

通 所 介 護

重 要 事 項 説 明 書

【目次】

1	事業概要	2
2	送迎できる範囲	2
3	職員体制	2
4	センターの設備	2
5	営業時間及び滞在時間	3
6	介護保険の給付対象となるサービスの内容	3
7	介護保険の給付対象とならないサービスの内容	4
8	サービス利用料金	5
9	利用の中止	6
10	利用料金のお支払方法	6
11	事故発生時の対応	6～7
12	緊急時の対応	7
13	災害時の対応	7
14	協力医療機関	7
15	サービス利用の留意事項	7
16	サービス内容に関する苦情について	7～8

はまなす苑氷見デイサービスセンター

氷見市島尾791番地

TEL 0766-91-7700

FAX 0766-91-7733

通所介護重要事項説明書

(2026.6.1)

1、事業概要

経営主体	社会福祉法人はまなす厚生会
代表者	理事長 中村 國雄
施設の種類	指定通所介護施設（平成 12 年 2 月 14 日指定・富山県指令高第 198 号）
事業所名	はまなす苑氷見デイサービスセンター （介護老人福祉施設に併設）
住所	〒935—0032 氷見市島尾 7 9 1 番地
管理者名	長森 克成
利用定員	35 名（総合事業デイサービス定員を含む）
電話番号	0 7 6 6－9 1－7 7 0 0
FAX 番号	0 7 6 6－9 1－7 7 3 3
事業所番号	1 6 7 0 5 0 0 1 2 1
第三者評価	実施実績なし（令和元年 12 月 24 日現在）

2、送迎できる範囲

送迎サービスを提 供する対象地域	・ 氷見市 全域 お住まいの方 ・ 高岡市太田地域 〃 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください
---------------------	---

3、職員体制（必要最低数）

職 務	員 数	専任・兼務
管理者	1	兼務
生活相談員	1	兼務
看護員	1	専任
機能訓練指導員	1	兼務
介護員	6	専任
栄養士	1	兼務
調理員	委託	
運転手	3	専任
事務員	1	兼務
計	1 5	

4、センターの設備

食堂兼機能訓練室	1 室 1 3 5 m ²
浴室	一般浴槽
	特殊浴槽（昇降式浴槽）
送迎車	リフト付バス 2 台 車いす対応
	中型バス 1 台 10 人乗り
	軽四車 4 台（うち 2 台車椅子対応）

5、営業時間及び滞在時間

○営業時間 午前 8時30分 より 午後 5時30分
(月曜日から土曜日まで営業。ただし元日は休業)

○サービス提供時間 午前 8時30分 より 午後 5時15分
その他の滞在時間の対応につきましてご相談に応じます。

6、介護保険の給付対象となるサービスの内容

(1) 日常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行う。

ア、排泄の介助

イ、移動の介助

ウ、養護（休養）

エ、その他必要な身体介護

(2) 健康状態の確認

看護師が毎日バイタルチェックにより健康状態の確認を行う。

(3) 機能訓練サービス

利用者が日常生活を営む上に必要な機能減退を防止するための訓練及び利用者の心身の活性化をはかるための各種サービスを提供する。

ア、日常生活動作に関する訓練

イ、レクリエーション

ウ、グループワーク

工、行事的活動

才、体操

力、趣味活動

(4) 入浴サービス

利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。

ア、入浴形態

- ・ 一般浴槽による入浴（毎日）
- ・ 特殊浴槽による入浴（毎日）

イ、介助の種類（必要に応じて）

- ・衣類着脱
- ・身体の清拭、洗髪、洗身
- ・その他必要な介助

(5) 食事介助サービス

食事時間 午後12時00分 ～ 午後1時00分

ア、食事摂取の介助

イ、準備、後始末の介助

ウ、その他食事に必要な介助

エ、食事後の口腔ケア

※食費は自己負担となります。

(6) 相談、助言等に関すること

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。

ア、日常生活動作に関する訓練の相談、助言

イ、福祉用具の利用法の相談、助言

ウ、住宅改修に関する情報提供

エ、その他必要な相談、助言

(7) 送迎サービス

要介護の状態、地理的条件等により送迎を必要とする利用者については、専用車輛により送迎を行います。また、必要に応じて送迎車輛への昇降及び移動の介助を行います。基本的に運転手1名、添乗員1名の計2名により送迎いたします。

7、介護保険の給付対象とならないサービスの内容

(1) 限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えたサービスについては、全額自己負担となります。

(2) 食事の提供（食費）

栄養と利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を、栄養士の管理のもと提供します。

(3) 日常生活上必要となる諸費用

利用者に負担いただくことが適当である、日常生活に要するものに係る費用は、実費をご負担いただきます。

(4) その他

利用料金の全額がご利用者の負担となりますサービスについては、事前にご連絡いたします。ご利用者及びご家族の了解を得たものをサービスいたします。

8、サービス利用料金

介護保険給付適用分

(1) 通所介護サービス提供料金（通常規模型通所介護費）

ア 1日当りの基本利用料（介護報酬額）（単位 円）

介護度	3～4 時間	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間	7～8 時間	8～9 時間
要介護 1	3,700	3,880	5,700	5,840	6,580	6,690
要介護 2	4,230	4,440	6,730	6,890	7,770	7,910
要介護 3	4,790	5,020	7,770	7,960	9,000	9,150
要介護 4	5,330	5,600	8,800	9,010	10,230	10,410
要介護 5	5,880	6,170	9,840	10,080	11,480	11,680

イ 1日当りの基本利用料（1割負担の場合）（単位 円）

介護度	3～4 時間	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間	7～8 時間	8～9 時間
要介護 1	370	388	570	584	658	669
要介護 2	423	444	673	689	777	791
要介護 3	479	502	777	796	900	915
要介護 4	533	560	880	901	1023	1041
要介護 5	588	617	984	1008	1148	1168

感染症または災害を理由に利用者延べ人数が昨年度より 5%以上減少した場合、基本利用料の 3%分を上乗せします。

(2) 加算料金（単位 円）

加算項目	料金	適用	算定条件
入浴介助加算Ⅰ	40	○	入浴介助を行った場合 1 回につき
認知症加算	60		職員体制や認知症利用者の割合等、厚生労働大臣が定める基準を満たした場合。
中重度者ケア体制加算	45		基準より多い職員体制、要介護 3 以上の利用者の割合等、厚生労働大臣が定める基準を満たした場合。
個別機能訓練加算Ⅰイ/ロ	56/76		常勤専従の機能訓練指導員等が配置され、計画的に機能訓練を行った場合（ロはサービス提供時間を通して機能訓練指導員がいる場合）
個別機能訓練加算Ⅱ	20		PDCA サイクルを構築（機能訓練加算Ⅰに上乗せ）
ADL 維持等加算ⅠⅡ	月 30/60		パーセルインデックス評価を行い ADL が維持されている
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	○	直接サービスを提供する職員のうち勤続 7 年以上の者が 30%以上である。
口腔機能向上加算	月 150		口腔機能について PDCA を構築して支援した場合
若年性認知症利用者受入加算	60		若年性認知症の利用者にサービスを提供した場合 1 回につき
送迎減算	-47	○	送迎を行わなかった場合、（片道につき）
科学的介護推進体制加算	月 40	○	基本的な情報を厚生労働省に提出している等
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	※	○	介護職員等の処遇改善を行っている（所定の単位数の 11.8%

◎ 自己負担割合が 2 割(3 割)の方は(1)、(2)の料金に 2(3)を乗じた料金となります

◎ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

◎ 償還払いの場合には、一旦あなたが介護報酬額全額を支払い、その後領収書を添付して該当の市町村に請求すると、9 割の還付が得られます。（自己負担割合 2 割の方は 8 割の還付が得られます。）

※ 所定単位数（基本サービス費に加算減算を加えた 1 か月あたりの総単位数）に 11.9%を乗じた金額。

(3) 介護保険適用外負担分

① 食費（食材料費＋調理費） 昼食 1 食 750 円

② おむつ代金（おむつは利用時持ち込みでお願いしています）

万一、おむつが汚れた場合等は以下の料金にて用意いたします。

品名	1枚あたり	品名	1枚あたり	品名	1枚あたり
ライフリー リハビリパンツ M	60 円	ライフリー テープ止め M	80 円	一晩中安心ウルトラ (パット)	50 円
リハビリパンツ L	70 円	テープ止め L	90 円	長時間さらさら (パット)	30 円
リハビリパンツ LL	80 円	テープ止め LL	100 円	外もれ安心 (パット)	30 円
その他：歯ブラシ 1本 86 円				ケアパット	30 円
				吸収シート	20 円

上記のほか自己負担となるものについては、事前にご案内して了承の上、ご負担をお願いしております。

③ 理髪について

随時受付 利用料金は1回あたり 2,300 円（丸刈りは 1,800 円）

（理髪時間はデイのサービス提供時間に含まれません）

9、利用の中止

利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用中止又は変更ができます。

この場合、利用予定日の前日までに当センターにご連絡ください。

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。ただし、利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

1	ご利用日の前営業日午後5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時までにご連絡いただいた場合	利用料の50%
3	ご利用日の当日午前8時までにご連絡いただけなかった場合	利用料の100%

健康上の理由による中止

- (1) 風邪、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。
- (2) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更又は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。
- (3) 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、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10、利用料金のお支払方法

利用月の翌月10日頃までに月単位で請求書を送付します。利用料のお支払いは利用者指定の金融機関口座からの自動口座振替とします。毎月27日が（休日の場合はよく営業日）が引き落とし日となり、領収書は入金の確認後翌月利用料請求時に発行添付致します。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 自動口座振替（振替手数料 52 円はご利用者負担となります） 2 下記指定口座へのお振込み
富山第一銀行 氷見支店 普通預金口座
（口座振込の場合の手数料金はご利用者負担となります） |
|--|

11、事故発生時の対応

通所介護サービス提供中に事故が発生した場合、迅速に事故処理を行います。ま

た、事故の状況等について速やかにその家族及び市町村へ連絡致します。その事故が損害賠償の責任を負う必要があるときは、速やかに応じます。なお、再発防止のために必要な措置を講じます。

12、緊急時等の対応

通所介護の提供を行っている時に、利用者に病状の急変が生じた場合及びその他必要な場合は、速やかに主治の医師又は当苑の協力病院である「中村記念病院」との連携を取り必要な措置を講じます。

13. 災害時の対応

当事業所では、地震・火災・風水害等の災害が発生した場合には、利用者の安全を最優先に行動します。速やかに安全確保・避難誘導を行い、必要に応じてご家族等へ連絡いたします。災害によりサービス提供が困難となる場合には、その旨を速やかにお知らせいたします。

14、協力医療機関

名称	医療法人財団 正友会 中村記念病院
院長名	中村 國雄
所在地	富山県氷見市島尾825番地
TEL	0766-91-1307
FAX	0766-91-1355
診療科目	内科・外科・小児科・胃腸科・循環器科・腎臓内科・胸部心臓外科・ 糖尿病内分泌科・皮膚泌尿器科・整形外科・脳神経外科・眼科・ 耳鼻科・婦人科・歯科口腔外科・呼吸器科・神経内科・血液内科・ 理学診療科・ドック科

15、サービス利用の留意事項

- ・利用者が体調不良や医療治療中の場合は利用できません。
- ・利用者が感染症などお持ちの方は利用できない場合があります。
- ・在宅での生活状態や体調・食事の内容などお知らせ下さい。
- ・サービス利用中に病院への定期受診はできません。(やむを得ず受診する場合はサービス終了となります。)
- ・その他ご要望がございましたらお聞かせ下さい。

16、サービス内容に関する苦情について

当苑センターのサービス内容にご意見や苦情等については下記へお気軽に申し出下さい。

○当センターのご利用者相談・苦情担当

担当窓口 ・主任 _____
 ・生活相談員 _____

TEL 0766-91-7700

○苦情の受付

苦情は面接、電話、書面等により苦情受付担当者が随時受け付けます。

○苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除き第三者委員に報告します。

○苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人又は苦情責任者は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の助言や立会いによる話し合いは、次により行います。

ア 第三者委員による苦情内容の確認

イ 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(他の苦情窓口)

- | | |
|--------------------|------------------|
| ・氷見市福祉介護課 | TEL 0766-74-8066 |
| ・高岡市高齢介護課 | TEL 0766-20-1365 |
| ・富山県国民健康保険団体連合会 | TEL 076-431-9833 |
| ・富山県福祉サービス運営適正化委員会 | TEL 076-432-3280 |

法 人	社会福祉法人はまなす厚生会
住 所	富山県氷見市島尾791番地
代 表 者	理事長 中村 國雄 印
事 業 所	はまなす苑氷見デイサービスセンター
事業所番号	富山県 1670500121

はまなす苑氷見デイサービスセンターの提供する通所介護サービスの開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 _____ 印

私は、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した。

年 月 日

住所
利用者 _____ 印

代理人 _____ 印