

# 【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。  
(大分市指定 第 4470101264 号)

当事業所はお客様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、またご注意いただきたいことを次の通り説明致します。

## 1. 事業者

法人名	社会福祉法人 若草会
法人所在地	〒870-0868 大分市大字野田306番地の2
電話・FAX	電話：097-549-0012 FAX：097-549-5750
代表者氏名	理事長 安東真英
設立年月	昭和49年2月16日

## 2. 事業所の概要

事業所の種類	指定通所介護事業所 (令和2年4月1日指定 大分市4470101264) ※当事業所は特別養護老人ホーム創生の里に併設されています。
事業所の目的	指定通所介護は、介護保険法に従い、お客様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ます。
事業所名称	創生の里デイサービスセンター
事業所の所在地	〒870-0868 大分市大字野田307番地の8
電話・FAX	電話：097-549-3880 FAX：097-585-5805
事業所長氏名	本田章久
当事業所の運営方針	お客様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、また社会的孤立感の解消、心身機能の維持ができるよう援助致します。
開設年月日	平成4年5月18日
利用定員	1日 55名

### 3. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	大分市及び由布市 ※上記以外はご相談させていただきます。
営業日及び営業時間	営業日：月曜～土曜日（1月1日～3日を除く） 営業時間：8時00分～17時00分 サービス提供時間：9時00分～16時00分 ※提供時間中の私的な外出等は認められません。
送迎車両の利用について	迎：8時00分～9時00分 送：16時00分～17時00分 上記の時間以外の送迎については、別途相談に応じ協議の上対応いたします。 ※ご自宅と当事業所間の送迎です。途中下車やご自宅以外の場所への送迎は認められませんので、ご了承ください。

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、お客様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 種	職員配置数
1. 管理者	1名
2. 生活相談員	1名以上
2. 生活相談員兼介護職員	1名以上
3. 介護職員	10名以上
4. 機能訓練指導員	1名以上
5. 看護職員兼機能訓練指導員兼介護職員	2名以上
6. 運転手	3名以上
7. 事務員	1名以上

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

#### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスは、利用料金の7割、8割、9割が介護保険から給付されます。お客様の負担割合については、「介護保険負担割合証」に記載されている割合になります。

#### <サービス利用料金（1回あたり）>

次の料金表によって、お客様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額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、お客様の要介護度に応じて異なります。）

1. お客様の要介護度とサービス 利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3時間以上 4時間未満	3,580円	4,090円	4,620円	5,130円	5,680円
4時間以上 5時間未満	3,760円	4,300円	4,860円	5,410円	5,970円
5時間以上 6時間未満	5,440円	6,430円	7,430円	8,400円	9,400円
6時間以上 7時間未満	5,640円	6,670円	7,700円	8,710円	9,740円
7時間以上 8時間未満	6,290円	7,440円	8,610円	9,800円	10,970円
2. 入浴介助加算	400円				
3. 個別機能訓練加算(I) ロ	760円				
4. 個別機能訓練加算II	200円/1月				
5. 科学的介護推進体制加算	400円/1月				
6. サービス提供体制強化加算 (I)	220円				
7. 送迎減算	-470円(片道)				
8. 同一建物に対する減算	-940円				
9. 介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位数×9.2%				
10. 上記1から9の合計のうち 介護保険から給付される金額	介護保険負担割合証の「適用期間」、「利用者負担の割合」に 応じた給付金額となります。				
11. 上記1から9の合計のうち サービス利用に係る自己負担額	介護保険負担割合証の「適用期間」、「利用者負担の割合」に 応じた負担金額となります。				

※7. 送迎減算とは、事業所が送迎を行わない場合に所定単位数を減算するものです。

※8. 同一建物に対する減算とは、指定通所介護事業所と同一建物に居住する者または指定通所介護事業所と同一建物から当該指定通所介護事業所に通う者に対し、指定通所介護を行った場合は、1日につき所定単位数を減算するものです。

※お客様がまだ要介護認定を受けてなくてサービスを利用した場合には、サービス料金の全額をいったんお支払いいただく場合があります。要支援又は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、お客様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、お客様の負担額を変更します。

○機能訓練指導員により、お客様の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復と維持、またはその機能低下を防止するための訓練を実施します。実施するにあたり、機能訓練指導員がお客様の運動機能向上に係る個別の計画書を作成し、お客様の同意を頂きます。これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と見直しを行います。

○入浴または清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴できます。入浴介助や洗髪、口腔衛生のお手伝いも行います。また排泄介助を行います。排泄の自立を促すため、お客様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

○入浴、排泄、投薬等の介助を行いますが、お客様の意思により拒否や介護に抵抗がある場合、介助を強制することはできません。その場合、計画したサービスの提供が出来ないことがあります。

(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、利用料金の全額がお客様の負担となります。

項 目	内 容	利用料金
食 費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お客さまに提供する食事の材料にかかる費用です。</li> <li>・当事業所では管理栄養士のたてる献立表により、栄養並びにお客様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>・お客様の自立支援のため食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。また、介助が必要な方は食事介助をいたします。(食事提供時間 12時より)</li> <li>・デイサービス内への食品の持ち込み及び昼食・おやつの持ち帰りは禁止です。</li> </ul>	1食 630円
送 迎	事業の実施地域(当事業所より15km)外へ送迎を行う場合には、右記の金額をご負担いただきます。	5km超過ごと 500円
複写物の交付	お客様は、サービスの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(白黒) 10円 (カラー) 30円
日常生活上必要となる諸費用	日常生活品の購入等お客様の日常生活に要する費用で、右に記載のものは、お客様にご負担いただきます。	紙パット 50円 紙パンツ 120円 ガーゼ 50円 絆創膏 10円 防水テープ 100円 洗濯料(1回) 150円 乾燥料(1回) 150円
レクリエーション等材料費	施設のレクリエーション、行事等で使用する材料費。	写真代(8.9×11.7cm) 1枚 30円 ※その他レクに関わる材料費は実費

※デイサービス内での金銭トラブル防止の為、高額な金銭の持ち込みやお客様間での金銭の貸し借りは控えていただきます。また職員に対して物品の贈与はご遠慮願います。

※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1ヶ月前までにご説明します。

### (3) 利用料のお支払い方法

利用料は、下記の方法でお支払い下さい。

- |   |
|---|
| 1. 金融機関口座からの自動引き落とし<br><b>ご利用できる金融機関：お客様のお取引のある金融機関</b>                                     |
| 2. 下記指定口座への振り込み<br><b>大分銀行 医科大学前支店 普通預金 5075009</b><br><b>社会福祉法人 若草会</b><br><b>理事長 安東真英</b> |

### (4) キャンセル料について

- ・利用予定日の8時までにお客様もしくはご家族の方より、指定通所介護サービスの利用の中止又は変更の連絡がない場合は、キャンセル料として食費相当分**630円**を頂きます。
- ・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お客様の希望する日時にサービスの提供が出来なかった場合、他の利用可能日時をお客様に提示して協議致します。

## 6. 苦情の受付について

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。

大分市長寿福祉課 電話 097-534-6111
大分県国民健康保険団体連合会 電話 097-534-8470
創生の里デイサービスセンター 通所障害支援課長 本田章久 電話 097-549-3880 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8時00分～17時00分 (1月1日～3日を除く)

## 7. 緊急時における対応

- (1) 指定通所介護を実施中にお客様の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに看護師、主治医等に連絡するとともに、救急車を手配致します。また、緊急時に備え、お客様の主治医の確認、既往歴他服薬中の薬の内容確認の確認、ご家族様の緊急連絡先を控えさせていただきます。
- (2) 指定通所介護を実施中に、天災その他の災害が発生した場合は、管理者の指示のもと、緊急時マニュアルに基づきお客様の避難等の措置を講じます。また、緊急時に備え、別途定める消防計画に基づき、定期的に避難訓練を実施致します。

## 8. 事故発生時の対応

- (1) 指定通所介護を実施中に事故が発生した場合は、市町村、お客様のご家族、お客様に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を取ります。
- (2) 指定通所介護を実施中に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。賠償すべき事故とは、当事業所の過失によって発生した事故であり、全ての事故に対し賠償を行うことは致しかねます。偶発的に起きた予測できない事故による傷病の治療費等は自己負担とさせていただきます。

## 9. 個人情報の取り扱いについて

- (1) 事業所は、指定通所介護サービスを適切かつ円滑にお客様に提供すること目的として、個人情報を用います。
- (2) 事業所は、重要事項説明の同意をもって、以下に掲げる理由に限り、お客様及びお客様のご家族に関する個人情報を用いる場合があります。
  - ・ 認定調査及び通所介護計画、また介護保険事業等の内容について関係する都道府県、市町村、その他委託を受けた機関が情報提供や報告を求めた場合。
  - ・ 主治医・医療機関等が通所介護計画の内容について情報提供を求めた場合。
  - ・ その他の居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者・ご家族等が、サービス担当者会議など、サービス提供上情報を用いる必要がある場合。
- (3) 事業所は、お客様に関する個人情報は適正に入手いたします。またお客様及びお客様のご家族個人情報が含まれる記録物については、管理者の責任のも

とに管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止いたします。

- (4) お預かりした個人情報、お客様のサービスの向上、及びサービスの提供に係る契約後のサービスの実施やサービス担当者会議等において使用させていただき、他に流出したりすることのないよう適切・安全に取り扱います。また、情報の変更・訂正・削除が必要な場合は当事業所までご連絡ください。

## **10. 人権擁護、高齢者虐待防止について**

- (1) 虐待を防止するための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備し、定期的を実施する研修を通じて、職員の人権意識の向上や知識、技術の習得に努めます。
- (3) 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、利用者や家族の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

## **11. ハラスメントについて**

- (1) 暴言・暴力・ハラスメントに対し組織・地域での適切な対応を図ります。
- (2) 職員は、ハラスメントを防止するための研修を受講し、事業所内で共有を図ります。

## **12. 業務継続計画策定について**

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期業務再開を図るための計画を策定します。
- (2) 当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

指定通所介護サービス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。

創生の里デイサービスセンター

管理者職名 通所支援課長 氏名 本田 章久 印

説明者職名 通所支援課長 氏名 後藤 夏江 印

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の提供開始に同意しました。また、サービス担当者会議等において、個人情報を用いることについて同意しました。

お客様住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

お客様代理人住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

この重要事項説明書は、規定に基づき、お客様又はそのご家族への重要事項説明のために作成したものです。

平成27年 4月 1日一部改正	平成31年 4月 1日一部改正
令和 元年 5月 1日一部改正	令和 元年 8月 1日一部改正
令和 元年10月 1日一部改正	令和 2年 4月 1日一部改正
令和 3年 7月 1日一部改正	令和 4年10月 1日一部改正
令和 5年 4月 1日一部改正	令和 6年 4月 1日一部改正
令和 6年 6月 1日一部改正	令和 6年10月 1日一部改正