に算定

科学的介護推進体制加算

さまざまなケアにより記録している利用者の状態像に関する情報について、厚生労働省が指定するデータベースに情報提供をし、得られるフィードバックをもとに、PDCAによりケアの質を高めていく取組を行った場合に算定

介護職員処遇改善加算 I、介護職員等特定処遇改善加算 I、介護職員等ベースアップ等支援加算

介護サービスに従事する介護職員等の賃金改善に充てる事を目的に算定

②－1 通所型サービス A (緩和した基準によるサービス) 基本料金

	単位	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要 支 援 1 (週 1 回)	1, 438 単位／ 月	1, 438 円	2, 876 円	4, 314 円
要 支 援 2 (週 2 回)	2, 897 単位／ 月	2, 897 円	5, 794 円	8, 691 円
要 支 援 2 (週 1 回)	1, 474 単位／ 月	1, 474 円	2, 948 円	4, 422 円

## ②－2 通所介護相当サービス 加算料金

加算名称	単位	介護保険適用時の 1回あたりの自己負担額			
		1割負担	2割負担	3割負担	
サービス提供体制強化加算 I	要支援1（週1回）	88単位／月	88円	176円	264円
	要支援2（週2回）	176単位／月	176円	352円	528円
	要支援2（週1回）	88単位／月	88円	176円	264円
運動機能向上加算	225単位／月	225円	450円	675円	
科学的介護推進体制加算	40単位／月	40円	80円	120円	
介護職員処遇改善加算 I	基本料金と加算料金の合計の5.9% (A)	(A) の 1割	(A) の 2割	(A) の 3割	
介護職員等特定処遇改善加算 I	基本料金と加算料金の合計の1.2% (B)	(B) の 1割	(B) の 2割	(B) の 3割	
介護職員等ベースアップ等支援加算	基本料金と加算料金の合計の1.1% (C)	(C) の 1割	(C) の 2割	(C) の 3割	

### サービス提供体制強化加算 I

介護福祉士の資格者等経験豊富な職員を一定の割合配置することで算定

### 運動器機能向上計画

機能訓練指導員により運動器機能向上計画を実施した場合に算定

### 科学的介護推進体制加算

さまざまなケアにより記録している利用者の状態像に関する情報について、厚生労働省が指定するデータベースに情報提供をし、得られるフィードバックをもとに、PDCAによりケアの質を高めていく取組を行った場合に算定

### 介護職員処遇改善加算 I、介護職員等特定処遇改善加算 I、介護職員等ベースアップ等支援加算

介護サービスに従事する介護職員等の賃金改善に充てる事を目的に算定

②食事代（おやつ含む） 1食あたり 750円（全額自己負担）

③その他、理美容代、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は、自己負担として徴収する場合があります。

## （2）支払方法

①株式会社ジャックスに利用料集金代行を依頼し、利用者の指定する銀行口座から振り替えさせていただきます。上記に要する費用は福寿会の負担といたします。

領収書は入金確認のうえ、別途送付いたします。

②現金での支払いを希望する方については、翌月の15日頃に請求いたしますので、

お支払ください。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

介護予防サービス計画(又は介護予防マネジメント)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの中止

#### ①利用者のご都合でサービスを中止する場合

原則としてご利用の当日、午前8時までにご連絡ください。

#### ②健康上の理由による中止

ア、風邪等、病気の際はサービスの提供をお断りする場合があります。

イ、当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。この場合、ご家族に連絡の上、適切に応じます。

③ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することができます。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師に連絡の上、適切に対応します。

(緊急連絡先等は、最終頁に記載)

※サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

### (3) サービスの終了

#### ①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

#### ②自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア、利用者が介護保険施設に入所した場合

イ、サービスを受けている利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合

ウ、利用者がお亡くなりになった場合

#### ③その他

ア、利用者がサービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず10日以内に支払いがない場合

イ、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合

ウ、利用者やその家族などから当センターへ職員又は他の利用者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為や身体的暴力、精神的暴力等のハラスマント行為並びにセクシャルハラスマント行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

## 6. 当センターのデイサービスの方針について

(剣崎デイサービスセンター運営規程より)

### (1) [基本方針]

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て自立した日常生活が営むことができるよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感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、精神的負担の軽減を図る。

### (2) [運営の方針]

- ① 事業所において提供する第1号通所事業は、介護保険法並びに関係する法令の趣旨に従って運営する。
- ② 利用者及びその家族の要望により、個別サービス計画を作成し、利用者が必要とする適切なサービスの提供に努める。
- ③ 利用者またはその家族に対し、サービスの内容、提供方法について分かりやすく説明する。
- ④ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- ⑤ 介護予防サービス計画（又は介護予防マネジメント）と連携した第1号通所事業サービスの提供を行う。
- ⑥ 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。

## 7. 非常災害対策

### (1) 災害時の対応

通所介護の提供中に災害が発生した場合、職員は「非常時対応マニュアル」に従い利用者の避難等適切な措置を講じます。

また、管理者は、日常的な具体的な対処方法、避難経路、協力機関や地域住民等との連携方法を確認し、災害時においては避難誘導の指揮をとります。

### (2) 防災設備

スプリンクラー設備・消火器設備・自動火災報知設備・非常放送設備  
誘導灯設備・非常照明設備

### (3) 防火訓練

火災訓練（年2回）、水害、地震訓練（年1回）

### (4) 防火責任者

防火責任者	火元責任者	
徳田 信也	事務室・湯沸室・浴室・トイレ 食堂・休憩室	畠村 早緒美

## 8. サービス内容に関する苦情

### (1) 当センター利用者相談・苦情担当

当センターに関するご相談・苦情について賜ります。

TEL (076) 275-6915 剣崎デイサービスセンター

TEL (076) 275-6688 ケアハウス剣崎

○ 苦情受付窓口 (担当者) 所長 : 徳田 信也

○ 苦情責任者 ケアハウス剣崎施設長 : 中村 真佐子

○ 受付時間 月曜日～土曜日 8:15～17:15

## (2) その他

当センター以外に白山市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

白山市役所 長寿介護課	所在地 〒924-8688 白山市倉光2丁目1番地 TEL 076-274-9529 FAX 076-275-2211 受付時間 8:30～17:15 (土曜日、日曜日、祝日、休日、年末年始を除く)
川北町役場 福祉課	所在地 〒923-1295 能美郡川北町字壱ツ屋174番地 TEL 076-277-1111 受付時間 8:30～17:15 (土曜日、日曜日、祝日、休日、年末年始を除く)
石川県国民健康保険 団体連合会	所在地 〒920-0968 金沢市幸町12-1 幸町庁舎4F TEL 076-231-1110 FAX 076-231-1601 受付時間 9:00～17:00 (土曜日、日曜日、祝日、休日、年末年始を除く)
石川県社会福祉協議会	所在地 〒920-8557 金沢市本多町3丁目1番10号 TEL 076-224-1212 FAX 076-222-8900 受付時間 8:30～17:15 (土曜日、日曜日、祝日、休日、年末年始を除く)

## 9. 秘密の保持

事業者及びサービス従事者は、デイサービスを提供するうえで知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。

## 10. 緊急時及び事故発生時の対応

- (1) サービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに医師又は施設が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- (2) デイサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに白山市、利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (3) デイサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
- (4) 事故発生の防止に向け、毎月事故防止委員会を設け報告会並びに対応策を検討しています。また、職員は、事故再発防止策について、年1回の研修を行っております。

## 1 1. 身体拘束の禁止

ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

## 1 2. 虐待の防止について

当施設では、入所者等の人権の擁護・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者 所長・徳田信也

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 職員が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、職員が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(4) 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、その結果について職員に周知徹底を図っています。

(5) 虐待防止のための指針の整備を行っています。

(6) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(7) サービス提供中に、当該施設職員又は養護者（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入所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。

## 1 3. 業務継続計画の策定等

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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

職員に対し、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に（年1回以上）実施します。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 1 4. 感染症対策

事業所において、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じております。

- (1) 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を策定し、対策委員会にて随意見直しています。
- (2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策委員会を月に1回開催しています。
- (3) 業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症又は食中毒が発生した場合に実践する介護ケアの実演等、感染症の予防及びまん延防止のための訓練等と一体的に年2回行っております。

## 15. 第三者評価の受審状況

第三者評価の実施の有無	有
実施した直近の年月日	2020年2月18日・19日
実施した評価機関の名称	株エイ・ワイ・エイ研究所
評価結果の開示状況	石川県のホームページにて公開 <a href="http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kousei/hyouka/hyoukakekka.html">http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kousei/hyouka/hyoukakekka.html</a>

## 16. 法人の概要

法人名称 社会福祉法人 福寿会  
所在地 石川県白山市山島台4丁目100番地  
代表者氏名 理事長 南 眞次

定款の目的に定めた事業

(1) 第一種社会福祉事業

- ① 特別養護老人ホーム 福寿園
- ② 特別養護老人ホーム 松美苑
- ③ 地域密着型松美苑サテライト
- ④ 地域密着型特別養護老人ホーム 鶴来ふくまるハウス
- ⑤ 軽費老人ホーム ケアハウスまつとう
- ⑥ 軽費老人ホーム ケアハウス剣崎

(2) 第二種社会福祉事業

- ① 福寿園デイサービスセンター
- ② 笠間デイサービスセンター
- ③ 光野デイサービスセンター
- ④ 剣崎デイサービスセンター
- ⑤ 短期入所生活介護事業 (福寿園)
- ⑥ 短期入所生活介護事業 (松美苑)
- ⑦ 短期入所生活介護事業 (剣崎)
- ⑧ 短期入所生活介護事業 (鶴来ふくまるハウス)
- ⑨ 小規模多機能型居宅介護 (鶴来ふくまるハウス)

(3) 公益を目的とする事業

- ① 居宅介護支援センター福寿園
- ② 居宅介護支援センター松美苑
- ③ 居宅介護支援センター光野
- ④ 居宅介護支援センター剣崎
- ⑤ 居宅介護支援センター鶴来
- ⑥ 白山市地域包括支援センター光野
- ⑦ 白山市地域包括支援センター笠間

令和 年 月 日

第1号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

住 所 石川県白山市剣崎町 1484 番地  
事業者名 社会福祉法人 福寿会  
剣崎デイサービスセンター  
所 長 徳田 信也 印

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から第1号通所事業についての重要事項の説明を受けました。

利 用 者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 印

緊急連絡先等

緊急連絡先①	氏 名		緊急連絡先②	氏 名	
	住 所			住 所	
	電話番号			電話番号	
	続 柄			続 柄	
緊急連絡先③	氏 名		主治医	病院又は 診療所	
	住 所			医師名	
	電話番号			住 所	
	続 柄			電話番号	

