

# 「指定通所介護サービス」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

デイサービス榎の木

(山形県指定 0670103100)

当事業所は利用者に対して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通り説明します。

## ◇ 目 次 ◇

1. 事業者	2	ページ
2. 事業所の概要	2	ページ
3. 事業所の説明	2	ページ
4. 職員の配置状況	3	ページ
5. 事業者が提供するサービスと利用料金	4	ページ
6. 利用料金のお支払い方法	8	ページ
7. 利用の中止・変更・追加	8	ページ
8. サービスの終了に伴う援助について	8	ページ
9. サービス提供における事業者の義務	8	ページ
10. 事故発生時の対応について	9	ページ
11. 個人情報の使用について	9	ページ
12. 苦情の受付について	9	ページ
同意署名欄	10	ページ

## 1. 事業者

- (1) 法人名 大和メディカル株式会社
- (2) 法人所在地 山形県山形市あかねヶ丘二丁目10番56号
- (3) 電話番号 023-644-0325
- (4) 代表者氏名 代表取締役 富樫 正彦
- (5) 設立年月日 平成23年10月3日

## 2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 2階建
- (2) 建物の延べ床面積 1917.3㎡
- (3) 併設事業 住宅型有料老人ホーム
  - 訪問介護（山形県指定 0670103167）
  - 訪問看護・介護予防訪問看護（山形県指定 0660190133）
  - 居宅介護支援（山形県指定 0670103050）
  - 看護小規模多機能型居宅介護（山形市指定 0690100425）
  - 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（山形市指定 0690100417）
  - 福祉用具貸与・特定福祉用具販売（山形県指定 0670103787）

## 3. 事業所の説明

- (1) サービスの種類
  - 通所介護 介護保険法 指定年月日 平成22年5月20日
  - (生活保護法 指定年月日 平成23年5月2日)

※当事業所は住宅型有料老人ホーム「多機能ホーム樫の木」に併設されています。
- (2) 事業所の所在地 山形県山形市上町四丁目6番24号
  - 交通機関 山形駅よりタクシーで10分、山交バス上町口バス停徒歩1分
- (3) 電話番号 023-673-9701 FAX 番号 023-673-9702
- (4) 管理者氏名 管理者 三澤 純一
- (5) 当事業所の介護理念
  - ◇あなたの思いを大切に笑顔と安心のある暮らしをめざします
  - ◇広く学び、深く思いやり、高い技術で 地域から信頼される介護を実践します
- (6) 事業の開始年月及び有効期間満了日
  - 通所介護 平成28年5月20日 より 平成34年5月19日
- (7) 利用定員 30人（通所型サービス対象者含む）
- (8) 通常の事業の実施地域 山形市
- (9) 営業日及び営業時間
  - 営業日 月曜日～土曜日（但し12月31日～1月2日を除く）
  - 受付時間 8：30～17：15
  - サービス提供時間 9：45～16：00

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して通所介護および訪問介護および訪問看護サービス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。

##### <主な職員の配置状況>

職 種	通所介護	
	常勤	非常勤
1.管理者	1名(1名)	
2.生活相談員	4名(4名)	
3.看護職員	1名(1名)	3名(3名)
4.機能訓練指導員	2名(1名)	3名(3名)
6.介護職員	8名(4名)	2名
1.介護福祉士	5名(4名)	2名
2.介護職員実務者研修修了者		
3.介護職員初任者研修修了者	2名	
4.未資格者	1名	

( )は兼務

##### <主な職種の勤務体制>

職 種	
1.管理者	月～金曜日 8:30～17:15
2.生活相談員	8:30～17:15 (サービス提供時間を通じて) 1名配置
3.看護職員	原則1名の看護職員が勤務します。
4.機能訓練指導員	サービス提供時間を通じて常勤専従1名、非常勤専従1名配置
6.介護職員	8:30～17:15 利用者数及びサービス提供時間数に応じた介護職員数を配置します。

##### <職務の内容>

1. 管理者 . . . . . 事業所の管理を一元的に行いません。
2. 生活相談員 . . . . . 通所介護において、利用者及びご家族の日常生活上の相談支援を行いません。
3. 看護職員 . . . . . 主に利用者の健康管理や療養上の援助を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
4. 機能訓練指導員 . . . . . 通所介護において、利用者の機能訓練を担当します。
5. 介護職員 . . . . . 利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談、助言等を行いません。

○通所介護では、提供時間帯を通じて1名以上の看護・介護職員を配置しています。

## 5. 当事業者が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

- ・利用料金が介護保険の給付の対象となる場合
- ・利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合

### (1) 介護保険給付の対象となるサービス

ア. 利用料金の通常9割（若しくは8割）が介護保険から給付されます。

イ. 各サービス料金表によって、利用者のサービスの時間や要介護度などに応じた金額をお支払い頂きます。なお、法定代理受領の場合は、給付額を除いた金額（負担割合証に応じた1割または2割の自己負担額）をお支払い頂きます。

ウ. 利用者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。要支援又は要介護の認定を受けた後自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

### <通所介護サービスの概要>

#### ①日常生活上の身体介護

食事—栄養士（外部委託）の立てる献立表により、栄養ならびに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供し、また食事の介助を行います。

入浴—入浴または清拭を行います。必要に応じ、機械浴槽を使用して入浴することができます。

排泄—利用者の排泄の介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

#### ②機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の身体等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の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。

#### ③健康管理

看護職員が健康管理を行います。

緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。

#### ④相談および援助

利用者及びそのご家族からの如何なる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り、必要な援助を行うよう努めます。

#### ⑤送迎

当事業所の実施区域内の方で希望された場合は、送迎を行います。

### ☆通所介護サービスの利用に関して

#### ①持ち込みの制限

利用にあたり、他の利用者、事業者の職員に対し、迷惑を及ぼすような物は原則として持ち込むことができません。

②施設・設備の使用上の注意

○共用施設はその本来の用途にしたがって利用して下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により現状に回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

③喫煙

施設内は禁煙となっております。

④非常災害時の対応

非常災害時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。

災害の予防、発生時の初動対応のため、年2回の避難訓練を利用者も参加して行います。

〈消防設備〉

- ・自動火災報知機、消火器等消防法による設備を設置しています。

〈地震、大水等災害発生時の対応〉

- ・災害マニュアルに基づき、緊急体制の確保及び対応を行います。

〈サービス利用料金〉

通常規模型通所介護費	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2時間以上3時間未満	2,660円	3,050円	3,450円	3,840円	4,240円
3時間以上4時間未満	3,620円	4,150円	4,700円	5,220円	5,760円
4時間以上5時間未満	3,800円	4,360円	4,930円	5,480円	6,050円
5時間以上6時間未満	5,580円	6,600円	7,610円	8,630円	9,640円
6時間以上7時間未満	5,720円	6,760円	7,800円	8,840円	9,880円

\*サービス内容等に応じて加算および減算されます。

入浴介助加算	入浴中の利用者の観察を含む介助を行った場合	500円/日
個別機能訓練加算(Ⅰ)	提供時間を通じて常勤で一名以上配置した機能訓練指導員により、個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った場合	460円/日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を一名以上配置して、個別機能訓練計画を作成し適切に行った場合	560円/日
口腔機能向上体制加算	口腔機能の向上を目的として、個別に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合	1,500円/回 (1カ月に2回を限度)

同一建物に対する減算	事業所と同一建物から利用する者に通所介護を行う場合	-940円/日
中重度者ケア体制加算	指定通所介護を行う時間帯を通じて専従の看護職員を1以上配置し、指定基準に規定する職員数より2以上配置し、且つ厚生労働大臣が定めた基準の利用者の割合を満たしている場合	450円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	通所介護事業所に従事する介護員のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合	180円/日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している場合	1月につき +所定単位× 59/1000

※サービス提供体制強化加算(Ⅱ)、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)については、区分支給限度基準額の算定対象外となります。

〈サービス利用料金表〉

負担割合証：1割

○通所介護費(1日あたり)

通常規模型通所介護費	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2時間以上3時間未満	266円	305円	345円	384円	424円
3時間以上4時間未満	362円	415円	470円	522円	576円
4時間以上5時間未満	380円	436円	493円	548円	605円
5時間以上6時間未満	558円	660円	761円	863円	964円
6時間以上7時間未満	572円	676円	780円	884円	988円

入浴介助加算	50円 /日
個別機能訓練加算(Ⅰ)	46円 /日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	56円 /日
口腔機能向上体制加算	150円 /回
同一建物に対する減算	-94円 /日
中重度者ケア体制加算	45円 /日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18円 /日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位×59/1000

1か月に2回を限度

\*

\*

\*区分支給限度基準額の算定対象外となります

〈サービス利用料金表〉

負担割合証：2割

○通所介護費（1日あたり）

通常規模型通所介護費	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2時間以上3時間未満	532円	610円	690円	768円	848円
3時間以上4時間未満	724円	830円	940円	1,044円	1,152円
4時間以上5時間未満	760円	872円	986円	1,096円	1,210円
5時間以上6時間未満	1,116円	1,320円	1,522円	1,726円	1,928円
6時間以上7時間未満	1,144円	1,352円	1,560円	1,768円	1,976円

入浴介助加算	50円 /日
個別機能訓練加算(Ⅰ)	46円 /日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	56円 /日
口腔機能向上体制加算	150円 /回
同一建物に対する減算	-94円 /日
中重度者ケア体制加算	45円 /日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18円 /日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位×59/1000

1か月に2回を限度

\*

\*

\* 区分支給限度基準額の算定対象外となります

(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、利用料金の全額が利用者の負担となります。

① 介護保険給付の支給限度額を超えてのサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の額と保険給付額を合わせた金額（自己負担額ではありません）が全額負担となります。

② 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用はご負担いただきます。

③ 通常実施区域外の交通費

通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、1回の利用につき300円をいただきます。

④ 食費

昼食およびおやつ代として630円をいただきます。

⑤ レクリエーション・クラブ活動の費用

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂くことができます。その場合は、利用料金（材料代等の実費）をいただきます。

#### ⑥複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。 1枚につき 10円

### 6. 利用料金のお支払い方法

利用者は1ヶ月分のサービス利用料を、事業者が発行する利用料請求書に基づき、翌月26日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 下記指定口座への振込み

荘内銀行 あかねヶ丘支店

普通預金 1019761

大和メディカル株式会社 介護事業部 榎の木

代表取締役 富榎正彦

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

### 7. 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、利用者の都合によりサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに、担当の介護支援専門員と調整の上、事業所に申し出てください。

○通所介護の利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として600円をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等の正当な事由がある場合には、この限りではありません。

### 8. サービスの終了に伴う援助について

利用者は、以下の事由によりサービスを終了することができます。(または終了することになります。)

○要介護認定により利用者の心身の状態が要支援・事業対象者と判定された場合

○利用者から契約解除の申し出があった場合

○利用者及びご家族の故意または重大な過失により、契約の継続が困難な場合

○事業者のやむを得ない事情による契約の継続が困難な場合

○利用者が死亡した場合

サービスが終了する場合には、事業所はご利用者の置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

### 9. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、利用者に対しサービスを提供するにあたって、利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮する義務を負います。当事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたり、次のことを守ります。



- ①利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②非常災害に関する具体的計画を策定します。（消防計画及び防火管理者の選任）
- ③提供したサービスの記録を作成し、サービス終了後から5年間保存します。また、利用者からの求めがある時は閲覧させ、またはその複写物を交付します。
- ④利用者に対して身体拘束その他の行動制限を行いません。ただし、利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を整備するなど、適正な手続きにより身体拘束を行う場合があります。
- ⑤利用者のサービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた医療機関への連絡を行う等の必要な処置を講じます。

## 10. 事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の場合には県及び市町村（保険者）に事故報告書を提出いたします。

## 11. 個人情報の使用について

- ①当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者または身元引受人もしくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

ただし、下記の場合には事前承諾なく個人情報を使用します。

- ・ご家族の方への心身の状況説明
- ・介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料のため
- ・介護保険事務のため
- ・入退所等の管理、会計・経理、事故等の報告、介護サービスの向上等管理業務のため
- ・当施設で行われる学生実習への協力のため
- ・損害賠償保険などにかかわる保険会社等への相談又は届出等のため
- ・法に定められた届出や統計のため
- ・監督官庁への報告及び求めがあった場合

なお、介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等での使用に際しては、予め利用者もしくは身元引受人に承諾を得た後に使用します。この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用します。

- ②前項に掲げる事項は、サービス利用終了後も同様の取り扱いとします。

## 12. 苦情の受付について

### (1) 苦情の受付

サービス利用における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

デイサービス榎の木	受付窓口	三澤 純一（管理者）
	受付時間	8：30～17：15 （毎週月～土曜日）

	(12月31日から1月2日までを除く) 電話番号 023-673-9701
--	--

(2) 行政機関その他苦情受付期間

山形市役所介護保険課	所在地 山形市旅籠町2-3-25 電話番号 023-641-1212 (代表)
山形県国民健康団体連合会 介護保険課介護サービス推進室	所在地 寒河江市大字寒河江字久保6番地 電話番号 0237-87-8006 (苦情・相談専用) 受付時間 午前9時～午後4時 (月～金曜日) (祝日及び12月29日から1月3日までを除く)

平成30年 6月1日

私は、本書面にて、

デイサービス 榎の木 氏名 \_\_\_\_\_ から

下記の通所介護サービス利用にかかる重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

指定居宅サービスの種類	確認印	日付
通所介護 デイサービス榎の木		

平成 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_ )