

重要事項説明書

「指定通所介護」重要事項説明書

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について
7. 事故の対応について

個人情報使用同意書

写真等掲載の同意書

送迎に関する説明及び同意書

「指定通所介護」重要事項説明書

〔令和7年6月1日現在〕

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(愛知県 2373201132)

当事業所はご利用者に対して指定通所介護を提供します。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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社ふじケアサポート
- (2) 法人所在地 愛知県西尾市高落町屋敷63番地1
- (3) 電話番号 0563-55-1035
- (4) 代表者氏名 代表取締役 藤田 公平
- (5) 設立年月日 平成18年6月14日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所介護
- (2) 事業所の名称 デイサービス 笑庵
- (3) 事業所の所在地 愛知県西尾市新村町郷東22番地
- (4) 電話番号 0563-55-1086
- (5) 管理者 藤田 公平
- (6) 開設年月日 平成26年9月1日
- (7) 利用定員 25名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

西尾市（佐久島を除く）、安城市、岡崎市、幸田町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（ただし、12月29日～1月3日までを除く）
営業時間	8:30～17:30（左記は基本であり随時受付可能です）
サービス提供時間	月～土 9:30～16:40

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護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。

管理者	常勤 1 名（サービス付高齢者住宅と兼務）	計 1 名
生活相談員	常勤 2 名以上	計 2 名以上
介護職員	常勤 4 名以上	計 4 名以上
機能訓練指導員	常勤 1 名以上	計 2 名以上
	非常勤 1 名以上	
看護職員	常勤 1 名以上	計 2 名以上
	非常勤 1 名以上	

5. 当事業所が提供する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

< サービスの概要 >

① 入浴

・入浴または清拭を行ないます。

② 排泄

・ご利用者の排泄の介助を行います。

③ 個別機能訓練

・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能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。

④ 送迎サービス

・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

なお、通常の事業実施地域外からのご利用の場合も送迎費はご負担いたしません。

※介護保険制度改正に伴いサービスに変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明し、ご利用者の同意をいただきます。

＜サービス料金（１回あたり） （１） 介護給付費＞

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービス料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります）

- ◆ ご利用者に提供する食事にかかる費用は別途いただきます。（下記参照）
- ◆ 介護保険の給付額や負担率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。

■ 通常規模型通所介護費

（７時間以上８時間未満の場合）

※ ご利用負担額は合計単位数×10.27円の介護保険負担割合額となります。

ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用単位数（１回につき）	658	777	900	1,023	1,148
入浴介助加算Ⅰ単位数（１回につき）	40	40	40	40	40
サービス提供体制加算Ⅱ単位数	18	18	18	18	18
個別機能訓練加算Ⅰイ 単位数（１回につき）	56	56	56	56	56

※ 別途、合計ご利用者負担額に 9.2%を乗じた額が、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)として付加されます。

- 送迎料金は、サービス利用料金に含まれます。
- 食事代は一食 910 円です。（おやつ代込み）

（２） 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者の負担とさせていただきます。

① 食事の提供（食費）

食費は 1 食 910 円とさせていただきます。（おやつ代含む）

②レクリエーション、クラブ活動費 500円／月

その他ご利用者の希望により各クラブ活動に参加していただくことができます。

その場合は利用料金・材料代等の実費をいただくこともあります。

③おむつ代・リハビリパンツ代 100円（必要な方）

④尿取りパット代 50円（必要な方） ⑤延長料金（30分 500円）

（３） 利用料金お支払い方法

①前記（１）、（２）の料金・費用はサービス利用終了後翌月 10 日前後に請求書を発行しますので、翌月 27 日に口座引き落としにてお支払いいただきます。

②現金でのお支払いも翌月 27 日までとさせていただきます。

（４） サービス利用の中止

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、指定通所介護の利用を中止することができます。この場合には、実施日の当日午前 8 時までに事務所に申し出てください。

当日午前8時までに連絡がなかった場合は、料金の全部または一部を請求することがあります。

但し、利用者体調不良または異変の場合はその限りではありません。

[連絡先] 電話番号 0563-55-6753

(サービス付き高齢者住宅「和の家 笑庵」内)

(5) サービス利用の変更

利用者が指定通所介護の変更等を希望する

場合は、いつでも事務所に申し出てください。

該当利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡、その他の必要な援助を行います。

6. 苦情の受付について

当事業所は苦情受付窓口を設置しており利用者・家族からの苦情に迅速、適切に対応します。

また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

(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専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 [職名] 管理者： 藤田 公平

○受付時間 月曜日～土曜日（9：00～17：00）

○電話番号 0563-55-1086

(2) 行政機関やその他苦情受付機関

西尾市役所 長寿課	所在地 西尾市寄住町下田22番地 電話番号 (代表) 0563-56-2111 (直通) 0563-65-2119
安城市役所 高齢福祉課	所在地 安城市桜町18番23号 電話番号 (代表) 0566-76-1111
岡崎市役所 長寿課	所在地 岡崎市十王町2丁目9番地 電話番号 (代表) 0564-23-6000
幸田町役場 介護保険グループ	所在地 幸田町大字菱池元林1番地1 電話番号 (代表) 0564-62-1111
碧南市役所 高齢介護課 介護保険係	所在地 碧南市松本町28 電話番号 (代表) 0566-41-3311
国民健康保険 国体連合会	所在地 名古屋市東区泉1-6-5 電話番号 (代表) 052-971-4165 FAX 052-962-8870
愛知県 社会福祉協議会	所在地 名古屋市東区白壁1-50 電話番号 (代表) 052-212-5515 FAX 052-212-5514

7. 事故の対応について

事業所は、本契約に基づくサービスの実施に伴い、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。

事業所は、民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しています。前項規定の賠償に相当する可能性がある場合は、契約者又はご家族の方に当該保険の調査等の手続きにご協力頂く場合があります。

8. 第三者評価の実施状況なし。

9. サービス提供記録の開示について

当事業所に保管してあるサービス提供実績記録をご契約者様の要望により、いつでも開示できる体制を整えております。

指定通所介護の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

デイサービス 笑庵

説明者

管理者名 藤田 公平 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、
指定通所介護・指定第1号通所介護事業(通所介護相当サービス)の提供開始に同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

個人情報の取り扱いについての同意書

当事業者ならびに当事業所は、個人情報の保護に関する法律（法律第57条）に基づき
 ご利用者様ならび扶養者のご家族の個人情報について、下記業務内容ならびに利用目的の達成に必要な範囲で使用いたします。

業務内容	○ ケアプラン、介護サービス提供にかかる計画、提供したサービス内容の記録、サービス提供者会議等
利用目的	○ 当事業所におけるサービス提供を遂行のため ○ 当事業所におけるサービス提供を遂行するために必要な範囲で関係機関へ情報を提供して連携をとるため ○ 当事業所におけるサービス提供を遂行するために必要な範囲で関係機関より情報を提供していただき連携をとるため ○ ご利用者様へのサービス料金の請求のため ○ 介護給付、第1号通所介護事業(通所介護相当サービス)（介護保険）請求のため ○ ダイレクトメールの発送（当社アンケート、連絡物） ○ その他、お客様へのサービス提供を円滑に履行するため
利用の目的を超える場合	○ 人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難な場合（本人が意識不明などの状況）
安全管理措置	○ 雇用契約時における職員の守秘義務規遵守 ○ 不要となった個人データの復元不可能な形での廃棄

※ 上記関係機関とは、ご利用者様にかかわる介護関係事業者、医療機関、市町村役場、国民健康保険連合団体会、厚生労働省などの国家機関

上記について同意いたします。

事業者 住 所 愛知県西尾市高落町63番地1
 氏 名 株式会社 ふじケアサポート
 代表取締役 藤田 公平

事業所 住 所 愛知県西尾市新村町郷東22番地
 氏 名 デイサービス 笑庵
 担 当 管理者 藤田 公平

ご利用者様 氏名 _____ 印 _____

ご 家 族 氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

又は代理人 氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

写真等掲載の同意書

私は、施設サービス活動中の写真等の利用に関して説明を受け、その内容を理解したうえで
その利用に当って、掲載に

同意します

同意しません

利用媒体[2種]

(1) 施設内掲示物

(2) ホームページ

利用情報[2種]

(1) 写真

(2) 作品（氏名、年齢等が含まれる場合があります）

令和 年 月 日

利用者氏名

印

ご家族又は代理人

印

続柄

緊急事態に対応するための連絡カード

令和 年 月 日

利用者お名前	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 生 満 歳
住 所	
電話番号	
携帯番号	

主治医	病院名 医師名 電話番号
訪問看護	事業所名 看護師名 電話番号

緊急連絡先	
①お名前	(続柄)
電話番号	
②お名前	(続柄)
電話番号	
③お名前	(続柄)
電話番号	

・ 緊急事態移送病院 ・

デイサービス 笑庵

0563-55-1086