

指定通所介護事業所
介護予防・日常生活総合支援事業

デイサービス りんご

重要事項説明書

当事業所が提供する通所介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1・事業所の概要

事業所の名称	株式会社 多ら福
主たる事務所の所在地	〒438-0814 静岡県磐田市気子島496番地1
電話番号	0538-36-9090
代表者	代表取締役 猪俣 雅代

事業所の名称	デイサービス りんご
事業所の所在地	〒438-0814 静岡県磐田市気子島496番地1
介護保険事業所番号	2276900236
指定年月日	平成20年3月15日
交通の便	ユーバス 気子島停留所
通常の事業の実施地域	磐田市

2・事業所の職員の概要

職種	員数	勤務体制
管理者	1名	常勤 1名
生活相談員	1名以上	常勤兼務 非常勤兼務
看護師	1名以上	機能訓練指導員兼務
機能訓練指導員	1名以上	上記看護師兼務
介護職員	3名以上	

3・通所介護施設の概要

定員	25名
食堂及び機能訓練室	80.62㎡
浴室	一般浴槽・リフト浴
その他の設備	・事務室 ・相談室 ・静養室 ・厨房室 ・送迎車5台

4・サービス提供時間

- ・月曜日から土曜日 午前9時10分～午後4時15分
- ・(休日) 日曜日・年始(1/1～1/3)
- ・非常災害時及び感染症等の発生時は、臨時休業とする場合があります。

5・通所介護の運営の方針

当事業所は、入浴や食事、機能訓練、各種レクリエーションなどのサービスを提供する事により、利用者の心身機能の維持向上や孤立感の解消を図り、その有する能力に応じて自立した生活が送れるよう努める。

事業所の運営にあたっては、利用者の人格・人権を尊重し、常に利用者の立場にたったサービス提供に努めるとともに、その家族との密接な連携を図り、生活に関する相談及び助言に努める。

事業の実施にあたっては、関係市町村、在宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービス機関と連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

6・利用料金

(1) 当事業所のサービスの提供(介護保険適用部分)に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本単位の1割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。又第一号被保険者(65歳以上)で一定所得がある対象者は市町から交付される介護保険負担割合証の確認をし、サービス費用を負担割合証の額で利用料金の支払いを受ける。

* 区分・・・7時間以上8時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	658単位	777単位	900単位	1023単位	1148単位
入浴介助加算(Ⅰ)	40単位				
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	全体単位数の80/1000				
個別機能訓練加算(Ⅰ)口	76単位				
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位/月				
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/日				
口腔機能向上加算(Ⅱ) 月2回実施	160単位/回				
科学的介護推進体制加算	40単位/月				

- ・磐田市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.14円を乗じた金額が料金になります。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。
- ・基本料金は、事業所の規模、サービス提供時間、利用される方の介護度に応じて全国一律の料金が定められています。
- ・短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護または特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払いは受けられません。

介護予防・日常生活支援総合事業対象料金

区分	通所介護相当サービス	
週1回程度	1,798単位/月	
週2回程度	3,621単位/月	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	全体単位数の80/1000	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	週1回程度	88単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	週2回程度	176単位/月
口腔機能向上加算(Ⅰ)	月1回実施	150単位/回

- ・利用料金は1か月ごとの定額制です。
- ・計画期間が1か月に満たない場合は、日割り計算とします。

(2) その他の費用

- 通常の実業の実施地域以外の地域に居宅する利用者に対して行う送迎に要した費用は、次の額を負担していただきます。
 - ①通常の実業の実施地域を越えた地点から片道概ね5km未満 100円
 - ②通常の実業の実施地域を越えた地点から片道概ね5km以上又はその端数を増すごとに 100円
- 昼食代として(おやつ代込み) 実費
- 日常生活費 150円 光熱費 他
レクリエーション備品費、製作費、消耗品費等 施設で用意するものをご利用いただく費用
- 紙オムツ、紙パンツを使用した場合 一枚ごとに100円
尿取りパットを使用した場合 一枚ごとに50円を実費でいただきます。
- 処置にかかった費用は、その都度実費でいただきます。
- 延長時間については30分ごとに500円を実費でいただきます。

(3) 料金の支払いの方法

あなたが事業者を支払う料金の支払い方法については、月ごとの清算とします。毎月15日までに、前月分ご利用いただいたサービス使用料金の請求をしますので27日までにお支払いください。お支払い方法は、現金による集金又は口座振替をお願いします。明細は当施設事務所までお問い合わせください。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により当日の通所介護をキャンセルした場合には、下記の料金をいただく場合がありますので、キャンセルする場合は、至急当事業所に連絡してください。

ご利用日の前日営業時間(8時～17時)までに、ご連絡いただいた場合	無料
上記以外でのご連絡をいただいた場合	840円

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載(あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払って頂きます。この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者の窓口へ提出して差額(介護保険適用の部分の9割)の払い戻しを受けてください。

7・サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ・当事業所に電話等でお申し込みください。当事業所の担当職員があなたのお宅に伺い当事業所の通所介護の内容等について説明します。
- ・この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業所の担当者が通所介護計画を作成・交付し、サービスの提供を開始します。
- ・あなたが居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

- ア あなたのご都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の15日前までに文書で申出てください。
- イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合はサービス終了日の30日前までに、文書にてあなたに通知します。
- ウ 自動終了
次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
- ・あなたが介護保険施設に入所した場合
 - ・あなたの要介護度が認定外とされた場合
 - ・あなたが亡くなったとき
- エ 滞納
利用料が2ヶ月間滞納した場合、文章で通知しサービスを終了することができます。
- オ その他
- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合、秘密義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこのサービスを終了することができます。

8・サービス利用にあたっての留意事項

- ・体調の確認
通所介護にお見えになる前に朝、ご家族で体調の確認をお願いします。気になる事等がある時は、必ず職員にお伝えください。また、発熱等体調に異変がある時や病気の時は通所介護のご利用はできません。
- ・利用時間の変更
サービス時間の変更は、ご利用予定日の前日までに事業所に申出てください。
- ・設備、器具の利用
当事業所の設備、器具の利用に際しては、危険や事故防止のため職員の指示に従ってください。
- ・機能訓練の実施時には、機能訓練指導員の指示に従ってください。

9・サービス内容

当事業所があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用日	
内 容	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活上の援助 ・健康状態の確認 ・食事サービス ・入浴サービス(自立支援を意識して入浴のサービス及び入浴に伴う介助を行う) ・送迎サービス ・機能訓練サービス ・生活相談、助言等 ・その他の自立への支援

- ・サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等についてあなたに分かりやすいように説明します。
- ・サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

10・苦情処理

あなたは、当事業者の通所介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。
あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇をうけません。

苦情相談窓口 管理者 猪俣雅代 ・ 生活相談員 小林 隼
電話番号 0538-36-9090

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口にも苦情を申立てることができます。

磐田市役所	担当窓口	高齢者支援課
	電話番号	0538-37-4869
国民健康保険団体連合会	担当窓口	介護保険課苦情処理担当
	電話番号	(054)-253-5590

11・非常災害対策

非常時の対応	第一にご利用者の安全を確保して、一次避難地(青城小学校など)に非難します。
近隣との協力関係	地域の防災訓練等に積極的に参加するようにし、非常時の協力体制を確保、整備していきます。
防災設備	消火器を設置してあります。
	災害に備えての準備品 ①非常食料、飲料水 ②緊急医療品
	③発電機 ④懐中電灯、トランジスタラジオ ⑤毛布
平常時の防災訓練	年一回以上の非難、防災訓練を実施します。
防火・防災計画	防火管理者 猪俣政弘
	内 容： 目的、管理組織、管理者・責任者の任務、訓練、準備品等

- ・台風等の自然災害が発生又は発生が予測される場合の営業については、送迎時の安全を確保できるか否かを判断し、臨時休業とする場合があります。具体的には、当日午前7時の時点で、大雨・洪水・強風などの警報が3つ以上発令されている場合又降雪等により送迎が困難な場合などは営業中止とし、デイサービスりんごより利用者様にご連絡いたします。

12・緊急時の対策方法

通所介護の提供中及び送迎時の訪問の際にご利用者に病状の急変、その他、緊急事態が生じた場合には速やかに緊急時・災害時確認書に基づきご家族、主治医に連絡いたします。又緊急医療機関等への受診の手配をします。

13・虐待防止

当事業所では利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、管理者を虐待防止に関する責任として、必要な職員研修を実施するとともに、地域包括支援センターとの連携を図ります。

14・感染症の予防発生時の対応

- (1) 当事業所では新型コロナウイルス、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症（以下、感染症と省略）の予防のため、サービス利用前にご利用者、ご家族の発熱・嘔吐・受診状況の健康状態を確認いたします。
- (2) 当事業所では感染症等の予防のため介護職員等がマスク、手袋、予防衣等を着用して介護を行います。又手洗いやうがい、消毒を行います。
- (3) ご利用者等が感染症等を発症している場合、サービス利用前の利用を見合わせていただくことがあります。その場合は、担当介護支援専門員等と連携を図り、代替サービスの調整等を依頼します。
- (4) 当事業所では、感染症が発生し、又はまん延しないように、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

15・衛生管理

- (1) 通所介護に使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意する。
- (2) 事業所は、当該通所介護支援事業所において感染症が発生し、又蔓延しないように、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じる。

16・その他運営についての留意事項

- (1) 事業者は、すべての通所介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二項規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者をのぞく。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じる。
- (2) 従業者等は、その勤務中常に身分を証明する証票を携行し、利用者又家族から求められたときは、これを提示する。
- (3) 事業所は、この事業を行うため、ケース記録、利用者負担金収納簿、その他必要な記録、帳簿を整備する。
- (5) この規定に定める事項の他、運営に関する重要事項は、事業所の管理者が定めるものとする。

附則

この規定は、令和 3年 4月 1日から施行する。
この規定は、令和 4年 7月 1日から施行する。
この規定は、令和 4年 10月 1日から施行する。
この規定は、令和 5年 1月 6日から施行する。
この規定は、令和 6年 4月 1日から施行する。
この規定は、令和 6年 6月 1日から施行する。
この規定は、令和 6年 9月 1日から施行する。

通所介護の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	静岡県磐田市気子島496番地1	
	名称	デイサービス りんご	
	説明者		印

この説明書により、通所介護に関する重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

この説明書により、通所介護に関する重要事項の説明を受けました。

住 所		
氏名		印

代理人若しくは家族(続柄)

住 所		
氏 名	印 (続柄)

個人情報に関する同意書

デイサービス りんごを利用するにあたり下記の事についてサービス利用者及びその家族の個人情報を開示することに同意します

1. サービス利用者に医療上の緊急の必要性がある場合に、医療機関等に利用者に関する心身状況の情報を提供する事、並びにそれに付随して利用者の家族提供する事。
2. 介護支援専門員の主催するサービス担当者会議等において、利用者及びその家族の必要な情報を開示する事。
3. サービスの質の向上を目的とした評価機関によるサービス事業所の審査のための、利用者及びその家族の個人情報を利用する事。
4. 居宅支援事業所やその他外部に対し、サービス提供における資料として利用状況の写真を使用する事。(ただし、使用に際してはその都度確認させていただきます。)

上記の内容を同意いたします。

令和 年 月 日

利用者

(印)

代理人若しくは家族

(印)

介護保険外利用料の同意書

指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業に際し、介護保険外利用料につきまして以下のとおり確認いたします。

利用につきましてどちらかに○をつけて下さい。

- | | | |
|---------------------------------------|------|----------------|
| 1. 昼食代 1食(おやつ含む) | 840円 | 同意します ・ 同意しません |
| 2. おむつ代 1枚(利用時) | 100円 | 同意します ・ 同意しません |
| 3. パット代 1枚(利用時) | 50円 | 同意します ・ 同意しません |
| 4. リハビリパンツ代(利用時) | 50円 | 同意します ・ 同意しません |
| 5. 連絡帳代(初回のみ) | 460円 | 同意します ・ 同意しません |
| 6. 日常生活費1日
(レクリエーション備品費、製作費、消耗品費等) | 150円 | 同意します ・ 同意しません |
| 7. 処置用品費
(吸引カテーテル・滅菌ガーゼ・保護テープ等) | 実費 | 同意します ・ 同意しません |
| 8. 延長料金として30分ごとに | 500円 | 同意します ・ 同意しません |

令和 年 月 日

利用者

(印)

代理人若しくは家族

(印)