

デイサービス花

【重要事項説明書】

通所介護

重要事項説明書

1. 事業の目的

株式会社多田が開設するデイサービス花（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護の事業（以下「事業」という。）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、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。

2. 事業所の概要

事業所名	デイサービス花
所在地	山形県寒河江市大字日和田6番地の14
事業所指定番号	0671200293
管理者・連絡先	長尾 悠佳里 電話 0237(83)2487
サービス提供地域	寒河江市 河北町 西川町 朝日町 大江町 ※これ以外の地域の方は要相談
利用定員	49名

3. 事業所の職員体制

職種	従事するサービスの内容等	人員
管理者	業務の管理を行います。	1名（常勤兼務）
生活相談員	サービス利用に係る一切の相談業務を行います。	3名（常勤兼務）
機能訓練指導員	利用者の身体機能評価及び各種リハビリテーションの計画を立て、実施します。	2名（常勤専従） 1名（常勤兼務） 2名（非常勤兼務）
看護師	医療、健康面の管理、指導、助言、機能訓練等を行います。 又各種健康相談に応じます。	1名（常勤兼務） 2名（非常勤兼務）
介護職員	介護業務、送迎業務等を行います。	6名（常勤専従） 2名（常勤兼務） 4名（非常勤専従）

※勤務時間 平日8：15～17：15

※休暇 日曜・お盆・年末年始は休暇。

4. 業務日及び業務時間

業務日	業務時間
月曜日から土曜日まで ※お盆（8/13）年末年始（12/31～1/3）を除く	午前8時15分から午後5時15分まで

5. サービス内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

① サービス内容

- ・機能訓練

機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

- ・生活指導

利用者の生活面での指導・援助を行います。

- ・健康チェック

血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

- ・排泄

利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

- ・口腔ケア

看護師により利用者の状況に適した口腔ケアを行い、誤嚥性肺炎や認知症予防に努めます。

- ・相談及び援助

利用者とその家族からの相談に応じます。

- ・送迎

ご自宅から施設までの送迎を行います。尚、送迎サービスの利用は任意です。

- ・交通費

通常の事業実施地域を超えて行う送迎の交通費は、通常の事業実施区域を越えて1 kmごとに50円を徴収します。

② 費用

- ・介護保険の適用がある場合は、原則として添付する料金表の利用料金のうち介護保険負担割合証に記載の割合が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅 サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

- ・介護保険法の改正に伴い利用料の変更を行う場合がありますので予めご理解下さい。

- ・消費税の改正に伴い利用料の変更を行う場合がありますので予めご理解下さい。

- ・介護保険外の費用として、おむつ代実費及び利用一回ごと食事代750円が必要となります。

- ・前日17時00分までに、事業所に利用キャンセルのご連絡がいただけなかった場合、キャンセル料750円が必要となります。

- ・利用料の支払いは、事業者が指定する口座自動引き落としサービスの利用により、月末締め切り翌月20日（金融機関休業日は翌営業日）に指定口座より引き落としにてお支払いいただきます。又、現金でのお支払いを希望される場合は月末締め切り翌月末営業日までに事業所にてお支払下さい。尚、銀行振込を希望される場合は、下記口座まで、振込手数料お客様負担にて送金下さい。

山形信用金庫 寒河江支店 普通口座 (口座番号) 1024028

株式会社多田 代表取締役 多田 丈弘

※入金確認後、領収書を発行いたします。

6. サービス提供時間

9：30～15：35

7. 当事業所における運営方針

(1) 様々なリハビリテーションプログラムの提供

当事業所はすべてにおいてリハビリテーションプログラムとしてサービスが提供されます。機能訓練指導員を中心に、個別機能訓練のみならず、皆様に適した各種プログラムにご参加いただきます。個別機能訓練加算Ⅰ及びⅡ（予防給付の方は運動機能向上加算）を算定し、機能訓練指導員が中心となり計画的に実施されます。

(2) 過剰サービスの排除

当事業所では皆様の介護計画と皆様の残存機能（出来ること、出来ないこと）に応じ、過剰介護をせず、自立、維持、回復していただく信念において介護サービスを実施します。よってよほどの事情が無い限りお茶などの上げ膳据え膳サービスは行いません。出来ることはご自身で行っていただきたいと考えております。

(3) 口腔機能向上加算プログラムの実施

介護予防、悪化予防、身体機能向上、認知症予防、誤嚥性肺炎の予防など、様々な予防効果、機能向上を目指し当事業所では全ての皆様へ月2回、口腔衛生指導を実施します。全ては計画に基づき看護師が中心となり実施され、口腔機能向上加算が算定されます。

8. 個人情報保護及び守秘義務

職員は在職中はもちろん退職後についても皆様の情報を第三者に漏洩しないことを誓約しております。又、秘密保持の為の教育、指導を徹底しております。尚記録物等に関しては担当者会議及び緊急性を除く外部持ち出しの一切を行いません。（担当者会議等必要時においては必要最低限の記録、情報を持ちだし、活用させていただきます）

9. 相談窓口及び苦情対応

当事業所のサービスに関する相談や苦情については営業時間中に限り、次の窓口で対応します。

電話番号 0237 (83) 2487

担当者 生活相談員及び管理者

又苦情についてはお住まいの各市町村の窓口又は国保連合会でも受け付けております。

寒河江市高齢者支援課 TEL 0237(86)2111

河北町健康福祉課 TEL 0237(71)1801

西川町健康福祉課 TEL 0237(74)3243

朝日町健康福祉課 TEL 0237(67)2116

大江町健康福祉課 TEL 0237(62)2114

受付時間 月曜日から金曜日 8：30～17：15

山形県国民健康保険団体連合会 受付時間 月曜日から金曜日 9：00～16：00

TEL 0237(87)8000

※寒河江市、河北町、西川町、朝日町、大江町以外にお住まいの方は居住地の市役所または国保連合会でも受け付けます。

※提供するサービスの第三者評価の実施状況・・・実施なし

10. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

① 主治医

病院名及び所在地・連絡先

② 緊急時連絡先

氏名（続柄）

()

住所

電話番号

- ・事業者は指定通所介護サービスの提供に辺り、利用者の身体・財産の損害を与えた場合にはその損害を施設が加入する下記の賠償保険の範囲内で賠償します。但し、事業者の責めに帰すべき事由によらない場合はその限りではありません。又利用者の故意及び重大な過失により事業者が損害を受けた場合はその損害賠償を請求する事とします。

事業者が加入する賠償保険

保 險 会 社 三井住友海上火災保険株式会社

保 險 種 類 賠償責任保険

支払限度額 1事故 100,000千円

11. 非常災害時の対策

(1) 非常時の対応

別途定める消防計画に則り対応を行います。

(2) 避難訓練及び防災設備

別途定める消防計画に則り年二回避難訓練を行います。また、次の防災設備を備えます。

- ・自動火災報知器
- ・誘導灯
- ・消火器

12. 事故発生時の対応

- ・事業者は、指定通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに県・市町村利用者の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・前項において、事故により利用者に損害が発生した場合は、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。
- ・前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

13. サービス利用にあたっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- ・施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

- ・ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・ 施設内での他の利用者に対する一切の宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ・ 当事業所ではご本人、ご家族、ケアマネージャー、関係諸機関へのサービス実績の報告、ケアの成果を把握、共有するために、画像や動画による撮影を行います。尚、画像につきましては新聞形式で利用し、他の利用者様との励まし合いにも活用させていただきます。

14. 運営法人の概要

名 称：株式会社多田
 代 表 者：代表取締役 多田 丈弘
 所 在 地：山形県寒河江市大字日和田6番地の14
 連 絡 先：電話 0237(85)0774
 FAX 0237(85)0758

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

_____年__月__日

事業者（法人）名 株式会社多田
 事業所名 デイサービス花
 （事業所番号） 0671200293
 代表者名 代表取締役 多田 丈弘

説明者 _____

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

_____年__月__日

利用者（甲） 住所 _____

氏名 _____

代理人（選任した場合） 住所 _____

氏名 _____

サービス利用料金表（1割負担）

利用者負担割合証に基づき、サービス費用の1割をご負担いただきます。
（下記表示金額は1割負担金額の目安です）。

利用者負担額 = ①保険給付の利用者負担額(基本料金+加算料金) + ②保険給付以外の費用

- ※ 利用者負担額の減免制度等の対象者の場合は、その認定内容に基づいた負担額となります。
- ※ 介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用した場合、超過分は全額自己負担となります。

1. サービスコード 及び 料金表

① 保険給付の利用者負担額

■ 基本料金

（介護保険制度では要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります）

要介護区分	サービス内容略称	単位数	利用者負担額の目安
要介護1	通常規模型通所介護Ⅰ41	584	1日 584円 円 689円 円 796円 円 901円 円 1,008円 円
要介護2	通常規模型通所介護Ⅰ42	689	
要介護3	通常規模型通所介護Ⅰ43	796	
要介護4	通常規模型通所介護Ⅰ44	901	
要介護5	通常規模型通所介護Ⅰ45	1,008	

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	利用総単位数の 9.2 %の加算
--------------	------------------

（介護職員等の処遇改善に取り組む施設に加算されます。）

サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	1回	18円
---------------	----	----	-----

（介護職の内介護福祉士が50%以上）

ADL維持等加算Ⅱ	60	1月	60円
-----------	----	----	-----

（ADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えている事業所に加算されます。）

科学的介護推進体制加算	40	1月	40円
-------------	----	----	-----

（利用者の心身の状況等の係る基本的な情報を厚生労働省に提出している事業所に加算されます。）

■ 選択サービス料金

（選択したサービスに応じた利用料が加算されます）

サービス内容略称	単位数	利用者負担額の目安
個別機能訓練加算Ⅰイ	56	1日 56円
個別機能訓練加算Ⅰロ（Ⅰイとの併算定不可）	76	1日 76円
個別機能訓練加算Ⅱ	20	1月 20円
口腔機能向上加算（Ⅰ）（月2回までの実施）	150	1回 150円
口腔機能向上加算（Ⅱ）（Ⅰとの併算定不可）	160	1回 160円
入浴介助加算Ⅰ	40	1日 40円
入浴介助加算Ⅱ（Ⅰとの併算定不可）	55	1日 55円

※機能訓練指導員の配置状況によって個別機能訓練加算Ⅰイ、Ⅰロいずれかの算定となります。

※口腔機能・計画に関して国にデータを提出する場合は口腔機能向上加算Ⅱとなります。

※個別の入浴計画に基づき、居室に近い環境で入浴介助を行った場合は入浴介助加算Ⅱとなります。

※送迎を行わなかった場合は、片道47単位の算定となります。

② 保険給付以外の費用

食事・お茶代	1日	750円
キャンセル料（前日17時00分までにキャンセルの連絡がなかった場合）	1日	750円
おむつ代（紙パンツ・パット・フラットおむつ等）	使用した数	実費

サービス利用料金表（2割負担）

利用者負担割合証に基づき、サービス費用の1割をご負担いただきます。
（下記表示金額は1割負担金額の目安です）。

利用者負担額 = ①保険給付の利用者負担額(基本料金+加算料金) + ②保険給付以外の費用

- ※ 利用者負担額の減免制度等の対象者の場合は、その認定内容に基づいた負担額となります。
- ※ 介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用した場合、超過分は全額自己負担となります。

1. サービスコード 及び 料金表

① 保険給付の利用者負担額

■ 基本料金

（介護保険制度では要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります）

要介護区分	サービス内容略称	単位数	利用者負担額の目安	
要介護1	通常規模型通所介護 I 41	584	1日	1,168 円
要介護2	通常規模型通所介護 I 42	689		1,378 円
要介護3	通常規模型通所介護 I 43	796		1,592 円
要介護4	通常規模型通所介護 I 44	901		1,802 円
要介護5	通常規模型通所介護 I 45	1,008		2,016 円

介護職員等処遇改善加算 I	利用総単位数の 92 %の加算 （介護職員等の処遇改善に取り組む施設に加算されます。）		
---------------	--	--	--

サービス提供体制強化加算 II	18	1回	36円
（介護職の内介護福祉士が50%以上）			

ADL維持等加算 II	60	1月	120円
（ADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えている事業所に加算されます。）			

科学的介護推進体制加算	40	1月	80円
（利用者の心身の状況等の係る基本的な情報を厚生労働省に提出している事業所に加算されます。）			

■ 選択サービス料金

（選択したサービスに応じた利用料が加算されます）

サービス内容略称	単位数	利用者負担額の目安	
個別機能訓練加算 I イ	56	1日	112 円
個別機能訓練加算 I ロ（Iイとの併算定不可）	76	1日	152 円
個別機能訓練加算 II	20	1月	40 円
口腔機能向上加算（I）（月2回までの実施）	150	1回	300 円
口腔機能向上加算（II）（Iとの併算定不可）	160	1回	320 円
入浴介助加算 I	40	1日	80 円
入浴介助加算 II（Iとの併算定不可）	55	1日	110 円

※機能訓練指導員の配置状況によって個別機能訓練加算 I イ、I ロいずれかの算定となります。

※口腔機能・計画に関して国にデータを提出する場合は口腔機能向上加算 II となります。

※個別の入浴計画に基づき、居室に近い環境で入浴介助を行った場合は入浴介助加算 II となります。

※送迎を行わなかった場合は、片道47単位の算定となります。

② 保険給付以外の費用

食事・お茶代	1日	750 円
キャンセル料（前日17時00分までにキャンセルの連絡がなかった場合）	1日	750 円
おむつ代（紙パンツ・パット・フラットおむつ等）	使用した数	実費

サービス利用料金表（3割負担）

利用者負担割合証に基づき、サービス費用の1割をご負担いただきます。
（下記表示金額は1割負担金額の目安です）。

利用者負担額 = ①保険給付の利用者負担額(基本料金+加算料金) + ②保険給付以外の費用
 ※ 利用者負担額の減免制度等の対象者の場合は、その認定内容に基づいた負担額となります。
 ※ 介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用した場合、超過分は全額自己負担となります。

1. サービスコード 及び 料金表

① 保険給付の利用者負担額

■ 基本料金

（介護保険制度では要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります）

要介護区分	サービス内容略称	単位数	利用者負担額の目安
要介護1	通常規模型通所介護 I 41	584	1日 1,752 円 2,067 円 2,388 円 2,703 円 3,024 円
要介護2	通常規模型通所介護 I 42	689	
要介護3	通常規模型通所介護 I 43	796	
要介護4	通常規模型通所介護 I 44	901	
要介護5	通常規模型通所介護 I 45	1,008	

介護職員等処遇改善加算 I	利用総単位数の 92 %の加算
---------------	-----------------

（介護職員等の処遇改善に取り組む施設に加算されます。）

サービス提供体制強化加算 II	18	1回	54円
-----------------	----	----	-----

（介護職の内介護福祉士が50%以上）

ADL維持等加算 II	60	1月	180円
-------------	----	----	------

（ADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えている事業所に加算されます。）

科学的介護推進体制加算	40	1月	120円
-------------	----	----	------

（利用者の心身の状況等の係る基本的な情報を厚生労働省に提出している事業所に加算されます。）

■ 選択サービス料金

（選択したサービスに応じた利用料が加算されます）

サービス内容略称	単位数	利用者負担額の目安
個別機能訓練加算 I イ	56	1日 168 円
個別機能訓練加算 I ロ（Iイとの併算定不可）	76	1日 228 円
個別機能訓練加算 II	20	1月 60 円
口腔機能向上加算（I）（月2回までの実施）	150	1回 450 円
口腔機能向上加算（II）（Iとの併算定不可）	160	1回 480 円
入浴介助加算 I	40	1日 120 円
入浴介助加算 II（Iとの併算定不可）	55	1日 165 円

※機能訓練指導員の配置状況によって個別機能訓練加算 I イ、I ロいずれかの算定となります。

※口腔機能・計画に関して国にデータを提出する場合は口腔機能向上加算 II となります。

※個別の入浴計画に基づき、居室に近い環境で入浴介助を行った場合は入浴介助加算 II となります。

※送迎を行わなかった場合は、片道47単位の算定となります。

② 保険給付以外の費用

食事・お茶代	1日	750 円
キャンセル料（前日17時00分までにキャンセルの連絡がなかった場合）	1日	750 円
おむつ代（紙パンツ・パット・フラットおむつ等）	使用した数	実費