

重要事項説明書

2025.7.18~

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人郡上市社会福祉協議会
(2) 法人所在地 岐阜県郡上市大和町徳永585番地
(3) 代表者 会長 鈴木 富士夫
(4) 電話番号 0575-88-9988
(5) 指定年月日 令和5年12月1日
指定有効期間 令和5年12月1日～令和11年11月30日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所
令和5年12月1日指定 郡上市2191000153号
- (2) 事業所の目的 指定地域密着型通所介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に地域密着型通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 高鷲デイサービスセンター
- (4) 事業所所在地 岐阜県郡上市高鷲町大鷲201番地2
- (5) 電話番号 0575-72-5888
- (6) 管理者氏名 寺田 春美
- (7) 運営方針 サービスの提供にあっては、関係市町村、地域の保健医療福祉サービス機関との綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日 令和5年12月1日
- (9) 事業実施地域 郡上市全域
- (10) 営業日 毎週月曜日から金曜日まで
ただし、12月29日から1月3日までの日を除く
- (11) 営業時間 午前8時15分から午後5時15分まで
(サービス提供時間：午前9時00分から午後4時10分)
- (12) 利用定員 1日18人まで
- (13) 事業所他業務 当事業所では、次の業務も合わせて実施しています。
介護予防デイサービス事業
平成30年4月1日指定 郡上市2191000153号
基準該当障害福祉サービス事業
生活介護 平成19年4月1日指定 2141010062号
自立訓練 平成19年4月1日指定 2141010062号

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護及び介護予防デイサービスを提供する職員として以下の職種職員を配置しています。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

<職員の配置状況>

職 種	常 勤	非常勤	備 考
管 理 者	1名		看護職員兼務
生活相談員	3名		介護職兼務3名
看護職員	2名		機能訓練指導員兼務
機能訓練指導員	1名		
介護職員	5名		

4. 当事業所が提供するサービス（1日のながれ）

時 間	サービス	内 容
午前	送 迎	送迎車にて自宅までお迎えに伺います。
	健康チェック	看護職員が、血圧、脈拍、体温などを測定しながらご利用者の健康状態を伺います。
	入 浴	ご利用者の状態にあわせて、一般浴・特別浴（機械浴）で入浴を行います。
	余暇活動	ちぎり絵やぬり絵、簡単なリハビリなどをして過ごします。
午後	昼 食	日替わりでメニューをご提供します。
	アクティビティ	リハビリ体操、歌やゲームなどをして過ごします。地域との交流会も積極的に行います。
	お や つ	お茶を飲みながら話もはずみます。
	送 迎	ご自宅までお送りします。

5. 当事業所が提供するサービスの利用料金（料金一覧表参照）

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用者ごとに決められた介護保険負担割合に従い、利用料金の9割から7割が介護保険から給付されます。

- ①身体介護（排泄介助、移動移乗介助、送迎時の乗降介助等）
- ②入 浴（衣類着脱介助、洗身、洗髪等）
- ③そ の 他（相談助言、レクリエーション、行事等）

<基本サービス>

ご契約者の要介護度	基 本 料 金
要 介 護 1	7, 530円
要 介 護 2	8, 900円
要 介 護 3	10, 320円
要 介 護 4	11, 720円
要 介 護 5	13, 120円

※介護職員の専門体制を整えている事業所として「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）又は（Ⅲ）」が算定されます。

- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 加算料金：220円／日
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 加算料金：180円／日
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 加算料金：60円／日

※国の定める指定基準を超える看護職員及び介護職員配置等の要件を満たした場合に「中重度者ケア体制加算」が算定します。

加算料金：450円／日

※認知症に対する研修修了者の配置等の要件を満たした場合に「認知症加算」を、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者に対して算定します。

加算料金：600円／日

※介護職員の処遇改善に取り組む事業所として下記の加算が算定されます。

「介護職員処遇改善加算（Ⅲ）」（1ヵ月のご利用総単位数の8.0%）

※送迎を行わない場合は、上表から片道につき基本料金から470円の減算をします。

※通常の事業実施地域を越えてサービスを利用される方が中山間地域等にお住まいの場合は基本料金の5%が加算されます。

<加算サービス>

加算サービスはご利用者ごとの選択サービスとなっています。以下のサービスをご利用の際には、利用者ごとに決められた介護保険負担割合に従い、加算料金の9割から7割が介護保険から給付されます。

- ・入浴介助加算（Ⅰ） 加算料金：400円／日
- ・入浴介助加算（Ⅱ） 加算料金：550円／日
衣類の着脱・洗身・洗髪などの入浴介助を行います。
- ・若年性認知症利用者受入加算 加算料金600円
65歳以下の認知症の方に対し、担当者を定めサービスを行います。
- ・科学的介護推進体制加算 加算料金：400円
ご利用者の心身状況に係る情報を科学的に分析して、より良いサービスが提供できるようにします。
- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 加算料金：560円／日
- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ 加算料金：760円／日
- ・個別機能訓練加算（Ⅱ） 加算料金：200円／日

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスについては、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①食事の提供（調理、後片付け、材料費等）

ご契約者に提供する食事の調理・材料等にかかる費用です。

料金：1日あたり 750円

②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施区域外にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との送迎費用として下記料金をいただきます。

料金：片道1回に当たり100円

ただし、中山間地域等にお住まいの方は、基本料金に対して5%が加算されますので送迎費用はいただきません。

③その他の費用

サービス提供において通常必要と認められるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められるものの実費額

- ④ご契約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。要支援又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。(第6条2項償還払い参照)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、ご契約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「サービス提供証明証」を交付します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条関係参照)

前記(1)、(2)の利用料金等は、事業所の定める期日までに、利用料等を金融機関口座振替等により納付していただきます。利用料金の納付が3ヵ月以上遅延した場合は、第18条第2号により本契約を解除します。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

- ①利用予定日の前に、ご契約者の都合により通所介護サービスを中止又は変更、若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事業者へ申し出てください。
- ②利用予定日の前日午後5時までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされたときは、取消料として下記料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約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なかった場合 (当日キャンセル)	基本料金の1割 +食費750円

- ③サービス利用の変更、追加の申し出に対して、当事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

6. 送迎について

送迎を利用される場合のお迎え時間・お送りの時間は、サービス利用開始の際に決めさせていただきます。なお、当日の利用人数、道路状況等により予定時間が変わる場合には、あらかじめご連絡いたします。

7. 緊急時及び事故発生時の対応について (契約書第9条第2項参照)

- (1) ご利用中に体調の急変や事故発生等で医療機関への受診が必要になった場合、ご家族と連絡をとり指定の医療機関へ搬送します。ただし、ご家族と連絡がとれな

い場合、又は、緊急を要する場合は当事業所の判断で適当な医療機関に搬送します。

- (2) 自然災害等が発生、もしくは予測される場合は当事業所の判断で利用時間を短縮あるいは、営業を一時中止する場合があります。この時にご家族に速やかに連絡させていただくと同時に、関係機関と連絡をとり被害を最小限にとどめるよう努力します。

8. 情報提供に関する同意について（契約書第10条第2項及び第3項参照）

当事業所が管理又は作成するご契約者の状態、通所介護計画、実績、ご契約者及びそのご家族等の個人情報等の資料について他のサービス事業所や医療機関等から情報提供の依頼があったときは、管理者の判断で情報を提供しますので、本重要事項説明書にて同意いただきます。

9. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第9条第3項参照）

当事業所では、関係法令（及び郡上市社会福祉協議会個人情報保護規程）に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、5年間保管しています。また、利用者の求めに応じてその情報を開示します（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります）。

10. 損害賠償保険への加入（契約書第12条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	社会福祉法人全国社会福祉協議会
保険名	社会福祉施設総合損害補償 ～施設の損害補償～
補償の概要	対人賠償：2億円（1名）、10億円（1事故） 対物賠償：2000万円（1事故） 他

11. 虐待防止について

- (1) 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の予防のために、次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会の定期開催。
- ② 虐待防止のための指針の整備。
- ③ 虐待防止のための研修の定期開催。
- ④ 上記措置を適切に実施するための担当者を配置する。

- (2) 事業者は、サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

12. ハラスメントについて

ハラスメントに関する事業者の取り組みとして、職場内でのハラスメント対策を行います。利用者、家族または身元保証人等から、事業所及びそのサービス従事者、その他関係者に対し、故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合はサービス利用を一時中止もしくは契約を解除します。

13. 感染症の予防及びまん延防止

事業所は感染症の発生とまん延を防止するために必要な措置を講ずるものとします。感染症や非常災害の発生においても利用者へのサービスを継続的に実施するため、非常時の体制で早期業務再開を図るため業務継続計画を策定し業務継続に必要な措置を講じます。

- (1) 事業所内での業務継続計画の周知・研修及び訓練を定期的に行います。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しと変更を行います。

14. 苦情の受付について（契約書第19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け付けます。

- ◆苦情受付窓口担当者 寺田 春美（高鷲デイサービスセンター管理者）
☎0575-72-5888
- 松山 淳紀（郡上市社会福祉協議会在宅福祉課課長補佐）
☎0575-88-9988
- ◆苦情解決責任者 八代 忠尚（郡上市社会福祉協議会事務局長）
☎0575-88-9988
- ◆第三者委員 野口 洋輔 ☎0575-65-6278
野々村茂樹 ☎0575-82-2152

(2) 行政機関その他の苦情の受付

- ◆郡上市社会福祉協議会 ☎0575-88-9988
- ◆郡上市健康福祉部高齢福祉課 ☎0575-67-1807
- ◆郡上市地域包括支援センター ☎0575-67-0008
- ◆岐阜県国民健康保険団体連合会 ☎058-273-1111
- ◆岐阜県健康福祉部高齢福祉課 ☎058-272-1111
- ◆岐阜県社会福祉協議会運営適正化委員会 ☎058-278-5136

15. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	1 あり	2 なし
実施した直近の年月日	年 月 日	
実施した評価機関の名称		
評価結果の開示	1 あり	2 なし

16. その他サービス利用に関する留意事項

- ・職員又は他の利用者に対する宗教活動、政治活動、営利活動等をご遠慮ください。
- ・敷地内は全面禁煙となっております。
- ・当事業所及び職員に対する贈り物等については、これを固くお断りいたします。
- ・利用の際は、必要に応じ主治医の指示書又は情報提供書を提出していただきます。なお、主治医の指示書、情報提供書は入院等により身体に変化があった時はその都度提出をお願いする場合がございます。

- ・デイサービスのご理解をいただく為、ご家庭や地域の皆様に向けた通信や新聞等に、ご利用者様の写真等を使用させていただくことがあります。

プライバシー等の観点から、ご本人様の写った 写真等の使用に同意します。
 写真等の使用に同意しません。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護事業所サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 郡上市高鷲町町大鷲201番地2
事業者名 高鷲デイサービスセンター
説明者 印

私は、本書面に基づく事業者からの説明を受け、本書8項の情報提供について同意しました。

利用者 住 所

氏 名 _____ 印

家族等 氏 名 _____