

# 重要事項説明書

## (通所介護)

ケアファースト株式会社  
いちばん介護デイサービスセンター

当事業所はご利用者に対して、通所介護サービスの提供開始にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明いたします。

### 1、事業者の概要

- |           |                |
|-----------|----------------|
| (1) 法人の種類 | 株式会社           |
| (2) 法人名   | ケアファースト株式会社    |
| (3) 法人所在地 | 福井県越前市瓜生町 31-1 |
| (4) 電話番号  | (0778) 22-0055 |
| FAX       | (0778) 22-8820 |
| (5) 代表者氏名 | 前田 栄二          |
| (6) 設立年月日 | 平成12年3月23日     |

### 2、事業所の概要

- |               |  |
|---------------|--|
| (1) 事業所の種類    | 通所介護（介護予防通所介護）<br>平成13年3月1日（介護予防通所介護は平成18年4月1日）指定を受ける<br>平成29年5月1日より通所型予防給付相当サービスに移行<br>事業所番号 1870300231   |
| (2) 事業の目的     | 要介護状態となった場合においても、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、必要な日常生活上の世話および心身の機能訓練を行う。併せて、利用者の家族の身体および精神的負担の軽減を図る。   |
| (3) 事業所の名称    | いちばん介護デイサービスセンター   |
| (4) 事業所の所在地   | 福井県越前市瓜生町 31-1   |
| (5) 電話番号      | (0778) 22-0055   |
| (6) 管理者氏名     | 柴田 美紀  |
| (7) 当事業所の営業方針 | ① 事業所において提供する通所介護サービスは、介護保険法ならびに関係する厚生労働省令、および告示の趣旨・内容に沿ったものとする。<br>② 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めるとともに、利用者およびその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 |

- ③ 利用者またはその家族に対し、サービスの内容およびその提供方法について分かり易く説明する。
- ④ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- ⑤ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
- ⑥ 居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿った介護サービスを提供する。
- ⑦ 従業者は、業務上知り得た個人の秘密を、在職中は勿論のこと退職後も漏洩しないものとする。
- ⑧ 開設年月                   平成13年3月12日
- ⑨ 利用定員                   25人

### 3、事業の実施地域および営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域                   越前市、鯖江市
- (2) 営業日および営業時間

営業日	毎日	〔但し、日曜日・1月1日は除く〕
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時15分	
時間延長サービス	午前7時30分から午後7時30分の間で連続して9時間以上12時間未満の介護サービスを提供することができます。但しその場合は事前に協議させていただきます。	

### 4、職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して介護サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

(職員の配置状況)

職 種	人 数	備 考
1、管理者	1名	
2、生活指導員	1名以上	
3、看護職員	1名以上	
4、介護職員	5名以上	
5、機能訓練指導員	1名以上	

(主な職種の勤務形態)

職 種	勤務形態
1、管理者	勤務時間   8：15～17：15
2、生活相談員	勤務時間   8：15～17：15
3、看護職員	勤務時間   8：15～17：15
4、介護職員	勤務時間   8：15～17：15

## 5、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供いたします。  
但し当事業所が提供するサービス利用料金については

- 〔 イ、利用料金が介護保険から給付される場合
- 〔 ロ、利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

### (1) 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第4条、第6条参照）

#### a) サービスの種類

入浴・入浴を行います

機能訓練（I-1）イ  
（I-2）ロ

- ・機能訓練指導員により、ご利用者の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。

#### b) サービスの利用料金（負担割合証に応じて）

イ、介護給付（7時間以上8時間未満の場合）1割負担の場合

要介護 1	……………	658円（1日あたり）
要介護 2	……………	777円（1日あたり）
要介護 3	……………	900円（1日あたり）
要介護 4	……………	1,023円（1日あたり）
要介護 5	……………	1,148円（1日あたり）
個別機能訓練加算（I-1）イ	……………	56円（1日あたり）
（I-2）ロ	……………	76円（1日あたり）
入浴介助加算 I	……………	40円（1日あたり）
中重度者ケア体制加算	……………	45円（1日あたり）
サービス提供体制強化加算 I	……………	22円（1日あたり）
同一建物減算		-94円（1日あたり）
送迎減算（事業所送迎を行わない場合）		-47円（片道につき）

ロ、その他の費用

処遇改善加算 I 合計6月より 9.2%

時間延長サービス（緊急の場合は相談に応じます）

- ・9時間以上10時間未満の場合 …… 50円
- ・10時間以上11時間未満の場合 …… 100円
- ・11時間以上12時間未満の場合 …… 150円

\* ご利用者がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額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、居宅介護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、ご利用者が保健給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス証明書」を交付します。

\* ご利用者に提供する食事に係わる費用は別途請求いたします。

（下記（２）－a 参照）

\* 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、ご利用者の負担額を変更します。

## （２）介護保険給付の対象とならないサービス（契約書第５条、第６条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

### a) 食事代

ご利用者様に提供する食事にかかる費用です。

料金： ８９０円

### b) 喫茶代

料金： １２０円

### c) その他の費用

ご契約者の日常生活に要する費用（紙パンツ、パット又は習字・絵手紙・手芸俳句・連絡帳等にかかる材料費）は必要に応じ負担していただきます。

料金： 実費

## （３）利用料金のお支払方法（契約書第６条参照）

お支払はサービス提供日の翌々月１５日にご利用者の預金口座より引き落としさせていただきます。

## （４）利用の中止、変更、追加（契約書第７条参照）

a) 利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、通所介護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。この場合には、サービスの実施日の前日までにお申し出ください。

c) サービス内容の変更、追加のお申し出に対して、弊事業所の稼動状況によりご利用者様の希望する内容に対応できない場合には、他の事業所サービスをご紹介して協議いたします。

c) 当日 9 時までには、サービス中止の申し出が無い場合は、食事代 756 円のキャンセル料を頂きます。

(5) 事業所からの契約解除（契約書第 9 条参照）

月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3 か月以上遅滞した場合、本契約を解除する事があります。

## 6、送迎サービスについて

事業所は、通所介護サービスの提供にあたり、ご利用者様の送迎（施設利用を目的として、ご利用者様をご自宅と施設の間を限定して送迎する）を行います。但し、ご利用者様の体調を踏まえ車椅子等利用可能な送迎管理体制を整えます。

## 7、緊急時における対応について

通所介護サービスの提供中に、ご利用者様の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた時は、速やかにご家族・主治医または協力機関に連絡し、適切な措置を講じます。その際に、起因する身体的異常・異変に関して一切当事業者は責任を負わないものとします。

① 利用者の医療機関 医療機関の名称  
主治医氏名  
所在地  
電話番号

② 協力医療機関 医療機関の名称 医療法人彰永会 たけふクリニック  
院長氏名 窪田 彰一  
所在地 越前市村国 3 丁目 1 - 1 2  
電話番号 0 7 7 8 ( 2 9 ) 1 2 1 2

③ 緊急連絡先 氏 名  
住 所  
電話番号

## 8、事故発生時の対応について

通所介護サービスの提供により万一事故が発生した場合には、市町村、当該サービス利用者の家族および当該ご利用者様に係わる居宅介護支援事業者速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。また、賠償すべき事故の場合には、速やかに賠償を行います。しかしながら、当方に過失責任が認められない場合には、当該保険を利用できない場合もあります。

## 9、パンフレット等における写真掲載について

当事業所では、ご利用様のご活動している様子を紹介したいとパンフレット、新聞等を作成しております。掲載する場合、再度の確認やお知らせはいたしません。

写真等の掲載を            ①承諾します            ②承諾しません

## 10、苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます

- 苦情受付窓口（担当者）： 相談員      坂井 ひとみ
- 苦情解決責任者           ： 管理者      柴田 美紀
- 電話番号                    ：   0778（22）0055
- 受付時間                    ：   月曜～土曜   8：15～17：15

また、苦情受付場所を玄関ホールに設置しております。

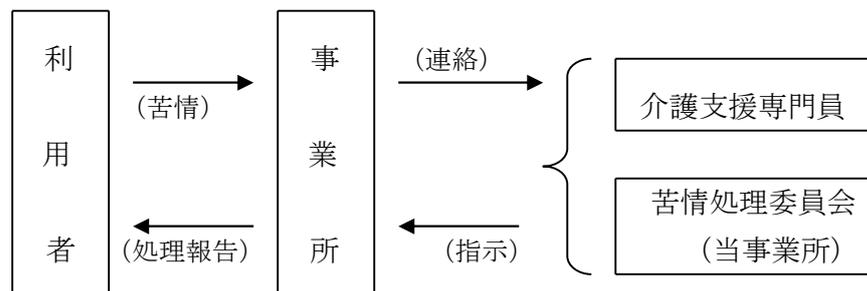
(2) 行政機関苦情受付

越前市 長寿福祉課	電話番号：(0778) 22-3784 受付時間：毎週月～金曜日   8:30～17:15
鯖江市 長寿福祉課	電話番号：(0778) 53-2218 受付時間：毎週月～金曜日   8:30～17:15
福井県国民健康保険 団体連合会 事業課 介護保険係	電話番号：(0776) 57-1614 受付時間：毎週月～金曜日   8:30～17:15

(3) その他苦情受付

第三者委員 吉田 守	第三者委員 吉田 孝伸	第三者委員 館 幸士郎
---------------	----------------	----------------

- (4) 事業所に持ち込まれた苦情や相談は、管理者が必要に応じて、それぞれの職務者に相談のうえ、速やかに対応します。



\*福井県社会福祉協議会による福祉サービス第三者評価は、受けていません。

### 1 1. 虐待防止のための措置に関する事項

- (1) 事業所は、介護サービスの提供に対する利用者の人権擁護・虐待防止の等に対応する為、責任者の設置、相談窓口の設置等苦情解決体制の整備、成年後見制度の利用支援等、必要な措置を講ずるものとする。
- (2) 法人内の全事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業員に周知徹底を図る。
- (3) 虐待防止のための指針を整備する。
- (4) 従業員に対し、虐待防止の為の研修を定期的を実施する。
- (5) 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置する。

虐待防止に関する責任者	(職・氏名) 管理者 柴田 美紀
-------------	------------------

### 1 2. 身体拘束のための措置に関する事項

- (1) 事業所は、当該利用者の又は他の利用者の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。
- (2) 当事業所は管理者を含む「身体拘束委員会」で緊急やむを得ない場合に該当するかどうか十分検討する。
- (3) 拘束する場合でも、利用者本人や家族に対して、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を医師や管理者の立会いのもと、現場責任者から出来るだけ詳細に説明し、十分な理解が得られるように努める。
- (4) 事業所は、緊急やむを得ず拘束する場合においても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録する事とする。
- (5) 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置する。

身体拘束防止に関する責任者	(職・氏名) 管理者 柴田 美紀
---------------	------------------

### 1 3. 金銭、貴重品の管理

- (1)原則として貴重品・金銭・お菓子や生物等の持ち込みはご遠慮願います。万が一持ち込みがあった場合、金銭や貴重品は申し出があれば事務所で保管することもできます。
- (2)利用者同士での金銭や物の授受は禁止いたします。
- (3)貴重品・金銭の紛失、破損につきまして保障のかぎりではございません。

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

(説明者) いちばん介護デイサービスセンター

職 名 生活相談員

氏 名

印

本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意します。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(連帯保証人)

住 所

氏 名

印