

重 要 事 項 説 明 書

1 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 多治見市社会福祉協議会
主たる事業所の所在地	多治見市太平町2丁目39番地の1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	渡邊 哲郎
電話番号（FAX）	0572-25-1134（0572-25-1132）
設立年月日	昭和43年3月28日

2 当協議会の基本理念等

基 本 理 念	『共に生き、共に育み、共に創る福祉社会を目指して』 個人が人として尊厳を持って自立した生活をするために、市民と共に考え支えあい、高齢者が安心して生活できる地域づくりと障がい者が生活しやすい街づくりや、安心して子育てができる環境づくりに取り組み、市民から信頼される社会福祉活動を推進します。
基 本 目 標	1. 個人の尊厳と自立を支援します。 2. 市民参加を主体とした福祉社会づくりを進めます。 3. 市民に開かれた福祉事業を目指します。 4. 活気ある職場づくりに努めます。

3 利用される事業所の概要

利用事業所名称	多治見市滝呂在宅老人デイサービスセンター
指定番号	2171100163
所 在 地	多治見市滝呂町10丁目87番地の4
電話番号（FAX）	0572-24-5560（0572-23-8641）
サービスの種類	・通所介護 ・介護予防・日常生活総合支援事業
通常の事業実施地域	多治見市内
利用定員	30名

4 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある者に対し、適正なサービスを提供します。
運 営 方 針	利用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に必要な援助を行い、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負担の軽減を図ります。

5 利用される事業所の職員体制

従事者の職種	員数	勤務の形態	
管 理 者	1 人	常 勤 1 人	
生 活 相 談 員	8 人	常 勤 8 人	
看 護 職 員	4 人	常 勤 4 人	非常勤 2 人
介 護 職 員	9 人	常 勤 8 人	非常勤 1 人
機能訓練指導員	1 人	常 勤 1 人	
運 転 手	1 人		非常勤 1 人

6 営業日、営業時間、サービス提供時間、休業日

営 業 日	月曜日から土曜日（祝祭日営業）
営 業 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
サービス提供時間	午前 9 時 00 分～午後 4 時 30 分
休 業 日	日曜日および 1 2 月 2 9 日～翌年 1 月 3 日

※休業日を変更する場合には、事前にお知らせいたします。

7 サービスの内容

生活事業 （相談援助）	利用者の意思及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立ち、提供されるサービスや日常生活の相談援助を実施します。
機能訓練 （日常動作訓練）	利用者の身体機能の維持のために、レクリエーション等を取り入れた機能訓練を実施します。
介護サービス	食事、入浴、移動、排泄等、利用者の状態に合わせた介護サービスを実施します。
介護方法の指導	家庭介護教室及び個別相談等で指導・助言をします。
健康状態の確認	利用時には、バイタルチェックを実施します。
送迎に関する事	自宅までの送迎サービスを実施します。
入浴に関する事	利用者の状態に合わせた入浴サービスを実施します。
食事に関する事	利用者の状態に合わせた食事の提供を実施します。

※その他の有料サービス（詳しくは職員にお尋ねください）

①理美容サービス

8 サービスの提供

（１）サービス提供にあたっては、別添の「通所介護計画書」および「予防介護通所介護計画書」に沿って計画的に提供します。

	曜日	利 用 時 間	内 容（概要）
①			
②			

(2) 日程

時 間	内 容	
8：40～9：20 ～9：45	お迎え	ご自宅までお迎えに上がります。 要支援及び介護予防・生活支援サービス事業対象者の方
9：20～9：40	健康チェック	看護師が体温、血圧等を測定いたします。
9：40～11：50	入浴	機械浴、座位浴、一般浴など身体状況に合わせた入浴サービスを提供させていただきます。
11：50～13：30	食事 休憩	食事前に嚥下、咀嚼をよくする体操を行います。手作りの食事をご用意いたします。 食後歯みがきを行い、ゆっくりと過ごしていただきます。（ベッドで休憩していただけます。）
13：30～13：55	体操	全身を動かす体操を行います。
13：55～15：00	日常動作訓練	工作や調理などの軽作業や季節を感じる行事を行っていただきます。
15：00～15：40	おやつ	おやつをご用意いたします。 ご希望により、カラオケをご利用できます。
15：45～15：50 15：45～	体操・歌 お送り	軽体操や歌をみんなで歌います。 要支援及び介護予防・生活支援サービス事業対象者の方：ご自宅までお送りします。
15：50～16：20	帰り支度	帰りの準備していただきます。
16：20～17：05	お送り	ご自宅までお送りいたします。

9 利用についてお願い

- (1) 貴重品をお持ちにならないようにお願いします。利用時の紛失については、責任を一切負いかねます。
- (2) 送迎について、ご自宅以外の場所での乗車および下車は、安全上の理由により行いませんのでご了承ください。
- (3) お迎えまでに身支度などを済ませておいてください。
- (4) 利用時の体調が良くない場合、入浴を中止する場合があります。
- (5) 台風、大雨の日など、サービスの提供が困難な場合は、休業する場合があります。また、お迎えの時間を予定の時間より遅くする、お送りの時間を予定の時間より早くするなどの調整する場合があります。（事前に連絡をいたします。）
- (6) 入院や入所、身体の状態の不良などを理由に、長期間利用を休止し、その後に利用を希望される場合は、情報提供書または健康診断書の提出をお願いすることがあります。また、利用定員の関係上、同一の曜日に利用できない場合がありますのでご了承ください。
- (7) 当事業所の通所介護の事業内容は、集団介護の場で提供する事業であり、個々のご利用者への常時見守り等のすべての対応をしかねる場合があります。そのため、事業の提供においては、万全を期して業務を遂行してまいります。介護事故、容態急変を未然に防ぐことが困難な場合もありますのでご了承ください。

10 お持ちいただくもの

- (1) 着替え（下着、靴下等）
- (2) ビニール袋（着替えた衣服を入れていただきます）
- (3) 薬（飲み薬、目薬、塗り薬等）
- (4) 紙おむつ（必要な方は用意してください）
- (5) 連絡袋（初回利用日にお渡し致します。）

※入浴に必要なタオル類、シャンプー、石鹸等は、事業所でご用意いたします。

11 ご利用料金

- (1) ご負担いただく利用料金は、介護保険の法定利用料に基づき下記の計算方法により算出します

●利用者負担額計算式

(1 割負担) 月の総単位数×10.14 円（7 級地）＝介護報酬総額
介護報酬総額－（介護報酬総額×0.9）＝利用者負担額

(2 割負担) 月の総単位数×10.14 円（7 級地）＝介護報酬総額
介護報酬総額－（介護報酬総額×0.8）＝利用者負担額

(3 割負担) 月の総単位数×10.14 円（7 級地）＝介護報酬総額
介護報酬総額－（介護報酬総額×0.7）＝利用者負担額

●1 単位の単価 10.14 円

●負担率は保健者（市町村）から交付される利用者負担割合証に記載されている負担割合となります。

●介護予防・日常生活支援総合事業		
要介護状態区分	・事業対象者 ・要支援 1	要支援 2
基本単位	436 単位/日（月 4 回まで） ※月 4 回超の場合、1,798 単位/月	447 単位/日（月 8 回まで） ※月 8 回超の場合、3,621 単位/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88 単位/月	176 単位/月

●通所介護（通常規模）（1 回利用あたり）					
要介護状態区分	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本単価 ※7－8 時間利用の場合	658 単位	777 単位	900 単位	1,023 単位	1,148 単位
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位				
中重度者ケア体制加算	45 単位				

サービス提供体制強化 加算（Ⅰ）	22 単位
●通所介護 ●介護予防・日常生活支援総合事業 共通	
令和 6 年 5 月 31 日までの算定	
介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）	基本単位と各加算単位の月合計×（59/1000）
介護職員等特定処 遇改善加算（Ⅰ）	基本単位と各加算単位の月合計 ×（12/1000） （介護職員処遇改善加算の単位数は除く）
介護職員等ベース アップ等支援加算	基本単位と各加算単位の月合計×（11/1000）/月 （介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の単位は除く）
令和 6 年 6 月 1 日以降の算定	
介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）	基本単位と各加算単位の月合計×（92/1000）
●食 費（日額）	
1 食 （昼食とおやつ）	800 円

（２）実費負担となるもの

日用生活費	ご利用者の希望により、特別に当事業所が提供した場合
オムツ代金	当事業所のオムツを使用した場合

- ①交通費は、事業者の通常の事業実施地域を超える場合にのみ必要となります。
- ②法定代理受領でない場合は、保険者から交付される「利用者負担」の負担率の額を事業者に支払い、その後市町村に保険給付分を請求することになります。
- ③介護保険外のサービス提供となる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。

（３）利用料金の変更

要介護状態区分が変更になった場合、または介護保険制度の改正があった場合は、その区分の単位に基づき計算されます。

（４）お支払方法

利用料金は、当月利用分を翌月 28 日（休日の場合は翌日、翌日が休日の場合はその翌日）にご指定の金融機関からの口座振替、または翌月現金にてお支払いいただきます。

1 2 緊急時の対応方法

体調等が大きく変化した場合など、緊急時には速やかにご家族及び主治医へ連絡を行い、医師の指示に従います。生命に危険があると判断した場合は、119番通報により救急隊を要請し、医療機関に搬送するとともに、ご自宅または緊急連絡先にお知らせ致します。

1 3 事故発生時の対応方法

利用者に対して行うサービスの提供時に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、ケアマネ等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

ただし、当事業所の明らかな過失が認められない場合は、損害賠償をなされないこともあります。

1 4 ペットの取り扱いについて

- (1) ご自宅で飼ってみえるペットについては、スタッフが訪問時に支障をきたさない様にご配慮ください。
- (2) ご自宅で飼ってみえるペット等が噛みつくなど、スタッフに怪我をさせた場合は、労働災害となりますので、関係書類に記載していただく事にご協力いただきます様お願いします。

1 5 キャンセル料

- (1) サービスの利用の中止をする際には、利用日前日までに、すみやかに次の連絡先までご連絡下さい。 連絡先（電話）：0 5 7 2 - 2 4 - 5 5 6 0
- (2) ご利用日当日にキャンセルされた場合は、食費相当額をキャンセル料としていただきます。
- (3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

1 6 守秘義務と個人情報の取扱い

- (1) 業務上、知り得たご利用者様、ご家族様の情報は、生命の危険があるなど正当な理由がある場合を除いて、第三者に提供することはありません。
- (2) 個人情報の取り扱いについて、別紙の通り、個人情報の種類、利用目的、利用・提供方法等を特定します。

17 苦情申立窓口

相談窓口	利用時間・利用方法等
社会福祉法人 多治見市社会福祉協議会 多治見市滝呂在宅老人 デイサービスセンター 多治見市滝呂町 10-87-4	毎週月曜日から金曜日 （但し、祝祭日、12月29日から翌年1月3日を除く。） 午前8時30分から午後5時15分 電 話 0572-24-5560（面接 管理者） F A X 0572-23-8641
	第三者委員（第三者委員事務局） 毎週月曜日から金曜日 （但し、祝祭日、12月29日から翌年1月3日を除く。） 午 前 8時30分～午後5時15分 電 話 090-6091-0233
多治見市 介護保険調整委員会 多治見市音羽町 1-233 駅北庁舎	毎週月曜日から金曜日（祝日除く） 午前9時から午後4時 面 接 多治見市役所 駅北庁舎内 問合せ 多治見市役所 高齢福祉課 電 話 0572-22-1111 内線2232 F A X 0572-25-6434
岐阜県国民健康保険団体 連合会 岐阜市下奈良 2-2-1 岐阜県福祉・農業会館 4 階	毎週月曜日から金曜日 午前9時から午後5時 （但し、祝祭日、12月29日から翌年1月3日を除く。） 問合せ 介護・障害課苦情相談係 電 話 058-275-9826（直通） F A X 058-275-7635（直通）
岐阜県運営適正化委員会 岐阜県下奈良 2-2-1 岐阜福祉・農業会館 6 階	毎週月曜日から金曜日 午前9時から午後5時まで （但し、祝祭日、12月29日から翌年1月3日を除く。） 電 話 058-278-5136 F A X 058-278-5137

18 重要事項説明書の内容の変更

今後、この重要事項説明書の内容に変更がある場合は、事前に文書にてお知らせいたします。

19 その他

（1）サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

20 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

重要事項説明書 同意欄

令和 年 月 日

私は、通所介護兼介護予防・日常生活支援総合事業の利用開始にあたり、重要事項の説明を受け同意します。

サービス利用者

住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

利用者の代理人

住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
利用者との関係 _____

私は、通所介護兼介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始にあたり、重要事項の説明を行いました。

事業者

主たる事務所の所在地 多治見市太平町2丁目39番地の1
名 称 社会福祉法人 多治見市社会福祉協議会

説明者

所 属 多治見市滝呂在宅老人デイサービスセンター
氏 名 _____ 印 _____

重要事項説明書 同意欄

令和 年 月 日

私は、通所介護兼介護予防・日常生活支援総合事業の利用開始にあたり、重要事項の説明を受け同意します。

サービス利用者

住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

利用者の代理人

住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
利用者との関係 _____

私は、通所介護兼介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始にあたり、重要事項の説明を行いました。

事業者

主たる事務所の所在地 多治見市太平町2丁目39番地の1
名 称 社会福祉法人 多治見市社会福祉協議会

説明者

所 属 多治見市滝呂在宅老人デイサービスセンター
氏 名 _____ 印 _____

