

# 重 要 事 項 説 明 書

## 鳳鳴苑デイサービスセンター えがお（介護予防）

### （指定介護予防認知症対応型通所介護）

（富山県指定 第1690200207号）

当事業所はご契約者に対して指定介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当事業所の利用は、原則として要介護認定の申請により「要支援1及び要支援2」と認定され、認知症と診断を受けた方が対象となりますが、未だ要介護認定の認定を受けてない方でもサービスの利用は出来ます。

| 目 次                   |              |
|-----------------------|--------------|
| 1 事業所                 |              |
| 2 事業所の概要              |              |
| （1）事業所の種類             | （2）事業所の目的    |
| （3）事業所の名称             |              |
| （4）事業所の所在地            | （5）電 話       |
| （6）事業管理者              |              |
| （7）事業所の運営方針           | （8）営業日及び営業時間 |
| （9）利用定員               | （10）事業の実施地域  |
| 3 職員の配置状況             |              |
| 4 提供サービスと利用料金         |              |
| （1）介護保険の給付対象となるサービス   |              |
| （2）指定介護予防サービス利用料金     |              |
| （3）介護保険の給付対象とならないサービス |              |
| （4）利用料金のお支払い方法        |              |
| （5）利用の中止、変更、追加        |              |
| 5 苦情等の受付              |              |
| 6 事故発生時の対応            |              |
| 7 衛生管理等の対策            |              |
| 8 非常災害時の対策            |              |
| 9 個人情報の取り扱い           |              |
| 10 虐待の防止について          |              |
| 11 業務継続計画の策定          |              |
| 12 当事業所ご利用の際の留意事項     |              |
| 13 第三者による評価の実施状況      |              |

社会福祉法人 福鳳会

## 1 事業 者

社会福祉法人 福鳳会

富山県高岡市蔵野町3番地（〒933-0834）

電話（代） 0766-31-4567 FAX 0766-31-4848

代表者 理 事 長 林 治朗

開苑年月日 昭和62年11月1日

## 2 事業所の概要

### （1）事業所の種類 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所

平成22年1月1日 富山県指定 第1690200207号

当事業所は指定介護老人福祉施設 鳳鳴苑に併設しています。

### （2）事業所の目的

老人福祉法令及び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支援することを目的とし、ご契約者に、介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

### （3）事業所の名称 鳳鳴苑デイサービスセンター えがお

### （4）事業所の所在地

富山県高岡市蔵野町3番地（〒933-0834）

### （5）電 話 0766-31-3301

FAX 0766-31-4848

### （6）事業管理者 松島 周平

### （7）事業所の運営方針

- ① 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立った介護予防サービスの提供に努めます。
- ② 適切な介護技術をもって常に提供した介護予防サービスの質の管理、評価を行いその向上に努めます

### （8）営業日及び営業時間

指定介護予防通所介護事業所 営 業 日 毎週 月曜日から土曜日まで（祝祭日含む）  
ただし、12月31日から1月3日まで除く。

営業時間 午前8時から午後5時30分まで

サービス提供時間 午前8時30分～午後4時30分まで

延長時間は午前8時から午前8時30分まで及び午後4時30分から午後5時30分までとする。

ただし、利用者等の事情を勘案して必要があると認められるときは、前号の規定にかかわらず実施するものとする。

(9) 利用定員（指定認知症対応型通所介護事業の定員を含む）

指定介護予防認知症対応型通所介護事業所                      利用定員                      12名 / 日

(10) 通常の事業の実施地域                      高岡市内

### 3 職員の配置状況

当センターでは、ご契約者に対して各サービスを提供する職員として、つぎの職種の職員を配置しています。

| 職 種       | 指 定 基 準 | 備 考                   |
|-----------|---------|-----------------------|
| 管 理 者     | 1 名     | 他職種と兼務                |
|           |         | 職務内容：職員及び業務の一元的な管理・総括 |
| 生 活 相 談 員 | 1 名以上   |                       |
| 介 護 職 員   | 2 名以上   |                       |
| 機能訓練指導員   | 1 名以上   | 又は看護師                 |
| 運 転 手     |         | 1 名                   |

### 4 提供サービスと利用料金

当センターでは、ご契約者に対してつぎのサービスを提供します。

#### (1) 介護保険の給付対象となるサービス

##### ア. 食 事

- ・当センターでは、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好に配慮した食事の提供に努めています。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して皆で食事をいただくことを原則としています。

##### イ. 入 浴

- ・入浴は、ご契約者の身体状況により一般浴槽又は特殊（機械）浴槽を使用して入浴をしていただきます。

##### ウ. 排 泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

##### エ. 機能訓練

- ・機能訓練指導員又は機能訓練の講習を受けた看護職員が、ご契約者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。

#### (2) 指定介護予防サービス利用料金（1日当り）

つぎの料金表は、介護保険給付額の介護予防認知症対応型通所介護費及びご契約者の負担額を記載してあります。

なお、介護保険の給付対象となる場合の利用者の自己負担額は、所得に応じて変わります。

指定介護予防認知症対応型通所介護の利用時間 【1 割】

(単位：円)

| 区 分   | 所 要 時 間<br>8時間以上 9時間未満 |              | 所 要 時 間<br>7時間以上 8時間未満 |              | 所 要 時 間<br>6時間以上 7時間未満 |              |
|-------|------------------------|--------------|------------------------|--------------|------------------------|--------------|
|       | 介護保険<br>給 付 額          | 自 己<br>負 担 額 | 介護保険<br>給 付 額          | 自 己<br>負 担 額 | 介護保険<br>給 付 額          | 自 己<br>負 担 額 |
| 要支援 1 | 7,980                  | 798          | 7,730                  | 773          | 6,840                  | 684          |
| 要支援 2 | 8,910                  | 891          | 8,640                  | 864          | 7,620                  | 762          |

| 区 分                                            | 所 要 時 間<br>5時間以上 6時間未満 |              | 所 要 時 間<br>4時間以上 5時間未満 |              | 所 要 時 間<br>3時間以上 4時間未満 |              |
|------------------------------------------------|------------------------|--------------|------------------------|--------------|------------------------|--------------|
|                                                | 介護保険<br>給 付 額          | 自 己<br>負 担 額 | 介護保険<br>給 付 額          | 自 己<br>負 担 額 | 介護保険<br>給 付 額          | 自 己<br>負 担 額 |
| 要支援 1                                          | 6,670                  | 667          | 4,490                  | 449          | 4,290                  | 429          |
| 要支援 2                                          | 7,430                  | 743          | 4,980                  | 498          | 4,760                  | 476          |
| 所要時間 2時間以上 3時間未満の場合：「4時間以上 5時間未満」の所定金額の100分の63 |                        |              |                        |              |                        |              |

| 上記以外の介護保険給付額及び利用者自己負担額<br>(下記の利用については利用料金に加算されます)                                             | 介護保険<br>給付額              | 自己<br>負担額 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| 所要時間 8時間以上 9時間未満の前後に日常生活上の世話をを行った<br>場合で、通算した時間が 9時間以上 10時間未満の場合の加算額<br>※1日につき加算              | 500                      | 50        |
| 入浴を行った場合（一般浴・特殊浴含む） ※1日につき加算                                                                  | 400                      | 40        |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※1日につき加算<br>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事<br>に届け出た指定通所介護事業所が、通所介護を行なった場合の加算額 | 220/回                    | 22/回      |
| 全く送迎を行わない場合                                                                                   | 47単位/片道減算<br>94単位/往復減算   |           |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)<br>介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、<br>行った場合の加算額                                | 1月あたりの所定単位数<br>×181/1000 |           |

※介護保険給付限度額を超えて利用した場合の利用者の自己負担額は、全額負担となります。

指定介護予防認知症対応型通所介護の利用時間 【2 割】

(単位：円)

| 区 分   | 所 要 時 間<br>8時間以上9時間未満 |            | 所 要 時 間<br>7時間以上8時間未満 |            | 所 要 時 間<br>6時間以上7時間未満 |            |
|-------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|
|       | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 |
| 要支援 1 | 7,980                 | 1,596      | 7,730                 | 1,546      | 6,840                 | 1,368      |
| 要支援 2 | 8,910                 | 1,782      | 8,640                 | 1,728      | 7,620                 | 1,524      |

| 区 分                                         | 所 要 時 間<br>5時間以上6時間未満 |            | 所 要 時 間<br>4時間以上5時間未満 |            | 所 要 時 間<br>3時間以上4時間未満 |            |
|---------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|
|                                             | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 |
| 要支援 1                                       | 6,670                 | 1,334      | 4,490                 | 898        | 4,290                 | 858        |
| 要支援 2                                       | 7,430                 | 1,486      | 4,980                 | 996        | 4,760                 | 952        |
| 所要時間2時間以上3時間未満の場合：「4時間以上5時間未満」の所定金額の100分の63 |                       |            |                       |            |                       |            |

| 上記以外の介護保険給付額及び利用者自己負担額<br>(下記の利用については利用料金に加算されます)                                             | 介護保険<br>給付額              | 自己<br>負担額 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| 所要時間8時間以上9時間未満の前後に日常生活上の世話をを行った<br>場合で、通算した時間が9時間以上10時間未満の場合の加算額<br>※1日につき加算                  | 500                      | 100       |
| 入浴を行った場合（一般浴・特殊浴含む）※1日につき加算                                                                   | 400                      | 80        |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※1日につき加算<br>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事<br>に届け出た指定通所介護事業所が、通所介護を行なった場合の加算額 | 220/回                    | 44/回      |
| 全く送迎を行わない場合                                                                                   | 94単位/片道減算<br>188単位/往復減算  |           |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)<br>介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、<br>行った場合の加算額                                | 1月あたりの所定単位数<br>×181/1000 |           |

※介護保険給付限度額を超えて利用した場合の利用者の自己負担額は、全額負担となります。

指定介護予防認知症対応型通所介護の利用時間 【3 割】

(単位：円)

| 区 分   | 所 要 時 間<br>8時間以上9時間未満 |            | 所 要 時 間<br>7時間以上8時間未満 |            | 所 要 時 間<br>6時間以上7時間未満 |            |
|-------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|
|       | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 |
| 要支援 1 | 7,980                 | 2,394      | 7,730                 | 2,319      | 6,840                 | 2,052      |
| 要支援 2 | 8,910                 | 2,673      | 8,640                 | 2,592      | 7,620                 | 2,286      |

| 区 分                                         | 所 要 時 間<br>5時間以上6時間未満 |            | 所 要 時 間<br>4時間以上5時間未満 |            | 所 要 時 間<br>3時間以上4時間未満 |            |
|---------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|
|                                             | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 | 介護保険<br>給付額           | 自 己<br>負担額 |
| 要支援 1                                       | 6,670                 | 2,001      | 4,490                 | 1,344      | 4,290                 | 1,287      |
| 要支援 2                                       | 7,430                 | 2,229      | 4,980                 | 1,494      | 4,760                 | 1,428      |
| 所要時間2時間以上3時間未満の場合：「4時間以上5時間未満」の所定金額の100分の63 |                       |            |                       |            |                       |            |

| 上記以外の介護保険給付額及び利用者自己負担額<br>(下記の利用については利用料金に加算されます)                                            | 介護保険<br>給付額              | 自己<br>負担額 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| 所要時間8時間以上9時間未満の前後に日常生活上の世話をを行った<br>場合で、通算した時間が9時間以上10時間未満の場合の加算額<br>※1日につき加算                 | 500                      | 150       |
| 入浴を行った場合（一般浴・特殊浴含む）※1日につき加算                                                                  | 400                      | 120       |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※1日につき加算<br>厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事<br>に届け出た指定通所介護事業所が、通所介護を行なった場合の加算額 | 220／回                    | 66／回      |
| 全く送迎を行わない場合                                                                                  | 141単位/片道減算<br>282単位/往復減算 |           |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）<br>介護職員等処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、<br>行った場合の加算額                              | 1月あたりの所定単位数<br>×181／1000 |           |

※介護保険給付限度額を超えて利用した場合の利用者の自己負担額は、全額負担となります。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

ア. 食事の提供（食材料費と調理費）

食事を提供した場合は、食事の材料費と調理費の実費相当額（一食当り 7 6 0 円）を負担していただくことになります。

イ. ご契約者の日常生活に要する費用については実費をご負担していただきます。

例：おむつ代など

(4) 利用料金のお支払い方法

利用料金については、翌月はじめに前月 1 か月分をまとめてご請求いたしますので、1 5 日までに納入願います。

なお、訪問入浴料については、利用毎にお支払い願います。

(5) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定期日の前に、ご契約者の都合により各サービスの利用を中止又は変更、追加をすることが出来ます。この場合にはサービス実施予定日の前日までに事業者申し出下さい。
- ② 事前に中止の申し出がなく、当苑より送迎にうかがった場合には、取消料として食事代を負担していただきます。ただし、ご契約者の体調不良等による場合は、この限りではありません。
- ③ 1 か月以上、ご利用が無かった場合は中止とさせていただきます。再利用をご希望された場合は、定員数等の都合でご利用できない場合を除き、再利用することができます。

5 苦情の受付

(1) 当センターに対するご要望や苦情等についてのご相談は、次の窓口で受付けます。

相談窓口：各事業所職員及び地域包括支援センター長並びに鳳鳴苑事務局事務局長

受付時間：毎週月曜日 ～ 金曜日

8 : 30 ～ 17 : 15

なお、通所介護事業所については、土曜日にも受付けいたします。

電 話：31-3301・0700・4025・4400・4567・4414

F A X：31-4848

また、苦情受付ボックスを本館入口に設置しています。

(2) 苦情処理体制及び手順

- I. 苦情内容についての事実確認を行います。
- II. 事実確認の結果を基に解決案を作成します。
- III. 必要に応じ関係機関（担当ケアマネージャー等）と連携しながら解決に向け取り組みます。
- IV. 改善について、相談者に確認を行います。
- V. 苦情処理が行われることは3日以内を原則とします。
- VI. 苦情受付から解決、改善までの経過について書面に記録します。

(3) 行政機関の苦情受付機関

①高岡市長寿福祉課

所在地 : 高岡市広小路7番50号  
電 話 : 0766-20-1365  
FAX : 0766-20-1364  
時 間 : 8:30 ~ 17:15 (土曜、日曜、祝日を除く)

②富山県国民健康保険団体連合会 苦情・相談専用窓口

所在地 : 富山市下野字豆田995の3 (富山県市町村会館内)  
電 話 : 076-431-9833  
FAX : 076-431-9834  
時 間 : 9:00 ~ 17:00 (土曜、日曜、祝日を除く)

③富山県福祉サービス運営適正化委員会

所在地 : 富山市安住町5番21号 (富山県総合福祉会館二F)  
電 話 : 076-432-3280  
FAX : 076-432-6532  
時 間 : 9:00 ~ 17:00 (土曜、日曜、祝日を除く)

④ 射水市介護保険課 (保険福祉部)

所在地 : 射水市新開発410番地1号  
電 話 : 0766-51-6627  
FAX : 0766-51-6666  
時 間 : 8:30 ~ 17:15 (土曜、日曜、祝日を除く)

⑤ 氷見市福祉介護課

所在地 : 氷見市鞍川1060番地  
電 話 : 0766-74-8111  
FAX : 0766-74-8257  
時 間 : 8:30 ~ 17:15 (土曜、日曜、祝日を除く)

⑥ 砺波地方介護保険組合

所在地 : 砺波市栄町7番3号  
電 話 : 0763-34-8333  
FAX : 0763-34-8334  
時 間 : 8:30 ~ 17:15 (土曜、日曜、祝日を除く)

## 6 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに理事長及び施設長に報告し対応についての指示を受けます。また、共に不在のときは、事故対策責任者補佐又は各部所責任者に報告し指示を受けます。
- (2) 利用者の身体に関する異常が発生した場合は、速やかに主治医に報告し指示を受けるとともに利用者家族に対しても連絡を行います。
- (3) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者家族、高岡市及び富山県に対しても連絡を行います。
- (4) 事故により賠償すべき事態が生じた場合においては、速やかに解決に努力いたします。

## 7 衛生管理等の対策

事業所において感染症が発生したときは、まん延しないように必要な措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修並びに訓練を定期的に実施します。

## 8 非常災害時の対策

- (1) 非常時の対応は、別途定める「特別養護老人ホーム 鳳鳴苑 消防計画」にのっとり対応を行います。
- (2) 「特別養護老人ホーム 鳳鳴苑 消防計画」にのっとり、昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加し実施します。
- (3) 訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

## 9 個人情報の取り扱い

個人情報の使用にあたっては、個人情報保護法を厳守し、適正・安全に管理いたします。

## 10 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底します。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。

- (3) 職員に対し、虐待防止のための研修を定期的 to 実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。
- (5) 事業所の職員は、利用者または他利用者等の生命又は心身を確保するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならないこととし、身体拘束等を行う場合には、職員に対し、その態様及び時間、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を記録することを義務付けます。

#### 1 1 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供の継続的な実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。
- (2) 定期的 to 業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 1 2 当事業所ご利用の際の留意事項

職員や他のご利用者に対し、ハラスメントその他迷惑行為、宗教活動、政治活動、営業活動を行うことはできません。

#### 1 3 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 |        |           |

以 上

令和 年 月 日

介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項についての説明を行いました。

指定介護老人福祉施設

鳳鳴苑デイサービスセンター えがお

説明者・職名

氏名

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、鳳鳴苑デイサービスセンター えがおの介護予防サービス提供開始に同意します。

契 約 者・住 所

氏 名

印

代 理 人・住 所

氏 名

印

続 柄