

「指定通所介護」「介護保険法に基づく第1号通所事業」 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。

(倉敷市指定 第3370206066号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護・介護保険法に基づく第1号通所事業を提供します。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」「要支援」「事業対象者」と認定された方が対象となります。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。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	3
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	3
6. 緊急時（事故発生時）及び緊急時以外の病院受診等について	9
7. 衛生管理	9
8. 苦情の受付について	11
9. 非常災害対策について	12
10.個人情報の使用及び秘密保持について	12
11.サービス利用に当たっての留意事項	12
12.その他運営に関する重要事項	12

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人四ツ葉会
(2) 法人所在地 岡山県倉敷市徳芳504
(3) 電話番号 086-462-1818
(4) 代表者氏名 理事長 山中 慎太郎
(5) 設立年月 昭和47年8月28日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・介護保険法に基づく第1号通所事業所
平成23年 7月 1日指定 倉敷市指定第3370206066号
- (2) 事業所の目的 社会福祉法人四ツ葉会が開設するげんきむらデイサービスセンターが行う指定通所介護事業・介護保険法に基づく第1号通所事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所におくべき従事者が、要介護状態・要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護・介護保険法に基づく第1号通所事業を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 げんきむらデイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 岡山県倉敷市中庄2960-1
- (5) 電話番号 086-441-0566
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 佐々木 優
- (7) 当事業所の運営方針
- 事業所の指定通所介護事業の従事者は、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目指し、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ために、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。
 - 事業所の指定介護予防通所介護事業又は介護保険法に基づく第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の従事者は、その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、生活機能の維持又は向上を目指し、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るために、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。
 - 事業の実施にあたっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月 平成23年7月1日
- (9) 利用定員 40人

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 倉敷市（玉島、水島、児島、船穂、真備地区を除く）、岡山市（撫川、妹尾、箕島、山田地区）、都窪郡早島町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（祝日を含む）
受付時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：30～17：00

4. 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サービス及び介護保険法に基づく第1号通所事業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	配置職員数	指定基準 (営業日ごと)
1. 施設長（管理者）	1名（常勤・兼務）	1名
2. 介護職員	5名以上（非常勤・兼務含む）	5名
3. 生活相談員	1名以上（常勤・兼務）	1名
4. 看護師	1名以上（非常勤・兼務含む）	1名
5. 機能訓練指導員（兼務）	1名以上（常勤・非常勤）	1名

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、ご契約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契約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、利用料金の大部分（通常9割又は8割又は7割）が介護保険から給付されます。

☆選択的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い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画・介護予防通所介護計画に定めます。

〈サービスの概要〉

☆共通的サービス

①食事

- ・食事の準備・介助を行います。

②入浴

- ・必要に応じて入浴中の見守りや介助等を行います。

③排泄

- ・必要に応じて排泄介助を行います。

④機能訓練

- ・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

☆ 選択的サービス

① 個別機能訓練加算（I）□

利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を行います。

② 若年性認知症利用者受入加算

40～64歳の若年性認知症のご契約者に対して、授産作業的なアクティビティ、スポーツ、創造的活動等、若年者のニーズを踏まえたプログラムを実施します。

〈サービス利用料金〉（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約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。

〈通所介護〉（利用1回についての料金になります）

☆共通的サービス（サービス利用に係る自己負担額 1割の場合）

	所要時間 3時間以上 4時間未満の場合	所要時間 4時間以上 5時間未満の場合	所要時間 5時間以上 6時間未満の場合
要介護1	378円	388円	570円
要介護2	423円	444円	673円
要介護3	479円	502円	777円
要介護4	533円	560円	880円
要介護5	588円	617円	984円
	所要時間 6時間以上 7時間未満の場合	所要時間 7時間以上 8時間未満の場合	所要時間 8時間以上 9時間未満の場合
要介護1	584円	658円	669円
要介護2	689円	777円	791円
要介護3	796円	900円	915円
要介護4	901円	1,023円	1,041円
要介護5	1,008円	1,148円	1,168円

☆加算対象サービス（通所介護）

以下のサービスを利用する場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

1. 加算項目と サービス利用料金	2. サービス利用に係る自己負担額（1割の場合）
① 入浴介助加算（I）	40円（1回につき）
② 個別機能訓練加算（I）□	76円（1回につき）
③ 若年性認知症利用者受入加算	60円（1回につき）

※サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定には含まれません。

☆サービス提供体制強化加算

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対し指定通所介護を行った場合には区分に従い1回につき次に掲げる所定単位数を加算させて頂きます。

(1)サービス提供体制強化加算(II) 18単位

<介護保険法に基づく第1号通所事業>

(月あたりの包括料金になります)

☆共通的サービス

1. ご契約者の要支援度	2. サービス利用に係る自己負担額(1割の場合)
要支援1	1,798円(1ヶ月につき)
要支援2	3,621円(1ヶ月につき)

☆加算対象サービス(介護保険法に基づく第1号通所事業)

以下のサービスを利用される場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

1. 加算項目	2. サービス利用に係る自己負担額(1割の場合)
① 運動器機能向上体制加算	225円(1ヶ月につき)
② 若年性認知症利用者受入加算	240円(1ヶ月につき)
③ 栄養改善加算	200円(1ヶ月につき)
④ 口腔機能向上加算(I)	150円(1ヶ月につき)
⑤ 生活機能向上グループ活動加算	100円(1ヶ月につき)
⑥ 事業所評価加算	120円(1ヶ月につき)

☆サービス提供体制強化加算

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護保険法に基づく第1号通所事業が利用者に対し介護保険法に基づく第1号通所事業を行った場合は利用者の要支援状態区分に応じて1月につき次に掲げる所定単位数を加算させて頂きます。

(1)サービス提供体制強化加算(II)

(一)要支援1 72単位

(二)要支援2 144単位

＜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従い介護職員の賃金の改善等を実施している場合
介護保険サービスの自己負担総額の9.2%相当額が料金に加算されます。

☆ご契約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、ご契約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。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）②参照）

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

（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契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービスの利用

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、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

②食事の提供にかかる費用

ご契約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：700円／一食あたり

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約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いただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

ご契約者は、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をご負担いただきます。

⑤おむつ代

必要とされる方に対し、お渡しする費用です。

料金：80円／1枚

⑥その他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ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金と食事の提供にかかる費用は、基本的に月ごとに請求させていただきますので以下①、②、③のいずれかの方法でお支払いください。尚、その他費用についても①、②、③のいずれかの方法でのお支払いとなります。

①. 口座自動引き落とし

サービス提供月の翌月27日（土・日・祝日の場合は前後する場合があります。）にご登録者様の口座からの自動引き落としになります。

口座をお持ちでない方は新たに口座を開設していただく事になります。
（ご家族様名義でも可能です。）

②. 下記指定口座への振り込み

玉島信用金庫 中庄支店 普通預金0250416

社会福祉法人 四ツ葉会 デイサービスげんきむら
理事長 山中 慎太郎

※ 口座名はデイサービスげんきむらになっている点にご注意ください。

③. 現金

請求書を料金袋と共に渡し致しますので、直接現金にてお支払頂きます。

※窓口での現金支払いの場合（月～金 8:30～16:30）

時間内に当事業所までお持ち下さい。

（4）利用料金支払いについての注意事項

☆ご登録者様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内にお支払いいただけない場合、またはご登録者様が当事業所や当事業所の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、解約していただく場合がございます。この場合、契約終了7日前までに文書で通知いたします。

（5）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、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更する

ことができます。この場合にはサービスの実施日までに事業者に申し出てください。

☆サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望す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契約者に提示して協議します

6. 緊急時における対処方法と病院受診について (P. 10 参照)

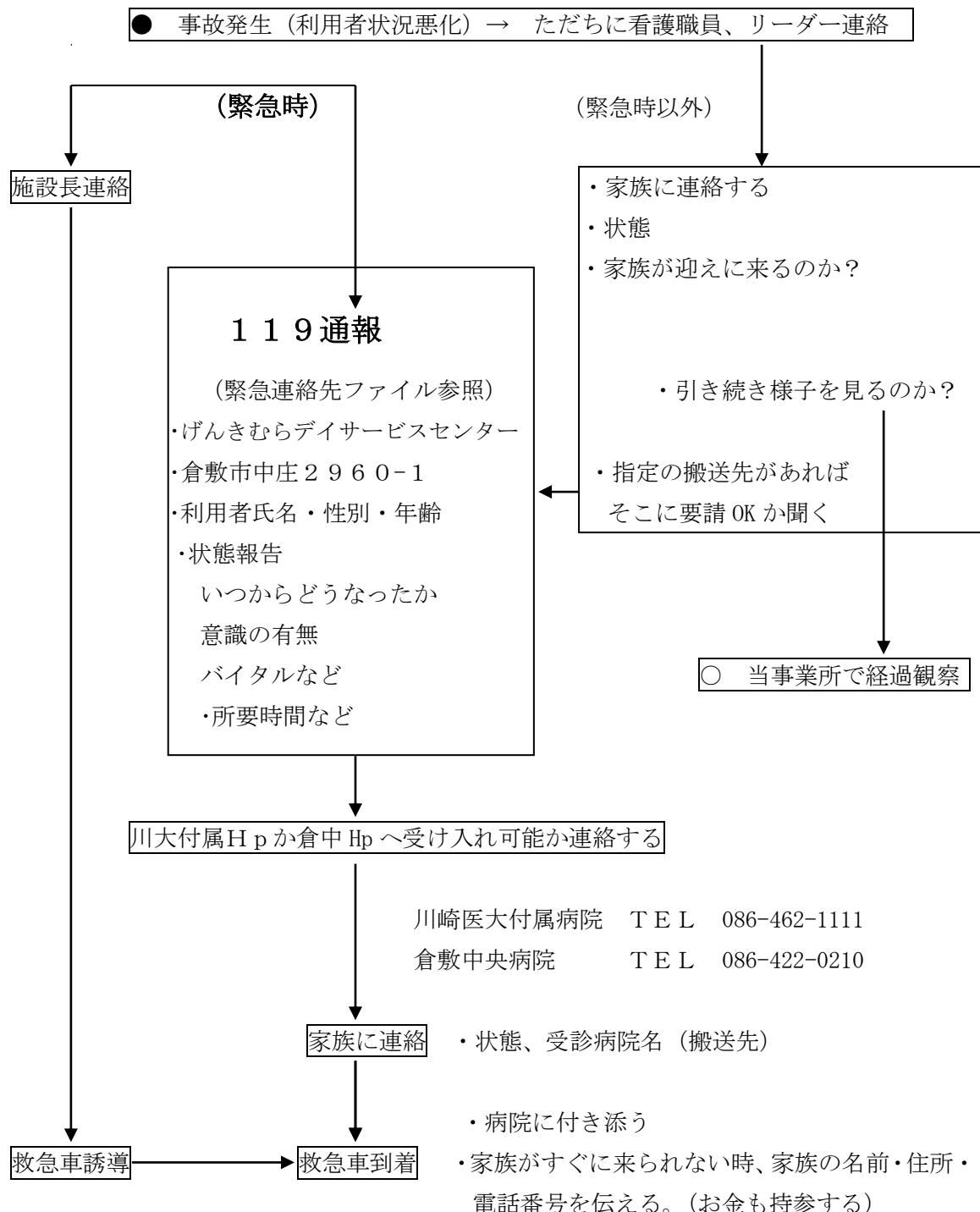
- (1) 利用者に対するサービスの提供中に事故が発生した場合、また体調に急変が見られ、ただちに救急搬送した方が良いと事業所が判断した場合は、次項の対応マニュアルに従い、利用者の家族、利用者の担当ケアマネージャーに連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 事故の状況及び事故に際しての応急処置について記録するとともに、原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。(契約書第12条) ただし、当施設の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。(契約書第13条)
- (4) 緊急事態以外 (原則として、当事業所からの直接的な病院受診が認められておりません) で、今後病状が悪化しそうなケースや感染症等の疑いがある等、一度医師に診てもらった方が良いと判断した場合は、ご家族方に病院受診等ご協力いただくこともあります。尚、当事業所からご自宅までの送迎は可能です。

7. 衛生管理

- (1) サービスに利用する備品等は清潔を保持し、常に衛生管理に十分留意します。
- (2) 職員等は、感染症に関する知識の習得に努めます。
- (3) 事業所内で感染者が認められた場合は、ただちに蔓延防止のため必要な措置を講じます。
- (4) ご契約者様に限らず、同居のご家族様等がインフルエンザやノロウイルス等の感染症を発症された、もしくはその疑いがある場合は事業所まで速やかにご連絡下さい。症状次第では、やむを得ずご利用を中止させていただく場合もございますが、他利用者様への影響も考慮し最善策を提案できるよう努めます。

《 緊急事態発生時 対応マニュアル 》

連絡体制 (施設長、リーダーが不在の場合は他の職員で行う)



8. 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の受付

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。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 管理者 佐々木 優

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30

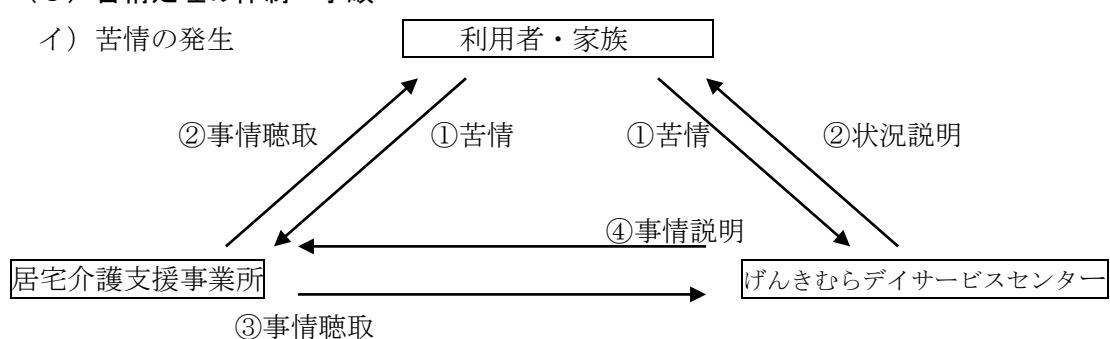
また、苦情受付ボックスを「複合施設げんきむら」1F玄関に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

倉敷市役所 介護保険担当課	所在地：岡山県倉敷市西中新田640 電話番号：086-426-3343 月～金 8:30～17:15（土日祝及び12/29～1/3を除く）
岡山市役所 保健福祉局介護保険課	岡山市鹿田町1丁目1番地1号 電話番号：086-803-1240 月～金 8:30～17:15（土日祝及び12/29～1/3を除く）
早島町健康福祉課	都窪郡早島町前潟360番地一 電話番号：086-482-2483 月～金 8:30～17:15（土日祝及び12/29～1/3を除く）
岡山県 国民健康保険団体連合会	所在地：岡山県岡山市北区桑田町17-5 電話番号：086-223-8811 月～金 8:30～17:00（土日祝及び12/29～1/3を除く）
岡山県運営適正化委員会	所在地：岡山県岡山市北区南方2-13-1 きらめきプラザ3階 電話番号：086-226-9400 月～金 8:30～17:15（土日祝及び12/29～1/3を除く）

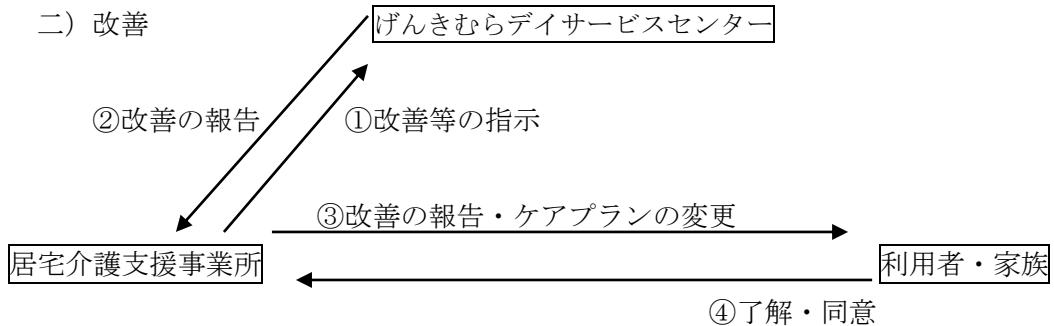
（3）苦情処理の体制・手順

イ) 苦情の発生



ロ) 協議 げんきむらデイサービスセンター、居宅介護支援事業所による協議

ハ) 協議内容、苦情処理方法について法人内での決済をおこなう



ホ) 居宅介護支援事業所により市町村へ報告

9. 非常災害対策

- (1) サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。
- (2) 非常災害に備え、定期的に避難訓練を行います。

10. 個人情報の使用及び秘密保持について

- (1) 事業者及びサービス従事者又は従業員は、通所介護サービスを提供する上で、知り得た契約者及び契約者の家族等に関する秘密及び個人情報については、正当な理由なく第三者に漏えいしません。
- (2) 事業者は、契約者から予め文書により同意を得た上で、契約者に係る居宅介護支援事業者及びサービス事業者などとの連携を図る等、正当な理由が有る場合に契約者の個人情報を用いることができるものとします。
- (3) 事業者は、契約者の家族等から予め文書により同意を得た上で、契約者に係る居宅介護支援事業者及びサービス事業者等との連携を図るなど、正当な理由がある場合に契約者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

11. サービス利用に当っての留意事項

- (1) 事業所内での飲酒は原則禁止とします。
- (2) 事業所内での喫煙は、所定の喫煙場所のみとします。

1 2. その他運営に関する重要事項

- (1) 本事業所は、事業を行うために必要な記録、帳簿を整備します。
- (2) この規定の定める事項の他、運営に関する重要事項は管理者が定めるものとします。

1 3. 第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
直近の実施年月日	
評価機関	
開示状況	

指定通所介護サービス及び介護保険法に基づく第1号通所事業の提供の開始に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人四ツ葉会　　中山　慎太郎

げんきむらデイサービスセンター

説明者職名　管理者　　氏名　　佐々木　優

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス及び
介護保険法に基づく第1号通所事業の提供開始に同意しました。

ご契約者（利用者）

住所　　氏名

代筆者　　氏名

（続柄）

代理人（ご家族等）

住所　　氏名

（続柄）