

デ イ サ ー ビ ス 利 用 案 内

(重 要 事 項 説 明 書)

令和6年4月1日現在

1 事業者（法人）の概要

所在地 〒441-3123 愛知県豊橋市小松原町字浜41番地
事業者名 社会福祉法人王寿會
代表者 理事長 石原世光 法人設立年月日 平成6年7月28日

2 ご利用事業所の概要

事業所名 デイサービスセンター王寿園（愛知県知事指定介護保険取扱事業所）
サービスの種類 通所介護・介護予防通所サービス 事業所番号 2372000691
所在地 〒441-3123 愛知県豊橋市小松原町字浜41番地
管理者 石原世光
電話・FAX番号 電話0532-21-3511（代） FAX0532-21-3514
指定年月日 通所介護：平成12年2月29日 介護予防通所サービス：平成27年4月1日
利用定員 30名
サービスの提供できる地域 豊橋市内全域、主に豊橋市内の小沢小学校区・細谷小学校区・高師校区・二川南小学校区・天伯小学校区・高根小学校区となります。

3 通所介護・通所予防介護の目的・運営方針

ご利用者様の心身の状態に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事等の介護や日常生活上の世話及び機能訓練により、ご利用者様の心身機能維持やご家族様の身体的・精神的負担の軽減を図るよう援助させていただきます。

4 提供するサービスの内容

8:30～ お迎え開始	12:30～ 昼食
到着後随時健康チェック (血圧・体温・脈拍)	13:20～ 交流タイム(希望者は昼寝)
9:30～ モーニングサービス、朝の挨拶	14:00～ レクリエーション
10:00～ 入浴開始	15:20～ ティータイム
機能訓練・個別レクリエーション	15:40～ 機能訓練・グループ活動
11:45～ リハビリ体操・口腔体操	16:30～ 送迎車輛準備・職員あいさつ
	16:40～ 送迎

※随時排泄介

○営業日 月曜日～土曜日（但し12月31日～1月3日は休業）

○営業時間 午前8時30分～午後5時40分

○サービス提供時間 午前9時30分～午後4時40分

○職員の勤務体制

以下の職員が交代で勤務します。

生活相談員	3名（常勤兼務3名）
介護職員	8名（常勤専従1名・常勤兼務3名・非常勤専従4名）
看護職員	3名（常勤兼務1名・非常勤兼務2名）
機能訓練指導員	3名（常勤兼務1名・非常勤専従2名）

5 利用料について（契約書第5条参照）

○通所介護（通常規模型通所介護）

【基本単位】（1日あたりの単位数）

介護度	単位数
要介護1	658
要介護2	777
要介護3	900
要介護4	1,023
要介護5	1,148

【加算項目】（1日あたりの単位数）

サービス項目	単位数
入浴費（一般浴・特浴）	40
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に92/1000

※ケアプランに基づくサービス

○介護予防通所サービス

【基本単位】（1ヶ月あたりの単位数）

介護度	1ヶ月の単位
要支援1・事業対象者	1,798
要支援2	3,621

【加算項目】（1ヶ月あたりの単位数）

サービス項目	1ヶ月の単位数
サービス提供体制強化加算Ⅱ要支援1・事業対象者	72
サービス提供体制強化加算Ⅱ要支援2	144
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に92/1000

※ケアプランに基づくサービス

【介護職員処遇改善加算Ⅰ】

※人材を確保して適正なサービスを保ち質の向上を行っていくために、所定単位数（基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）にサービス別加算率の0.059を乗じた単位数が加算されます。

【地域区分適用地域】

※平成27年4月介護保険改正にて、豊橋市は地域区分適用地域の7級地に定められたため、介護報酬が【1単位当たり（10.14円）】となりました。よって、上記所定単位数に10.14を乗じた1割（3割）が自己負担分となります。

【同一建物に居住する利用者、送迎を行わない場合に対する減算】

サービス項目	単位数
通所介護同一建物減算（要介護1～5）	94/日
予防通所介護同一建物減算1（要支援1・事業対象者）	376/月
予防通所介護同一建物減算2（要支援2）	752/月
通所介護送迎減算（要介護1～5）	47/片道
介護予防通所サービス送迎減算（事業対象者・要支援1・要支援2）	47/片道

（注1） 上記利用料は、厚生労働大臣が告示で定める単位数であり、これが改定された場合は、自動的に改訂されます。尚、その場合には書面にて改訂後の単位数をお知らせいたします。

○介護保険適用外

内 容	自己負担金
昼食費（おやつ代含む）	650円
夕食サービス	330円

※食材の特性や大きさによる誤嚥などの事故や19時過ぎてからの喫食された場合の食中毒に関しては、責任を負いかねます。

6 キャンセル規程

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の当日午前8時までにご連絡いただいた場合。	無料
② ご利用日の当日午前8時までにご連絡がなかった場合。	350円

※その他、通常かかる実費で利用者が負担すべき費用は、実費徴収します。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、保険給付が直接事業者に支払われない場合があります。その場合はいったん利用料を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日豊橋市の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

7 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて 利用月の翌月15日以降 に利用者あてにお届けします。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の26日までに、 原則として 下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)事業者指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの自動振替 ※上記の方法が困難な方は、ご相談ください。 イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、**支払い期日から3か月以上遅延し**、さらに支払いの**督促から1か月以内に支払いが無い場合**には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

8 サービス利用にあたっての留意事項

○医師の証明書について

ご利用に当たっては、利用者の安全と他の利用者の安全、また、既往症や疾患、感染性の有無の確認と、入浴の可否の確認、その他の医療面での確認の為、かかりつけの医師による証明書の提出をお願いしております。特に有効期限は定めておりませんが、心身の状況の変化や、入院後にサービスを再開される場合などにおいて再発行、もしくは情報提供票などの提出をお願いすることがあります。（後述※1参照）

○健康上の理由によるサービスの中止

- ①当センターは、医師は在中していませんので基本的に医療行為については行いません。
- ②風邪、病気、感染の危険性があると思われる症状などの際は、サービスの提供をお断りすることがあります。また、インフルエンザ等感染性の疾病があると医師の診断をされた場合、再利用にあたっては医師の許可等が必要になる場合があります。（後述※2参照）
- ③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または中止をすることがあります。その場合、ご家族に連絡の上対応します。
- ④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あります。その場合、ご家族に連絡の上対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師への連絡、または、救急車の要請をするなどを必要な措置を講じますが、原則として病院への搬送は出来かねますのでご協力をお願いいたします。

※1）証明書の再発行について

- ☆ 手術をされた場合（全ての手術に必要とは限りません）
- ☆ 利用登録が一旦廃止となった後再利用される場合
- ☆ 心身の状態が著しく変化した場合

上記以外においても必要と判断した場合には証明書の再発行をお願いすることがあります。

また、場合によっては証明書ではなく情報提供表の提出をお願いすることがあります。

※ 2) 衛生管理、感染症対策

☆ 当センターでは空調設備等により施設内の環境に配慮し適温に保つとともに、備品等の清潔保持に努め、消毒を施す等、常に衛生管理に留意しております。

☆ 職員は感染症等に関する基礎知識の習得に努め、年1回以上の健康診断をしております。

○利用再開にあたって

医療機関への入院、他施設への入所もしくは自宅療養された場合や、居宅サービス計画が変更された場合等において再利用される際には、事業所の稼働状況により希望する期間にサービスの提供が出来ない場合があります。その場合には、他の利用可能日時を提示させていただくなど相談をさせていただくことがあります。

○お持ち物

・薬等（点眼薬、湿布等を含む）・着替え（必要な方）・上履き・歯ブラシ、必要な方は歯磨き粉・紙おむつ又は紙パンツ（リハビリパンツ）、パット

①現金・貴重品等は持ち込まないようにしてください。

②利用者の中には食事制限のある方もみえます。また、衛生上の理由から食べ物を持ち込みはお断りします。ただし、医師の許可等があり医療的な事由についてはこの限りではありません。

③利用中に於ける利用者様同士の金品または物品の授受については理由を問わず差し控えていただくようお願い致します。

④持ち物には必ず名前を書いてください。

※記名のない持ち物について、紛失等のあった場合には責任を負いかねますのでお願い致します。

ご利用時足りなくなった場合はお貸し致します。次回ご利用時お返しください。

その他必要なものがある場合には、ご連絡致します。

○その他の理由によるサービスの中止

①利用者がお迎え時間に間に合わなかった場合は、サービスを中止することがあります。

②天災及び諸事情によりサービスの提供が困難な場合は、事業者の判断でサービスを中止する場合があります。

☆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替できませんのでご了承ください。

○その他

①緊急連絡先は明確にしておいて下さい。連絡が取れない場合には対応が遅れることがあります。

②喫煙は指定の場所で行います。送迎車内についても利用者様の健康に配慮して禁煙となっておりますので御協力をお願いいたします。

③送迎時間は当日の天候、交通状況、利用人数の影響もごさいますので、前後15分程度を加味していただきたいと思います。また、利用者様の変動により、送迎時間の変更をお願いする場合がございますので、ご理解、ご協力の程宜しくお願い致します。

④当施設では、皆様に安心して利用していただくために、利用者の「営利行為」、「宗教の勧誘」、「特定の政治活動」を禁止いたします。

⑤携帯電話のご持参は、ペースメーカー等心臓に疾患の見える方がご利用されていることもありますので、ご遠慮いただきたくお願い申し上げます。また、ご持参をされる場合には、電源をお切りになってお持ちいただくようお願い申し上げます。

9 介護サービス提供記録の情報開示

ご利用者様及びご家族様の求めに応じて、介護サービス提供記録の開示を致します。

また当施設における利用者の自立を援助するためのサービス担当者会議や緊急時等において利用者及び御家族の個人情報を利用することがあります。

10 非常災害対策

非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、取るべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

1 1 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合には、速やかに主治医や医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

1 2 事故発生時の対応

サービス提供時より事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して取った処置について記録をし、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

1 3 損害賠償について（契約書第13条参照）

当事業所において、事業者の責任により利用者について生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、契約者に故意または、過失が認められる場合には、契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

1 4 秘密保持に関する対策（契約書第14条参照）

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

1 5 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

1 6 個人情報の利用目的について（契約書第20条参照）

個人情報保護法及び甲の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報保護方針」の下に、個人情報の「利用目的」を公表します。

1 7 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急時を除いてやむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 8 苦情の受付（契約書第18条参照）

通所介護・介護予防通所サービスに関する相談・苦情については、下記にご連絡ください。

1 9 第三者評価の実施状況

実施していません。

《事業者の窓口》 デイサービスセンター王寿園

苦情解決責任者 石原 世光
苦情受付担当者 坂田 康昭

所在地 〒441-3123 豊橋市小松原町字浜41番地
電 話 0532-21-3511 (代)
FAX 0532-21-3514
受付時間 平日 8:30 ~ 17:30

《第三者委員の連絡先》 原田 恭和 (有限会社マルワ原田社長)

住 所 〒440-0848 豊橋市西小池町2-1
電 話 0532-45-2954
受付時間 平日 9:00 ~ 17:00

松下 泰三 (松下法律事務所)

住 所 〒440-0851 豊橋市前田南町1-19-22
電 話 0532-45-2954
受付時間 平日 9:00 ~ 17:00

《保険者の窓口》

東三河広域連合 介護保険課

所 在 地 〒440-0806 豊橋市八町通2丁目16番地
電 話 番 号 0532-26-8471

FAX番号 0532-26-8475

受付時間 平日 8:30 ~ 17:15

《公的団体の窓口》 愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課

所在地 〒461-0001 名古屋市東区泉1丁目6番5号

電話 052-971-4165

FAX 052-962-8870

受付時間 平日 9:00 ~ 17:00

重要事項説明の年月日

令和 年 月 日

指定通所介護サービス・指定介護予防通所サービスの開始にあたり、利用者に対して
契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付いたしました。

【事業者】

住 所 愛知県豊橋市小松原町字浜41番地

法人名 社会福祉法人 王寿會

代表者名 理事長 石原 世光

事業所名 デイサービスセンター王寿園

説明者 職務名 生活相談員

氏 名 坂田 康昭 .

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護サービス・指定介護予防通所サービスに
ついて重要事項説明を受け同意しました。

【契約者】

利用者

住 所

氏 名

家族代表者様

住 所

氏 名

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的及び場合

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画及び介護予防通所サービス支援計画に基づいて指定通所介護サービス及び指定通所予防介護サービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議等において必要な場合に使用する。

2 使用にあたっての条件

ア 個人情報の提供は、1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。

イ 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと。

3 個人情報の内容

ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が通所介護サービス等を行うために必要な、利用者やその家族個人に関する情報

イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

4 使用する期間

社会福祉法人王寿會 と私（または代理人）の間に交わされた利用契約書に定めた期間に限るものとし、利用契約が解消された後は私（利用者）及び家族に関する個人情報の使用は認めない。

令和 年 月 日

社会福祉法人王寿會 殿

利 用 者 様 氏 名

ご家族代表者様 氏 名