

「指定通所介護」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。
(岡山県指定 第3370103321号)

当事業所はご契約者に対して指定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。

※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。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 幸輝会 |
| (2) 法人所在地 | 岡山県岡山市中区国府市場985-1 |
| (3) 電話番号 | 086-275-0220 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 國富 隆夫 |
| (5) 設立年月 | 昭和46年12月14日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|-----------------------|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所 平成12年4月1日指定 |
|------------|-----------------------|

※当事業所は、以下の加算対象サービスを実施しています。

- ・入浴加算
- ・認知症加算
- ・サービス提供体制加算(Ⅰ)
- ・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

- | | |
|---------------|--|
| (2) 事業所の目的 | 要介護状態にある高齢者等に対し、適正な指定通所介護事業を提供することを目的とします。 |
| (3) 事業所名 | 高島デイサービスセンター |
| (4) 事業所の所在地 | 岡山県岡山市中区国府市場985-1 |
| (5) 電話番号 | 086-275-0307 |
| (6) 事業所長(管理者) | 氏名 田原 可道 |
| (7) 当事業所の運営方針 | その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上をめざし、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る為に、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。 |
| (8) 開設年月 | 平成12年10月1日 |
| (9) 利用定員 | 35人 (通常規模型通所介護) |

(10)事業所が行っている他の業務

・当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

【介護予防通所介護】 平成 18年 4月 1日 県 3370103321号

(11)その他運営についての留意事項

事業所は、従業員の質向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、業務体を整備する。

- 一 採用時研修 採用後3か月以内
- 二 継続研修 年1回

2 従業員は、その勤務中常に身分を証明する証票を携帯し、利用者から求められた時は、これを提示するものとする。

3 事業所の会計とその他の事業の会計は区分することとする。

4 事業所は、この事業を行うため、従業員、施設設備、備品、会計、その他に関する帳簿を整備するものとする。

5 この規定に定める事項の他、運営に関する事項は、幸輝会が定めるものとする。

3. 事業実施地域及び営業時間

(1)通常の事業の実施地域 岡山市内

(2)営業日及び営業時間

営業日	年末年始を除く月～金曜日(祝日を含む)
受付時間	月～金 8時30分～17時30分
サービス提供時間	月～金 9時00分～16時30分

(3)休館日及び臨時休館

年末年始は休館させていただきます。

悪天候の場合及び職員の研修等で臨時休館させて頂くことがあります。

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サービス及び指定介護予防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>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1	1
2. 介護職員(パート含む)	7	5
3. 生活相談員	1	1
4. 看護職員	1	1
5. 機能訓練指導員	1	1
(看護職員と機能訓練指導員は兼務)		

※常勤換算:職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(週 40 時間)で除いた数です。

(例)週 20 時間勤務の介護職員が4名いる場合、常勤換算では、

2名(20 時間×4名÷40 時間=2名)となります。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1.介護職員	勤務時間:8:30~17:30 ☆原則として7名の介護職員が勤務します。
2.看護職員	勤務時間:8:30~17:30 ☆原則として1名の看護職員が勤務します。
3.生活相談員	勤務時間:8:30~17:30 ☆原則として1名の生活相談員が勤務します。
4.機能訓練指導員	勤務時間:8:30~12:30 ☆原則として1名の機能訓練指導員が勤務します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご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、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金が介護保険から給付されます。

・加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿って、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

<サービスの概要>

■共通的服务

① 食事(但し、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。)

- ・食事の準備、介助を行います。
- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間)

- ・ 午前11:45~12:30

② 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。

排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

③ 送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、ご自宅玄関前と事業所間の送迎サービスを行います。

■加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっております。ご利用の際には、加算額を追加料金としてご負担いただきます。

安心で安全な介護を提供する為、介護職員のうち介護福祉士を規定基準で配置しております。

<サービス利用料金(1回あたり)>(契約書第6条参照)

☆ 下記の料金表によって、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)をお支払い下さい。

☆ ご利用者がま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いただきます。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。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 介護保険からの給付額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。

☆ ご利用者に提供する食費や喫茶費用等は別途いただきます。(下記(2)参照)

<サービス利用料金(1回あたり)>

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所介護費 (A)	645単位 6,540円	761単位 7,717円	883単位 8,954円	1,003単位 1,0170円	1,124単位 1,1397円
うち、介護保険から 給付される金額 (B)	5,886円(1割) 5,232円(2割) 4,578円(3割)	6,945円(1割) 6,174円(2割) 5,401円(3割)	8,059円(1割) 7,163円(2割) 6,267円(3割)	9,153円(1割) 8,136円(2割) 7,119円(3割)	1,0257円(1割) 9,118円(2割) 7,977円(3割)
利用者負担額 (A—B)	654円(1割) 1,308円(2割) 1,962円(3割)	772円(1割) 1,543円(2割) 2,316円(3割)	895円(1割) 1,791円(2割) 2,687円(3割)	1,017円(1割) 2,034円(2割) 3,051円(3割)	1,140円(1割) 2,279円(2割) 3,420円(3割)

※ 上記は、1日7～8時間利用された場合の日額を表示しています。

月額計算の際には、総単位数から利用料計算するため日額の合算とは1円単位で合わない可能性があります。

<サービス利用料金(1回あたり)>

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所介護費 (A)	572単位 5,800円	676単位 6,855円	780単位 7,909円	884単位 8,964円	988単位 1,0018円
うち、介護保険から 給付される金額 (B)	5,220円(1割) 4,640円(2割) 4,060円(3割)	6,170円(1割) 5,484円(2割) 4,798円(3割)	7,118円(1割) 6,327円(2割) 5,536円(3割)	8,068円(1割) 7,171円(2割) 6,274円(3割)	9,016円(1割) 8,014円(2割) 7,012円(3割)
利用者負担額 (A—B)	580円(1割) 1,160円(2割) 1,740円(3割)	685円(1割) 1,371円(2割) 2,057円(3割)	791円(1割) 1,582円(2割) 2,373円(3割)	896円(1割) 1,793円(2割) 2,690円(3割)	1,002円(1割) 2,004円(2割) 3,006円(3割)

※ 上記は、1日6～7時間利用された場合の日額を表示しています。

月額計算の際には、総単位数から利用料計算するため日額の合算とは1円単位で合わない可能性があります。

<加算対象サービス>

★入浴サービス（利用回数毎に加算）

入浴サービス	全要介護度共通
1.サービス利用料金	507円
2.うち、介護保険から給付される金額	456円(1割)・406(2割)・355(3割)
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	51円(1割)・101円(2割)・152円(3割)

★サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	全要介護度共通
1.サービス利用料金	183円
2.うち、介護保険から給付される金額	165円(1割)・146円(2割)・128円(3割)
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	18円(1割)・36円(2割)・55円(3割)

※ サービス提供体制加算(Ⅰ)で算定された単位数は区分支給限度基準額の算定対象外となっています。

★認知症加算

認知症加算	日常生活自立度Ⅲ以上の方対象
1.サービス利用料金	608円
2.うち、介護保険から給付される金額	547円(1割)・486円(2割)・425円(3割)
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	61円(1割)・122円(2割)・183円(3割)

★介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

※ 処遇改善加算は「基本サービス」と「加算対象サービス」利用者負担額合計の1000分の59相当の料金となっています。

※ 介護職員処遇改善加算で算定された単位数は区分支給限度基準額の算定対象外となっています。

■減算対象

★送迎を行わない場合

利用者が自ら通う場合や家族が送迎を行い、事業所が送迎を実施しない場合は減算の対象になります。 ▲ 47単位

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第6条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の提供にかかる費用

ご利用者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金:1回あたり580円

② レクリエーション、趣味活動

ご利用者の希望によりレクリエーションや趣味活動に参加していただくことができます。

その際、**材料代等の実費**をご負担いただくことがあります。

③ 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には**実費(1枚につき10円)**をご負担いただきます。

④ 喫茶

ご利用者の希望により1回100円で数種類のメニューより選んでいただけます。

利用時間内であればいつでもご注文いただけます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

☆前各号に掲げるものの他、通所介護の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は実費となります。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書大6条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了後に、1ヶ月分の請求書をお渡します。

○金融機関口座からの自動引落<<手数料法人負担>>

中銀カード集金代行サービスによる預金口座引落支払いとなります。

対象金融機関は国内におけるほぼすべての金融機関(全国の銀行、信用金庫、ゆうちょ銀行、農協など)の預金口座からの引落支払いが可能となっております。

口座振替は、実際にサービスを利用した月の2ヶ月後の10日及び11日です。(金融機関による)。

ただし、当該引落日が銀行休日の場合、翌銀行窓口営業日となります。

※上記お支払い方法以外の支払いをご希望の際にはご相談ください。

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第7条参照)

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出ください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

・利用予定日の前日までに申し出があった場合 無 料

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望される期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. サービスにあたっての留意事項

利用者は介護サービスの提供を受ける際に、次の事項について留意するものとする。
サービスの利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。

7. 緊急時の連絡先

高島デイサービスセンター	電話番号	086-275-0307
社会福祉法人幸輝会	電話番号	086-275-0220

8. 事故発生時の対応について

- (1) 事故発生時には、利用者の家族、主治医、各関連機関と連携を取りながら速やかな対応をします。
- (2) 利用者の家族、利用者の関係する居宅介護支援事業所、市町村に対して速やかに連絡等を行います。
- (3) 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
(契約書第12、13条参照)
- (4) 事故発生時の状況を調査分析し、再発防止策を講じるものとします。

9. 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

10. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様、時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由について記録します。

11. 虐待防止のための措置

利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者の人権保護、虐待防止等のため責任者を設置する等必要な体制の設備を行うとともに、従業員に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

12. 個人情報保護について

従業員は、業務上知り得た入所またはその家族の秘密を保持いたします。また、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する旨を雇用契約の内容としております。

13. 成年後見制度の活用支援

必要に応じ、利用者が成年後見制度を活用することができるよう支援いたします。

14. 苦情の受付について(契約書第 20 条参照)

(1) 当事業所における苦情受付

当事業所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。

- 苦情受付担当者 [職名] 生活相談員 三島 芳江
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30
- 連絡先 [電話番号] 086-275-0307
- 苦情解決責任者 [職名] 管理者 田原 可道
- 第三者委員 [評議員] 高山 学 086-279-4318

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制、手順

- ① 担当者は直ちに利用者側と連絡をとり、直接利用者宅に行くなどして事情を聴き、苦情の内容の詳細を確認する。
- ② 担当者は苦情の内容を管理者に報告し、管理者は担当者を含む全職員を召集、苦情処理に向けた検討会議を開催する。
- ③ 検討会議の結果を基に処理結果をまとめ、管理者は必ず翌日までに具体的な対応を指示する。
- ④ 担当者は利用者宅を訪問し謝罪するとともに、検討結果を説明する。
- ⑤ 担当者は苦情処理結果記録を台帳に記載、整理する。管理者は再発防止に努めるよう全職員に徹底する。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

岡山市保健福祉局 事業者指導課 通所事業者係	岡山市北区大供1-18 KSB 会館 4階 電話番号 086-212-1013
岡山県 国民健康保険団体連合会	岡山市北区桑田町17-5 電話番号 086-223-8811
岡山県社会福祉協議会	岡山市北区南方2-13-1 電話番号 086-226-2827

15. 地域包括センターとの連携

地域の包括的な支援に向けて、地域包括支援センターとの連携を強化し、求めがあった場合には地域ケアにも参加します。

同 意 書

(1)私は指定通所介護サービスの提供を受けるに当たり、高島デイサービスセンター
重要事項説明書に基づき担当職員(三島 芳江)より重要事項の説明を受け
同意いたしました。

(2)私は貴事業所との間の秘密保持に関し、サービスの向上を図るためにサービス
担当者会議等において、私及び家族の個人情報を契約期間中に用いることに
同意いたします。

平成 年 月 日

利用者 住所

氏名

㊞

家族 住所

氏名

㊞