

# 重 要 事 項 説 明 書

(指定通所介護)  
(通所介護相当サービス)

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(富山県指定 第 1671100210号)

医療法人社団 博至会  
デイサービス癒さあ



# デイサービス癒さあ (指定通所介護・通所介護相当サービス)

## 重 要 事 項 説 明 書

事業者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。当事業所の利用は、原則として要支援・要介護状態または事業対象者と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けてない方でもサービスの利用は可能です。

### 1. 事業者

事業者名称 : 医療法人社団 博至会  
所在地 : 〒934-0011 富山県射水市本町1丁目13番1号  
法人種別 : 医療法人  
代表者 : 矢野 博一  
電話番号 : 0766-82-5150

### 2. 事業所の概要

(1) 事業の種類 指定通所介護・通所介護相当サービス 平成21年4月1日指定  
(富山県 第1671100210号)

#### (2) 事業所の目的

利用者に対し、体力と機能の維持改善を図って、可能な限りADLの自立や要介護の重度化予防を図ることを第一の目的とし、通所サービスとして残存機能を最大限に利用したケアを提供いたします。

(3) 事業所の名称 : デイサービス癒さあ

(4) 事業所の所在地 : 〒934-0011 富山県射水市本町1丁目13番1号

(5) 電 話 : TEL 0766-73-8155 FAX 0766-53-5690

(6) 管 理 者 : 矢野 博明

#### (7) 当事業所の運営方針

通所介護及び、通所介護相当サービスの実施に当たっては、関係市町村・地域包括支援センター・地域の保健・医療福祉サービス事業所、関係する居宅介護支援事業者との連携を密にし、協力と理解の基に適切な運営をはかるものとする。

#### (8) 通常の事業の実施地域

デイサービス癒さあの実施地域は、次の通りとする。

射水市の旧新湊市全域 高岡市上牧野・下牧野・中曾根・姫野・金屋地区  
ただし、通所介護相当サービスに関しては、射水市(旧新湊市全域)とする。

#### (9) 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から土曜日 (年末年始12月30日～1月3日は休みます)

営業時間 午前8時00分～午後5時30分

(10)利用定員：60名

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護・通所介護相当サービスを提供する職員として、以下の定められた人員基準を下回らないよう遵守しています。

(職員の配置状況)

介護職員	10名
生活相談員	1名
看護職員	1名
機能訓練指導員	2名

## 4. 提供するサービスと利用料金

### (1) 提供するサービス

- サービス内容
- 利用者の送迎（希望者）
  - 健康チェック
  - 入浴サービス（希望者）
  - 給食サービス（常食・治療食）
  - 集団、個別リハビリテーション
  - 身体介護
  - 年間、季節行事
  - ゲーム、レクリエーション

※ サービスの提供は懇切丁寧に行い、分り易く説明いたします。不明な点があれば、いつでも職員に質問してください。

### (2) 利用料金

(通所介護) デイサービス癒さあ

指定通所介護サービス費（一回あたり）利用者負担は下記の1割、2割又は3割となります。

要介護度	料金				
	7時間以上 8時間未満	6時間以上 7時間未満	5時間以上 6時間未満	4時間以上 5時間未満	3時間以上 4時間未満
要介護1	6,290円	5,640円	5,440円	3,760円	3,580円
要介護2	7,440円	6,670円	6,430円	4,300円	4,090円
要介護3	8,610円	7,700円	7,430円	4,860円	4,620円
要介護4	9,800円	8,710円	8,400円	5,410円	5,130円
要介護5	10,970円	9,740円	9,400円	5,970円	5,680円

※ 入浴介助加算 I : 400円（実施した場合のみ加算）  
II : 550円（実施した場合のみ加算）

※ 個別機能訓練加算 I イ : 560円  
I ロ : 760円

※ 科学的介護推進体制加算 : 400円/月  
個別機能訓練加算 II : 200円/月

※ ADL維持等加算 I : 300円/月  
ADL維持等加算 II : 600円/月

※ サービス提供体制強化加算（I）: 220円  
サービス提供体制強化加算（II）: 180円  
サービス提供体制強化加算（III）: 60円

※ 介護職員等待遇改善加算 II : 所定単位数の9.0%

※ 通所介護等における感染症等対応加算 : 所定単位の3.0%（適応時）

※ 送迎減算（事業者が送迎を行わない場合：片道）： - 470 円

※ 限度額を超えて利用される場合は全額自己負担となります。

利用料(全額負担)

※ 食 費：1食あたり 800 円

※ 実 費：紙オムツ・リハビリパンツ等の排泄に必要な物

(通所介護相当サービス) デイサービス癒さあ

通所介護相当サービス費の利用者負担は下記の1割、2割又は3割となります。

区分	事業対象者・要支援1	要支援2
1回あたり	4,360 円/回	4,470 円/回
1月あたり	17,980 円/月 (月5回以上利用)	36,210 円/月 (月9回以上利用)

※ サービス提供体制強化加算 (I) : 事業対象者・要支援1 880 円/月

事業対象者・要支援2 1,760 円/月

サービス提供体制強化加算 (II) : 事業対象者・要支援1 720 円/月

事業対象者・要支援2 1,440 円/月

サービス提供体制強化加算 (III) : 事業対象者・要支援1 240 円/月

事業対象者・要支援2 480 円/月

※ 科学的介護推進体制加算 : 400 円/月

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ : 所定単位数の 9.0%

※ 送迎減算（事業者が送迎を行わない場合：片道）： - 470 円

利用料(全額負担)

※ 食 費：1食あたり 800 円

※ 実 費：紙オムツ・リハビリパンツ等の排泄に必要な物

## 5. 苦情について

### (1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

① 苦情受付窓口（担当者） デイサービス癒さあ 寺家 千春

（苦情は面接、電話、書面等により随時受け付けます。）

TEL 0766-73-8155 FAX 0766-53-5690

② 法人苦情受付担当者 博至会 総務部長 松岡 剛志

③ 法人苦情解決責任者 博至会 理事長 矢野 博一

TEL 0766-82-5150 FAX 0766-82-5110

### (2) 苦情対策の手順

① 苦情発生

② 管理者およびサービス提供責任者が、当該職員へ状況・事実確認

③ 処遇・処理について理事長及び関係機関や、必要に応じては保険者に報告し、利用者及び家族に対し、再発防止策の説明と共に謝罪を行う。

④ 更なる検討を行い、出来るだけ早い段階で具体的な対応を講じる。

⑤ 記録を保管し、再発の防止に役立てる。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

射水市 介護保険課	富山県射水市新開発410番地1 TEL 0766-51-6627
高岡市 長寿福祉課	富山県高岡市広小路7番50号 TEL 0766-20-1372
富山県 国民健康保険団体連合会	富山県富山市下野字豆田995番3号 TEL 076-431-9833

富山県福祉サービス 運営適正化委員会	富山県富山市安住町5番21号 TEL 076-432-3280
-----------------------	------------------------------------

6. 緊急時の対応について

- (1) ①事故発生（発見）緊急搬送の要請など、生命身体の安全を最優先に対応します。  
②その時点で明らかになっている範囲の事故状況を速やかに家族、市町村保険者 及び **担当の介護支援専門員**へ連絡いたします。  
③病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医又は定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。  
※当事業所の協力医療機関には、矢野医院があります。
- (2) 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事業者の責めに帰するべき理由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償するものとします。

7. 第三者評価実績の有無：なし

8. 利用者及び利用者家族の個人情報の提供について

サービス担当者会議などに、利用者及び利用者家族の個人情報を提供することに対して同意を求めます。

附則：平成30年4月1日改定

平成30年8月1日改定

令和元年5月1日元号改正

令和元年10月1日改定

令和3年4月1日改定

令和4年4月1日改定

令和4年10月1日改定

令和6年4月1日改定

令和6年6月1日改定

令和6年8月1日改定

令和7年5月1日改定

令和 年 月 日

通所介護及び、通所介護相当サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 富山県射水市本町1丁目13番1号  
医療法人社団 博至会  
理事長 矢野 博一

説明者 富山県射水市本町1丁目13番1号  
デイサービス癒さあ

氏名 \_\_\_\_\_ 印

説明内容の了解とサービス利用申し込み

通所介護及び、通所介護相当サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明をうけサービスの開始を同意いたします。

利用者（契約者）

（〒 ————— )

住 所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

利用者（契約者）の家族等署名代理者

（〒 ————— )

住 所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_