

北名古屋市社協デイサービスセンターもえの丘

指定相当通所型サービス重要事項説明書

令和8年10月1日現在

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(北名古屋市 第2377400110号)

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 北名古屋市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 北名古屋市
- (3) 電話番号 0568-25-8500
- (4) 代表者氏名 会長 竹谷 久美子
- (5) 設立年月日 平成 18 年 3 月 20 日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定相当通所型サービス（介護予防通所介護に相当するサービス）（平成 30 年 4 月 1 日指定北名古屋市 2377400110 号）
- (2) 提供サービス 指定相当通所型サービス（介護予防通所介護に相当するサービス）
- (3) 事業所の名称 北名古屋市社協デイサービスセンターもえの丘
- (4) 事業所の所在地 北名古屋市熊之庄大畔 48 番地
- (5) 電話番号 0568-26-2724
- (6) 管理者氏名 加藤 裕加里
- (7) 当事業所の運営方針

介護予防を目的に、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。

- (8) 開設年月日 平成 20 年 4 月 1 日
- (9) 利用定員 35 名

3 サービス実施地域及び営業日等

- (1) 通常のサービスの実施地域 北名古屋市
- (2) 営業日等

営業日	月曜日から土曜日まで（12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く。）
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで
サービス提供時間	午前 9 時 45 分から午後 3 時 55 分まで

4 職員の職種・員数・職務の内容

- (1) 管理者 1 名
管理者は、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
- (2) 従事者
 - ア 生活相談員 1 名以上
生活相談員は、生活指導その他サービスの提供に当たります。
 - イ 看護職員 1 名以上
看護職員は、看護その他サービスの提供に当たります。
 - ウ 介護職員 7 名以上
介護職員は、介護その他サービスの提供に当たります。

エ 機能訓練指導員 1名以上

機能訓練指導員は、機能訓練指導その他サービスの提供に当たります。

(3) 事務職員 1名

事務職員は、介護報酬請求事務及びその他必要な事務に当たります。

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービス内容

基本事業
・生活相談（相談援助等）
・介護サービス（移動や排泄の介助、見守り等）
・健康状態の確認（血圧・脈拍・体温の測定）
・レクリエーション
・送迎
・給食
・入浴（一般浴・特殊浴）
指定相当通所型サービス（介護予防通所介護に相当するサービス）
・運動器機能向上訓練（機能訓練）

(2) サービスの提供方法

ア サービスの提供にあたっては、契約者の指定相当通所型サービス計画を作成し、その計画に基づきサービスを行います。介護予防サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿った指定相当通所型サービス計画を立案します。

イ 指定相当通所型サービス計画に従ったサービスの実施状況及び援助目標の達成の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて内容を変更しながらサービスを提供してまいります。

ウ 契約者のモニタリングの結果を、地域包括支援センター又は地域包括支援センターが介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所（以下「介護予防支援事業所等」という。）へ報告し、介護予防の実効とサービス内容を検証してまいります。

(3) 利用料金

サービスを利用した場合の利用料金（利用者負担額）は、次のとおりです。

ア 基本料金

（ ）は単位数 （月額）

要支援区分	基準額	利用者負担額 （1割負担の方）	利用者負担額 （2割負担の方）	利用者負担額 （3割負担の方）
要支援1	18,465 円 (1,798)	1,847 円	3,693 円	5,540 円
要支援2	37,187 円 (3,621)	3,719 円	7,438 円	11,157 円

イ 加算料金（次のサービスを利用した場合は、次の額が基本料金に加算されます。）

（ ）は単位数 （月額）

サービスの種類		基準額	利用者負担額 （1割負担の方）	利用者負担額 （2割負担の方）	利用者負担額 （3割負担の方）
サービス提供体制強化 加算（I）	要支援1	903 円 (88)	91 円	181 円	271 円
	要支援2	1,807 円 (176)	181 円	362 円	543 円

- ※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰロが加算されます。（1か月の利用総単位数に12%を乗じた単位数を加算）
- ※ 北名古屋市は地域区分が「6級地」であるため、単位数に10.27円を乗じた金額が基準額となっています。
- ※ 送迎及び入浴費用は、基本料金に包括されています。
- ※ 事業者が送迎を行わない場合は、片道につき49円、97円又は145円（47単位）の利用者負担額が減額されます。
- ※ 契約者の体調不良や都合等により、指定相当通所型サービス計画に定められた提供日数より利用が少なかった場合であっても、割引はできません。
- ※ 利用者負担額は、月単位の定額制のため、次の場合を除いては、原則として日割り計算は行いません。
 - (ア) 月途中で要介護から要支援に区分変更となった場合
 - (イ) 月途中で要支援から要介護に区分変更となった場合
 - (ウ) 月途中で要支援区分が変更となった場合
 - (エ) 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
 - (オ) 月途中からサービス利用を開始した場合（契約日）
 - (カ) 月途中でサービス利用を終了した場合（契約解除日）
- ※ ア及びイの利用者負担額が改正された場合は、改正後の額に変更となります。
- ウ 事業者は、契約者に代わって基準額の9割、8割又は7割を、介護保険から給付を受けます（法定代理受領）。
- エ 契約者が次のいずれかに該当する場合は、法定代理受領ができなくなり、サービス費用（基準額）の全額を事業者に支払うことになります（償還払い）。
 - (ア) 介護保険料を滞納している場合
 - (イ) 要支援認定を受けずにサービスを利用した場合
 - (ウ) 介護予防サービス計画が作成されておらず、サービスを利用した場合
- オ 事業者は、エの金額を受領した場合は、サービス提供証明書を交付しますので、契約者は後日、北名古屋市の介護保険担当窓口はその証明書を提出し、9割、8割又は7割の払戻しを受けます。
- カ サービス利用の際は「介護保険被保険者証」及び「介護保険負担割合証」を、また他に「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」等の軽減措置証書をお持ちの方は、当該証を提示願います。
- キ 食費として1回当たり700円が別に必要です。（前日の17時までに中止の連絡があった場合を除く。）
- ク おむつ等の利用者個人が特別に必要とする衛生材料や創作活動等の原材料を使用した場合は、その実費を負担していただきます。
- (4) 介護保険給付の区分支給限度基準額を超えた場合
介護保険給付の区分支給限度基準額を超えてサービスを利用される場合は、超えたサービスの利用料金の全額が契約者の負担となります。

(5) 利用料金の支払方法

サービス利用料金の支払は、口座振替又は現金払にて利用月単位で納めていただきます。

ア 口座振替… 利用月の翌々月の6日振替日（その日が金融機関休日の場合は、翌営業日）

イ 現金払… 利用月の翌月の月末納期（その日が本事業所の営業日でない場合は、翌営業日）

現金払の納付場所は、総合福祉センターもえの丘受付窓口です。

(6) 利用の中止、変更、追加

ア 契約者の都合により、サービスの利用の中止又は変更、若しくは担当介護予防支援事業所等の同意の上での新たなサービスの利用を追加する場合は、サービスの実施日の前日までに必ず事業者及び担当介護予防支援事業所等に申し出てください。

イ 利用予定日の前日までに事業所に申出がなく、当日になって利用の中止の申出をされた場合、取消料として次の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日までに申出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申出がなかった場合	当日の利用料金相当額 (月額を日割り計算した1回あたりの自己負担相当額)

6 サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち物

ア 入浴を利用される方は、着替えを用意してください。

イ おむつを使用している方は、替えおむつ2～3枚。失禁のある方は下着の替え。

ウ 服薬中の薬

エ 介護保険被保険者証

オ 社会福祉法人等による軽減措置を受けている方は、その利用者負担軽減確認証

(2) 迎え時には、利用者本人及び介護者の方は、指定された時間に必ず在宅願います。

(3) 迎え時の際、介護者の方は利用者の当日の心身状況を、職員に伝えてください。

(4) 迎え時まで利用者の体温を測ってください。37度以上の場合は、利用を中止し、事業所へ連絡願います。

(5) 体調の悪いとき、人に感染する病気の場合は休んでください。

(6) デイサービスは、病院ではありませんので、治療はできません。

(7) 事業所が出す利用者連絡帳に、連絡事項等が記入してある場合がありますので、利用者及び介護者の方は必ずお読みください。

(8) サービスの時間中の自損による転倒、誤嚥（誤って飲み込むこと）等の行為及び不可抗力の事故についての責任は負いかねますので、ご承知願います。

(9) サービスにあたっての禁止事項

- ア 職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷等の迷惑行為
- イ パワーハラスメント・セクシャルハラスメント等の行為
- ウ サービス利用中に、職員を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音等をインターネット等に掲載すること。

7 虐待防止

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的（年1回以上）に実施します。
- (4) 職員は虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、市役所に相談します。
- (5) 上記(1)～(4)までを適切に実施するための担当を施設長が行います。

8 身体拘束等の禁止

当該利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急をやむを得ない場合を除き、身体拘束等を行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その状況や理由等必要な事項を記録します。

9 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相当通所型サービスの提供を継続的に実施し、非常時の体制で早朝の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、必要な措置を講じます。また職員に対する周知、研修、訓練を実施し、計画の見直しを行います。

10 感染症対策等

感染症が発生し又はまん延しないように、対策を検討する委員会の開催と結果の職員への周知徹底、指針の整備、研修及び訓練の定期的実施を行います。

11 緊急時等における対応方法

サービスの提供を行っているときに、契約者に病状の急変、その他緊急事態が発生したときは、速やかに家族等の緊急連絡先に連絡を取り、主治医等に連絡する等の措置を講ずるとともに、緊急の場合は、救急車対応を取ります。

12 非常災害対策

事業所の実施施設は、非常災害に対して次のような対策を講じています。

- (1) 災害等が発生した場合、すぐに戸外に出られる扉が設置されています。
- (2) 火災の場合に対応するスプリンクラーが設置されています。
- (3) 定期的に職員による避難訓練を行い、防災意識を涵養しています。
- (4) 実施施設には、次の非常災害設備が備わっています。

誘導灯、誘導標識、消火器、自動火災報知器、非常警報機、避難器具

1 3 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は、次の専用窓口で受け付けます。

ア 苦情受付窓口 北名古屋市社協デイサービスセンターもえの丘

担当者 加藤 裕加里

北名古屋市熊之庄大畔 48 番地 電話番号 0568-26-2724

F A X 0568-26-2731

イ 受付時間 月曜日から土曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで

(2) 行政機関その他苦情受付機関

北名古屋市役所 高齢福祉課 介護保険担当	所在地 北名古屋市熊之庄御榊 60 番地 電話番号 0568-22-1111・F A X 0568-26-4477 受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで
愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係	所在地 名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号 電話番号 052-971-4165・F A X 052-962-8870 受付時間 午前 9 時から午後 5 時まで

1 4 カスタマーハラスメントへの対応

当事業所は、利用者又はその家族等からの言動のうち、職員の就業環境を害するおそれのある行為（カスタマーハラスメント）が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。

また、カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、契約を解除させていただくことがあります。

具体的には次のような行為が該当します。

- ・大声での叱責や威圧的な言動
- ・人格を否定する発言や差別的な言動
- ・業務の範囲を超えた過度な要求
- ・長時間にわたる執拗な要望やクレーム

なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

令和 年 月 日

私、及び家族は、「指定相当通所型サービス重要事項説明書」の内容の説明を受けました。

事業者 社会福祉法人北名古屋市社会福祉協議会 殿

契約者 住 所 北名古屋市

氏 名

契約者は身体の状態等により署名できないため、契約者本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所

氏 名

(契約者との続柄)

契約書・重要事項説明者
