

「指定通所介護サービス」「指定運動型通所サービスA」重要事項説明書

当事業者は介護保険の指定を受けています。

(熊本県指定 第4372300659号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス事業所の概要や提供されるサービス内容、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 日岳会
(2) 法人所在地 熊本県宇城市小川町南海東2030番地
(3) 電話番号 0964-34-6300
(4) 代表者氏名 理事長 守田 憲史
(5) 設立年月日 平成10年1月19日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・デイサービスセンターひだけ荘
平成12年3月28日指定 熊本県第4372300659号
指定運動型通所サービスA・デイサービスセンターひだけ荘
平成30年4月1日指定
※当事業所は特別養護老人ホームひだけ荘に併設されています。
(2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、ご契約者に通所介護サービスを提供します。
(3) 事業所の名称 デイサービスセンターひだけ荘
(4) 施設の所在地 熊本県宇城市小川町南海東2030番地
(5) 電話番号 デイサービスセンターひだけ荘 0964-34-6302
FAX共通 0964-43-6722
(6) 事業所長（管理者） 氏名 守田 靖美
(7) 当事業所の運営方針 「心を込めて、あなたの人生のお手伝い」をモットーに奉仕に徹する施設運営を目指します。
(8) 開設（サービス開始）年月日 平成10年4月1日
(9) 通常の実施地域 宇城市
(10) 定員及び営業時間

営業日	定員	営業時間帯	サービス提供時間帯
月曜～土曜日	通所30名 運動型10名	8時30分～17時30分	9時30分～16時00分

3. 職員の配置状況

当事業者では、ご契約者に対して指定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。）

事 業 所	通 所 介 護			
職 種	常勤	非常勤	合計	職務の内容
1. 管理者	1名	-	1名	業務の一元的な管理
2. 生活相談員	1名	0名	1名	生活相談及び指導
3. 介護職員	3名	2名	5名	介護業務
4. 看護職員	0名	2名	2名	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理
5. 機能訓練指導員	0名	2名	2名	身体機能の向上・健康維持のための指導

4. 設備の概要

食 堂 ――― ご契約者全員が使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、ご契約者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

機能訓練室 ―― ご契約者が使用できる充分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

その他の設備 一 設備としてその他に、静養室・相談室・事務室等を設けます。

5. 事業者が提供するサービスと利用料金

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) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合があります。
(各月ごとに請求明細を交付いたします。 銀行引落で納付ください。)

(1) 介護保険の給付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、食費を除き、利用料金の大部分（9割または8割）が介護保険から給付されます。

（サービスの概要）

- ① 食 事
 - ・当事業所では、管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② 入 浴
 - ・入浴または清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ③ 排 泄
 - ・ご契約者の排泄の介護を行います。（おむつ利用の方は、おむつをご持参下さい）
- ④ 機能訓練
 - ・機能訓練指導員により、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。
- 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。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉 (契約書第10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）お支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

○ 通所介護——介護報酬の厚生大臣告示の額によります。

1日あたり：円

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	5,840	6,890	7,960	9,010	10,080
2. うち、介護保険から給付される金額	9割 5,256	6,201	7,164	8,109	9,072
	8割 4,672	5,512	6,368	7,208	8,064
	7割 4,088	4,823	5,572	6,307	7,056
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	1割負担 584	689	796	901	1,008
	2割負担 1,168	1,378	1,592	1,802	2,016
	3割負担 1,752	2,067	2,388	2,703	3,024
4. サービス提供体制強化加算Ⅲ	1割負担 6	2割負担 12	3割負担 18		
5. 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	自己負担額に各種加算減算を算定した金額 × 9.0%				
自己負担額合計					

※ 通所介護計画上、入浴介助を実施した場合、

1日につき1割負担 40円
2割負担 80円
3割負担 120円 が加算されます。

※ 通所介護計画上、個別機能訓練Ⅰを実施した場合、

1日につき1割負担 56円
2割負担 112円
3割負担 168円 が加算されます。

※ A D L（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定期間内に一定の水準を超えた場合、

A D L維持加算Ⅲ 1月につき1割負担 3円
2割負担 6円
3割負担 9円 が加算されます。

※ 若年性認知症のご利用者に、その特性やニーズに対応したサービスを実施した場合、

1日につき1割負担 60円
2割負担 120円
3割負担 180円 が加算されます。

※ 見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果のデータ提出を行う場合、

1月につき (加算 I)	1割負担 100円	(加算 II)	1割負担 10円
	2割負担 200円		2割負担 20円
	3割負担 300円		3割負担 30円

が加算されます。

☆ 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一旦お支いただきます。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策定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。

☆ 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。

○ 運動型通所サービスA事業——基本部分及び加算の合計の額となります。

	要支援1	要支援2
基本料金 (1回あたり)	436円 (週に1回利用)	447円 (週に1回利用が基本) (必要に応じて週に2回利用)
	※1月で4回を超える場合 1,798円	※1月で8回を超える場合 3,621円

加算（事業対象者：要支援1・2）

通所型独自サービス提供体制加算III	要支援1： 24円（1月につき） 要支援2： 48円（1月につき）
通所型独自サービス処遇改善加算II	自己負担額に各種加算減算を算定した金額 × 9.0%
通常型独自送迎減算	事業所が送迎を行わない場合 片道につき -47円

※基本料金及び加算については、介護給付の利用者負担割合に準じた定率負担となります。
(原則1割・一定所得者は2~3割)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第15条、第10条）

以下のサービスは、利用料金の金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 食 費

ご契約者にお食事を提供した場合

1日につき : 550円（おやつ代含）

② 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。

1枚につき : 10円

③ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者のご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 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ご負担いただきます。

内 容	通 所 介 護
尿とりパット代	1枚につき 20 円
紙おむつ代	1枚につき 80 円
はくパンツ代	1枚につき 100 円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第10条参照）

前記（1）（2）の料金・費用は次のとおりお支払い下さい。

※ 通所介護の場合は、1カ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに、以下の方法でお支払い下さい。（1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

金融機関口座から自動引き落とし

ご使用の預金口座名を事業所までお知らせください。

1 預金銀行 2 口座番号 3 預金者名

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前にご契約者の都合により、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事業所に申し出て下さい。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取り消し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、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合は、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
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の50% (自己負担相当額)

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業者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. サービス利用に当たっての留意事項

- ご契約者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の職員にご一報ください。
- ご契約者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけて下さい。
- 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- 職員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

7. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、ご契約者及

び職員等の訓練を行います。

8. 緊急時の対応

サービス提供時にご契約者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 身体拘束の禁止

原則として、ご契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前にご契約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、その様態及び時間、その際のご契約者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

11. 苦情相談窓口

(1) 当事業者における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 (担当者) 職名 デイ生活相談員 川田かおり TEL 0964-34-6302
- 受付時間 24時間受付、但し、担当者不在の時は事務所担当職員がお受けします。
夜間、早朝の受付は、特別養護老人ホームひだけ荘の日直者、宿直者が受付、担当者へ報告いたします。
- 受付日 年中無休、何時でも受け付けいたします。
また、苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

宇城市役所健康福祉部 高齢介護課	所在地 宇城市松橋町大野85 電話番号 0964-32-1111
宇城市役所小川支所 窓口係	所在地 宇城市小川町江頭80 電話番号 0964-43-1111
国民健康保険団体連合会	所在地 熊本市東区健軍2丁目4番10号 電話番号 096-214-1101
熊本県社会福祉協議会	所在地 熊本市中央区南千反畠町3-7 電話番号 096-324-5454

※ 苦情処理第三者委員 山下 幹雄 電話 0964-43-2532
 沖崎 有 電話 0964-32-2651

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

12. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力いただき、ご契約者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関 一一一 土屋医院 熊本県宇城市小川町江頭121
- ・ 協力歯科医療機関 一一 八木歯科医院 熊本県宇土市高柳町27-1

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

13. 損害賠償について

当事業所において事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償します。

ただし、損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められた場合には、ご契約者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

14. 虐待防止のための措置

当事業所は、ご契約者の人権の擁護、虐待防止等のため必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

15. 秘密保持及び個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ・事業者は、利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ・また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ・事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

② 個人情報の保護について

- ・事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者家族の個人情報を用いません。
- ・事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものその他、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ・事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内の訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

16. 第三者評価の実施状況

実施の有無 無

令和 年 月 日

通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者

氏 名

印

私は、本書に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏 名

印

代理人住所

氏 名

印

(繞柄)