

# 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援  
総合事業第1号事業

社会福祉法人 一陽会

北方デイサービスセンター

サービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人 一陽会
主たる事務所の所在地	〒395-0151 長野県飯田市北方3369番地1
代表者(職名・氏名)	理事長 熊谷 嘉隆
設立年月日	2003年2月6日
電話番号	0265-48-0115
FAX番号	0265-25-8550
E-mail	ichiyokai@ia4.itkeeper.ne.jp
ホームページ(URL)	http://ichiyokai-iida.jp/

### 2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	北方デイサービスセンター
サービスの種類	第1号通所事業サービス
事業所の所在地	〒395-0151 長野県飯田市北方2209番地1
指定年月日	2018年4月1日
事業者番号	2070500737
電話番号	0265-25-7953
FAX番号	0265-25-7996
E-mail	kitagataday@ia4.itkeeper.ne.jp
管理者の氏名	武田 優一
通常の事業の実施地域	飯田市(但し、旧上村・南信濃村地区を除く)

### 3. 事業の目的

事業の目的	北方デイサービスセンターでは、介護保険の趣旨にしたがい、ご契約者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように、必要な日常生活上のお世話および機能訓練を行うことにより、ご契約者の社会的孤立感の解消及び、心身の機能訓練の維持、ご契約者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、ご契約者に第1号通所事業サービスを提供します。
-------	--

### 4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日
営業時間	午前8時30分から午後5時15分
サービス提供時間	午前9時30分から午後5時15分
定休日	年末年始(12月30日から1月3日)

### 5. 設備

食堂・機能訓練室	244.23㎡
相談室	1室
トイレ	10室(一般4室 車いす対応4室 男性用2室)
浴室	5室(一般2室 個室2室 特殊浴室1室)
静養室	1室
事務室	1室
厨房	1室

## 6. 職員配置

管 理 者	1 名
生 活 相 談 員	1 名以上
看 護 職 員	1 名以上
機 能 訓 練 指 導 員	1 名以上
介 護 職 員	6 名以上
給 食 職 員	1 名以上

## 7. サービスの提供

- ①サービスの提供にあたっては、ご契約者の要支援状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるような適切なサービスを提供します。
- ②第1号通所事業サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対し、適切な介護技術を持ってサービスを提供します。
- ③サービスの提供は懇切丁寧に行います。また、ご契約者またはご家族にたいし、サービスの提供方法などについて理解しやすいように説明いたします。
- ④サービス計画に沿って、常にご契約者の心身の状況を的確に把握し、環境を踏まえて、相談援助などの生活支援、日常生活において介護支援、機能訓練、その他の必要なサービスをご契約者の希望に沿って適切に提供いたします。
- ⑤サービス内容の変更を希望される場合には、いつでもお申し出ください。

## 8. サービスの内容

- ①健康チェック  
バイタル測定（血圧測定・検温・脈拍）を実施いたします。  
看護職員により、ご契約者の健康管理を援助いたします。
- ②送迎サービス  
安全を確保し、居宅とデイサービス事業所までの送迎を行います。  
必要に応じて、相談により居宅内での指定場所まで送迎いたします。
- ③食事サービス  
栄養ならびにご契約者の身体状況およびできる限り嗜好を考慮した食事をご提供いたします。  
ご契約者の自立支援に配慮し、可能な限り離床して食堂で食事が出来るように支援いたします。
- ④入浴サービス  
身体の清潔を保ち、衛生面の支援をいたします。  
一般入浴と特殊入浴など、契約者の身体状況を考慮した入浴をご提供いたします。
- ⑤排泄介助サービス  
排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。  
ご契約者の心身状況に配慮して適切な方法により必要な援助を行います。
- ⑥機能訓練  
日常生活を送るのに必要な機能回復またはその減退を防止するための訓練を実施いたします。
- ⑦生活・健康相談  
日常生活を送る上での相談やご契約者の健康上のご相談を行います。また、必要に応じて関係機関との連絡もいたします。

## 9. 第1号通所事業サービスの料金

## ①基本料金

a) 1か月単位の基本料金(要支援1は月4回以上、要支援2は月8回以上)

	基本料金	負担割合(1割)	負担割合(2割)	負担割合(3割)
事業対象者・要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者・要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

b) 1回単位の基本料金(要支援1は月4回以下、要支援2は月8回以下)

	基本料金	負担割合(1割)	負担割合(2割)	負担割合(3割)
事業対象者・要支援1	4,360円	436円	872円	1,308円
事業対象者・要支援2	4,470円	447円	894円	1,341円

## ②加算

a) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

算定要件として、直接サービスを提供する職員の総数のうち、介護福祉士の割合が40%以上、または、勤続年数が7年以上の職員の総職員数の割合が30%以上の場合に算定が可能

	加算料金	負担割合(1割)	負担割合(2割)	負担割合(3割)
事業対象者・要支援1	240円/回	24円	48円	72円
事業対象者・要支援2	480円/月	48円	96円	144円

b) 科学的推進体制加算(Ⅰ)

算定要件として、

- ・入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況に係る基本的な情報(科学的推進体制加算(Ⅱ)では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報)を厚生労働省に提出している。
- ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

上記のすべての要件を満たした場合に算定が可能。

	加算料金	負担割合(1割)	負担割合(2割)	負担割合(3割)
事業対象者・要支援1・2	400円/月	40円	80円	120円

c) 栄養アセスメント加算

算定要件として、

- ・当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ・利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の物が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応する。
- ・利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。

上記のすべての要件を満たしている場合に算定が可能

	加算料金	負担割合(1割)	負担割合(2割)	負担割合(3割)
事業対象者・要支援1・2	500円/月	50円	100円	150円

d) 介護職員等処遇改善加算

待遇改善・ベースアップ等による介護職員の安定的な確保と、資質向上を図るためキャリアパス推進等を実施していることで算定（加算を含む介護サービス費の9%）

## 10.介護保険の対象とならない利用料金

- ①食事料金
  - a) 昼食代 650 円
  - b) おやつ代 100 円
- ②実施地域を超えた送迎に係る費用
  - a) 1km 当たり 25 円
- ③営業時間外利用に係る費用
  - a) 30 分毎に 750 円
- ④介護用品費
  - a) 紙パンツ代 103 円
  - b) パット代 103 円
- ⑤その他 実費

## 11.利用料金の請求およびお支払方法

- ①請求方法
  - a) 利用料金は、1ヶ月ごとに計算いたします。
  - b) ご契約者には、翌月 15 日までに請求いたします。
  - c) ご契約者には、利用日や利用料金などの内訳を添付した請求書を送付いたします。
- ②支払方法
  - a) 現金によるお支払い  
現金によるお支払いの場合は、請求月の月末までにお支払いください。
  - b) 預金口座振替によるお支払い  
預金口座振替によるお支払いおよび自動振込みによるお支払いの場合、各金融機関どこでもご利用いただけますが、請求月の 27 日に引き落とされますので、前日までにご入金をいただきますようお願いいたします。振替手数料は事業者が負担いたします。
  - c) 銀行口座へのお振込みによる支払い  
当法人の指定口座へお振込みによるお支払いの場合、下記の口座番号へお振込みください。尚、お振込に係る手数料は振込者のご負担となります。
    - (イ) 八十二銀行 伊賀良支店 (普通) 239187 社会福祉法人 一陽会
    - (ロ) 飯田信用金庫 伊賀良支店 (普通) 4928004 社会福祉法人 一陽会

## 12.サービスの中止

- ①健康上の理由による中止  
インフルエンザや風邪など病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。  
当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの内容の変更または中止することがあります。その場合ご家族にご連絡の上、適切に対応します。また必要に応じて主治医などに連絡をとるなど必要な処置を講じます。
- ②気象条件などによる中止  
降雪などの気象条件などにより、送迎が困難な場合はサービス提供をご相談のうえ中止することがあります。

### 13. キャンセル料

利用日当日のキャンセルに限り 750 円(昼食代・おやつ代相当額)をお願いします。ただし、次の取り消しは費用弁償を求めません。

- ① 病気など体調不良によるキャンセルの場合
- ② 葬儀などの社会通念上緊急やむを得ないキャンセルの場合

### 14. 相談・要望・苦情などの窓口

- ① 当事業所の相談窓口
  - a) 担当者 武田 優一 (管理者)
  - b) 電話番号 (0265)25-7953
  - c) 受付時間 月曜日から土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
- ② 飯田市の相談窓口
  - a) 相談窓口 長寿支援課
  - b) 電話番号 (0265)22-4511
- ③ 長野県の相談窓口
  - a) 相談窓口 国民健康保険団体連合会
  - b) 電話番号 (026)238-1580

### 15. 利用にあたっての留意事項

- ① 留意事項
  - a) サービス利用の際には、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を提示してください。
  - b) 事業所内の設備や器具は用法に従ってご利用ください。故意による破損等が生じた場合は弁償していただく場合があります。
  - c) 所持金品等は、自己の管理で行ってください。
  - d) ご利用者間での食べものや金銭等のやり取りはしないでください。
  - e) 事業所内での宗教活動及び政治活動は、ご遠慮ください。

## 当事業所における個人情報の利用目的

北方デイサービスセンターでは、個人情報を下記の目的で利用し、法人で定める「個人情報保護方針」に基づき取り扱っております。個人情報の取扱いについてお気づきの点がありましたら、窓口まで気軽にお申し出下さい。

#### 【介護の提供に必要な利用目的】

##### (1) 利用者への日常の介護、健康管理等のサービス提供

- ① 利用者へのサービス等の提供に際して、家族等への状況の説明を行うこと。
- ② 利用者に係る事業所等の管理運営業務（サービス提供に係る各種の連絡報告、サービス利用状況の管理把握、会計経理業務、事故等の報告、当法人のサービス向上施策の検討、など）

##### (2) 介護保険事務

- ① 各種請求業務 [利用料の会計・請求（審査支払機関への介護給付費請求書等の提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答を含む）]

- ②各種の統計調査（例：利用者の平均年齢、平均要介護度等の算出）
- ③当法人の営む介護事業、およびそれらに付帯する事業に関する資料の送付等の案内

(3)利用者へのサービス等の提供のために行う他のサービス事業者等との連携

- ①当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者、居宅介護支援事業所、主治医等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

(4)その他

- ①法律等で求められる報告・提出書類に使用すること
- ②利用者へのサービス提供等のため、他の専門機関、外部の専門家等との連携、意見・助言を求めること、また当該機関等からの照会に回答すること
- ③損害補償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ④当法人において行われる学生の実習への協力

## 情報開示について

個人情報の開示について、本人・家族の求めに応じてサービス提供の記録等を開示します。情報開示の申し出は、個人情報問い合わせ窓口までご相談ください。

当事業所の個人情報保護に関するお問い合わせは以下にお願い致します。

個人情報問い合わせ窓口：担当 管理者 武田 優一 電話（0265）25-7953

## 重要事項説明書・個人情報に関する同意書

第1号通所事業サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項並びに個人情報の利用目的、情報の開示の説明を行いました。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

社会福祉法人 一陽会  
北方デイサービスセンター

管理者 武田 優一 印

説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から北方デイサービスセンターの重要事項の説明を受けました。また、同時に私と私の家族等の個人情報を、サービス計画作成及び、これに関連している場合、その個人情報を用いることに同意します。

契約者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者（契約者ご本人が署名捺印を行わない場合は、必ずご記入ください）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄（\_\_\_\_\_）

署名代行理由（契約者ご本人が署名捺印を行わない場合は、その理由を必ずご記入ください）

理由 \_\_\_\_\_

契約者の家族

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄（\_\_\_\_\_）