

「デイサービス櫛の木」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。

デイサービス櫛の木

(山形市指定 第0670103100号)

当事業所は利用者に対して通所介護の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	◇
2. 事業所の概要	2	◇
3. 事業所の説明	2	◇
4. 職員の配置状況	3	◇
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4	◇
6. 利用料金のお支払い方法	7	◇
7. 通所介護サービスの利用に関して	7	◇
8. 利用の中止・変更・追加	7	◇
9. サービスの終了に伴う援助について	7	◇
10. サービス提供における事業者の義務	8	◇
11. 事故発生時の対応について	8	◇
12. 非常災害時の対応	8	◇
13. 個人情報の使用について	9	◇
14. サービス利用にあたっての留意事項	9	◇
15. 緊急時における対応方法	9	◇
16. 苦情の受付について	10	◇

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）
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 令和4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 令和4年5月20日より 令和10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～土曜日 (12月31日から1月2日を除く)
受付時間	月～土曜日 8:30～17:15
サービス提供時間帯	月～土曜日 9:45～16:00

(10) 事業の目的

事業所が行う指定通所介護事業の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の通所介護従事者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

(11) 運営の方針

事業所の職員は、利用者の心身の状況、置かれている環境等を的確に把握し、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に質するよう、その目標を設定し、計画的に行います。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

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	3名(3名)	
3.看護職員	1名(1名)	2名(2名)
4.機能訓練指導員	3名(1名)	2名(2名)
5.介護職員	8名(6名)	2名
1.介護福祉士	3名(2名)	2名
2.社会福祉主事	1名(1名)	
3.初任者研修	1名	
4.認知症介護基礎研修	1名	
5 未資格者		

()は兼務

<主な職種の勤務体制>

職 種	通所介護
1.管理者	8:30~17:15(生活相談員・介護職員兼務)
2.生活相談員	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専従職員1名以上配置
5.介護職員	勤務時間 8:30~17:15 利用者数及び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、助言等を行ない、機能訓練における補助的役割も担います。

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。

- (1) 利用料金が介護保険の給付の対象となる場合
- (2) 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. 以下のサービスについては、利用料金の通常9割（若しくは8割若しくは7割）が介護保険から給付されます。※ 介護保険負担割合により異なります。
- 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（利用料のうち各利用者の介護保険負担割合証に応じた額）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。

<通所介護のサービスの概要>

- ① 日常生活上の世話及び機能訓練
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、自立に向けた援助を行います。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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及び嗜好を考慮した食事を提供し、また必要な食事の介助を行います。

⑤ 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。

<サービス利用料金>

○通所介護

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	2,720円	3,110円	3,510円	3,920円	4,320円
3時間以上4時間未満	3,700円	4,230円	4,790円	5,330円	5,880円
4時間以上5時間未満	3,880円	4,440円	5,020円	5,600円	6,170円
5時間以上6時間未満	5,700円	6,730円	7,770円	8,800円	9,840円
6時間以上7時間未満	5,840円	6,890円	7,960円	9,010円	10,080円

※ 介護保険負担割合の違いによる例（要介護2で6時間以上7時間未満の利用の場合）

1割負担の方…利用料金（6,890円×0.1＝689円の負担額となります）

2割負担の方…利用料金（6,890円×0.2＝1,378円の負担額となります）

3割負担の方…利用料金（6,890円×0.3＝2,067円の負担額となります）

*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（I）	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して入浴介助を行った場合	400円/日
個別機能訓練加算（I）イ	運営基準上配置を求められている機能訓練指導員（専従1名以上：配置時間の定めなし）が利用者の心身機能・生活機能の向上を目的とした複数の訓練項目を準備し、利用者の選択に基づき訓練を実施した場合	560円/日
個別機能訓練加算（I）ロ	運営基準上配置を求められている機能訓練指導員（専従1名以上）に加えて、さらに1名以上の機能訓練指導員を配置（配置時間の定めなし）し、利用者の心身機能・生活機能の向上を目的とした複数の訓練項目を準備し、利用者の選択に基づき訓練を実施した場合	760円/日
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-470円/片道
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
口腔機能向上体制加算（I）	口腔機能の向上を目的として個別に口腔清掃、摂取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 (月2回限度)
同一建物送迎減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合	-940円/日

サービス提供体制強化 加算（Ⅱ）	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
介護職員等処遇改善 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× 92/1000

※同一建物送迎減算、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）については、区分支給限度基準額外の取り扱いとなります。

（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（コピー10円、カラーコピー20円、写真プリント30円）をご負担いただきます。

③日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用は実費をいただきます。

④通常実施地域外の交通費

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。

⑤食費（1食につき）

昼食代として640円をいただきます。

⑥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. 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

庄内銀行 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. 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原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。

8. 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。

9. 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・自立と判定された場合

○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。

10. 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。
- 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、・切迫性・非代替性・一時性の観点から十分な協議を行い、適正な手続きにより理解を求めることとします。
- 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。

1 1. 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、重大な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。サービス提供により、事故の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害については賠償する責任を負います。但し、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、損害賠償額を減じることができるものとします。

1 2. 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〉

- ・災害マニュアルおよび業務継続計画に基づき、緊急体制の確保及び対応を行います。

〈感染症拡大時の対応〉

- ・ホームの対応指針に準じ、業務継続計画に基づき、感染拡大防止および業務継続が可能となるよう対応を行います。

1 3. 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

- ・当事業所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。

14. サービス利用にあたっての留意事項

- ・利用者はサービス利用の際には、介護保険被保険者証および介護保険負担割合証を提示してください。
- ・利用者は事業所内の設備や機器は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償いただくこととなります。
- ・事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動の他、勧誘行為などの利用者に迷惑となる行為は禁止とします。
- ・利用者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけたり著しい不信行為を行うことを禁止とします。尚、契約の際にはその内容を説明し、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合には、2週間以上の予告期間を設けて契約を解除させて頂く場合があります。

15. 緊急時における対応方法

職員は、通所介護実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに家族へ連絡、主治医、担当の介護支援専門員に連絡するとともに、管理者に報告を行います。

16. 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

山形市福祉推進部指導監査課 高齢福祉指導係	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	所在地	寒河江市大字寒河江字久保6番地

介護保険課介護サービス推進室	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)
----------------	--

令和6年6月1日 改訂

私は、本書面にて、

デイサービス 榎の木 氏名 _____ から

下記のサービス利用にかかる重要事項の説明を受けたことを確認します。

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		

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)