

「指定居宅サービス」重要事項説明書

～通所介護・第1号通所事業～

当事業所は介護保険の指定を受けています。

通 所 介 護
第 一 号 通 所 事 業
(通所介護相当サービス) (愛知県指定 第2376300121号)

当事業所は、ご契約者に対して通所介護サービス及び第1号通所事業における通所介護相当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と、誓約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

目次

1	事業者	1
2	事業所の概要	1
3	職員の配置状況	3
4	当事業所が提供するサービスと料金	4
5	苦情の受付について	6

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 明峰福祉会
(2) 法人所在地 愛知県北設楽郡東栄町大字中設楽字松久保1番地3
(3) 電話番号 0536-79-3534
(4) 代表者氏名 佐々木 経人
(5) 設立年月日 平成3年6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 第一号通所事業 愛知県 2376300121
・平成11年12月28日指定
・平成18年4月1日指定
* 当事業所は、特別養護老人ホームやまゆり荘に併設されています。
- (2) 事業の目的 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に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 やまゆり荘(通所介護事業/第一号通所事業)
- (4) 事業所の所在地 愛知県北設楽郡東栄町大字中設楽字松久保1番地3
- (5) 電話番号 0536-(76)-0398
- (6) 事業所長名 中谷勇夫(通所介護事業/第一号通所事業)
- (7) 運営方針 当事業所は、地域、家族や各種サービス提供機関と連携を密にして一地域の利用者を一日受け入れ、利用者の意思及び人格を尊重した生活介護や機能訓練を提供します。また、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利用者の心身の維持並びに家族の身体的精神的負担の軽減に努めます。
- (8) 開設年月日 平成5年10月1日(通所介護事業)
平成18年4月1日(第一号通所事業)
- (9) 通常の事業の実施地域 東栄町・豊根村・設楽町

(10) 営業日、営業時間

	通所介護/第一号通所事業
営業日	月～金曜日(12/29～1/3を除く)
受付時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時50分～午後4時

* 悪天候等により、上記内容を変更する場合があります。
(別紙1・警報時の対応について参照)

- (11) 利用定員 通所介護/第一号通所事業 25人

3 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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。

職種	通所介護／第一号通所事業	
	常勤換算	指定基準
1 事業所長	1名(特養と兼務)	1名
2 生活相談員	1名以上	1名
3 介護職員	3名以上	3名
4 看護職員	1名(機能訓練指導員と兼務)	1名
5 機能訓練指導員	1名(看護師と兼務)	1名
6 調理師	1名(特養と兼務)	—

* 常勤換算:職員それぞれの週当たりの勤務時間数の総数を、事業所における常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した数です。

(主な職員の勤務体制)

職種	通所介護／第一号通所事業
医師	—
介護職員	勤務時間 8:30~17:30
	原則として職員1名あたり利用者5名のお世話をします
看護職員	原則として1名の看護師が勤務します。
機能訓練指導員	月~金 14:00~15:00

4 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。

* 通所介護サービス／第一号通所事業における通所介護相当サービス

また、それぞれのサービスについて

(1) 利用料が介護保険から給付される場合

(2) 利用料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

以下のサービスについては、利用料の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

(サービスの概要)

- ① 食事(但し、食材料・調理費は別途いただきます。)
 - ・当事業所では、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の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご契約者の自立支援のため離床して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。

- ② 入浴
 - ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴する事が出来ます。(金額については別紙参照してください)
- ③ 排泄
 - ・ご契約者の排泄介護を行います。
- 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の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。(金額については別紙参照してください)
- ⑤ その他自立への支援
 - ・通所介護(第一号通所事業)利用者に対し外出サービスを提供します。

[サービスの利用料金(1回あたり)] (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)をお支払い下さい。

* 通所介護

(単位)

ご契約者の要介護度とサービス基本単位	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	備考
	584	689	796	901	1008	一回につき

◎上記単位数に地域加算(7級地、10.14)が乗されます。

◎ サービス利用に係る自己負担額は、ご契約者の介護負担割合証に基きます。

* 第一号通所事業

(単位)

ご契約者の要介護度とサービス基本単位	要支援1 (基本チェックリスト該当者)	要支援2	備考
	通 年	1798	3621

◎上記単位数に地域加算(7級地、10.14)が乗されます。

◎サービス利用に係る自己負担額は、ご契約者の介護負担割合証に基きます。

◎介護認定者、第一号通所事業利用者共に、加算項目については別紙2の内容が上記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ない場合には、サービスの利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。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為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の食材料・調理に係る費用は別途頂きます。

* 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。

(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7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。

各サービス共通

① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス
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(昼食)
ご契約者に提供する昼食の食材料・調理にかかる費用です

料金: 1回あたり 昼食 530円 おやつ 50円

③ 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は、実費を負担して頂きます。

実費 1枚につき 10円

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
おむつ代	150円/枚
パット代	25円/枚

* 通所介護(第一号通所事業)
通常の実業実施地域以外への送迎
通常の実業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記の料金をいただきます。
通常の実業の実施地域を越えて行く、指定通所介護に要した交通費は、その実費を徴収但し、実施地域を越えて地点からの交通費は、片道1キロメートル当たり37円を徴収する。
1円未満の端数は、切り捨てるものとする。

※ 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事があります。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2ヶ月前までにご説明します。

- (3) 利用料のお支払方法(契約書第6条参照)
前記(1)(2)の料金・費用は、翌月の末日までに下記のいずれかでお支払い下さい。

ア	金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関	JA愛知東農協東栄支店
イ	下記指定口座への振り込み JA東愛知農協東栄支店	普通 0050493
ウ	窓口での現金支払い	
エ	利用日に直接やまゆり荘事務所にて支払う	

- (4) 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、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事が出来ます。この場合、利用予定日の前日までに事業者へ申し出て下さい。
- ・利用予定日の前日までに申し出が無く、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払い頂く場合があります。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 (自己負担相当額) の10%

- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する機関にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能機関又は日時を契約者に提示して協議します。

5 苦情の受付について(契約書第22条)

(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門窓口で受け付けます。

* 苦情の受付窓口(担当者)

- ・通所介護(通所予防介護) 生活相談員 青山浩之
月～金 午前8:30～午後5:30
電話 0536-(76)-0398 FAX 0536(79)-3555

(2) 行政機関その他苦情受付機関

東栄町役場 住民福祉課	場所	東栄町大字本郷字上前畑25番地
	電話	0536-(76)-0501
	FAX	0536-(76)-1725
	受付時間	午前8:15～午後5:15
愛知県国民健康 保険団体連合会	場所	名古屋市東区泉一丁目6-1
	電話	052-(962)-1308
	受付時間	午前9:00～午後5:00
東三河広域連合 福祉事業部 介護保険課	場所	豊橋市八町通二丁目16番地(豊橋市職員会館5階)
	電話	0532-(26)-8471
	受付時間	午前8:30～午後5:15

6 個人情報使用について

(1) 使用する目的

居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するため、実施されるサービス提供者会議、通所介護事業所と事業者との連絡調整などにおいて必要な場合。

(2) 使用する条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外のものに漏えいすることのないように細心の注意を払う。

7 事故発生時の対応について

- ・利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、東三河広域連合、市町村、利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- また、利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

8 第三者評価の実施状況について

- ・第三者評価は実施していません。

9 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定（責任者 やまゆり荘 施設長）
- (2) 苦情受付体制の整備
- (3) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修の実施。
- (4) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報する。

10 身体的拘束等について

事業者は、サービスの提供にあたっては。利用者又は他の利用者の生命を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行いません。身体的拘束等を行う場合には、事前に利用者又はご家族に説明を行います。やむを得ない事情により、事前に説明を行わなかった場合には、身体的拘束等を行った後速やかに当該利用者又はその家族に、身体定期拘束等の態様等の説明をします。また、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。

11 衛生管理等について

利用者の使用する施設、食器その他設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じます。また、事業所において感染症の発生、および蔓延を防止するために必要な措置を講じます。

12 事業継続計画(BCP)の策定について

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成しています。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的(年1回以上)に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動ができるよう、訓練を実施します。

警報時の対応のマニュアル（愛知県東三河北部に警報が発令された場合）

デイサービス R3.4.1

<p>大雨警報 洪水警報 暴風警報</p>	<p>○営業前に発令された場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・8時30分、警報が出ている場合は基本的に営業を中止とし、速やかに当日利用者宅にその旨連絡する。8時30分に台風等で数時間後警報が予想される場合においても同様とする。 例外として、大雨警報に関しては天候の状況を確認し、施設長・施設長補佐・サービス提供責任者と協議の上、開始時間をずらしたり時間短縮しての営業を行う場合もあるとする。その際は、当日利用者全員に連絡し、利用の有無を確認し営業する。 ・天候または道路の状況を確認し、その時点で送迎可能と判断した場合は速やかに家族に連絡し利用者を安全にお送りする。 ・その時点で悪天候の場合は、安全に送迎できる状況が確保されるまでやまゆりで待機し、送迎可能となった時点で速やかに安全にお送りする。 ・台風等で天候が不安定の場合、注意報の段階で気象情報について情報を収集し数時間後の警報が予想される場合は営業を中止し利用者をお送りする。その旨は家族に連絡し、連絡がつき次第送迎する。
<p>大雪警報</p>	<p>○大雨、洪水、暴風警報に準ずる。</p> <p>○警報が出ていない場合でも積雪量が多く道路の凍結等で送迎が危険と判断される場合は、荘長、サービス提供責任者等と協議し営業を中止する場合もあり得る。</p>

- * 上記については施設長・施設長補佐・サービス提供責任者と確認しながら実施する。
また上記記載以外についてはサービス提供責任者・スタッフと協議し決定する。
- * 中止の場合は担当ケアマネージャーにも連絡する。

○ 要介護認定者 【東栄町 地域区分（7級地、1単位=10.14円）を乗じた表示】

サービス項目	金額（円）	自己負担分（円）		算定回数	対象者	備考
サービス提供体制強化加算（1）	223 （22単位）	1割	23	1回毎	介護認定の方	保険対象
		2割	45			
		3割	67			
入浴介助加算（1）	405 （40単位）	1割	41	1回毎	介護認定の方	保険対象
		2割	81			
		3割	122			
送迎を行わない場合	476 （47単位）	1割	48	片道	介護認定の方	保険対象
		2割	96			
		3割	143			
同一建物に住する利用者の減算	953 （94単位）	1割	96	1回	介護認定の方	保険対象
		2割	191			
		3割	286			
介護職員等処遇改善加算（1）	所定単位数の92/1000に地域区分を乗じた金額	1割	左記の1割	1か月の総単位数に1回	介護認定の方	保険対象
		2割	左記の2割			
		3割	左記の3割			

○ 第一号通所事業 【東栄町 地域区分（7級地、1単位=10.14円）を乗じた表示】

サービス項目	金額（円）	自己負担分（円）		算定回数	対象者	備考
サービス提供体制強化加算（1）	892 （88単位）	1割	90	1か月毎に1回	基本チェックリスト 該当者 要支援1の方	保険対象
		2割	179			
		3割	268			
サービス提供体制強化加算（1）	1784 （176単位）	1割	179	1か月毎に1回	要支援2の方	保険対象
		2割	357			
		3割	536			
介護職員等処遇改善加算（1）	所定単位数の92/1000に地域区分を乗じた金額	1割	左記の1割	1か月毎に1回	基本チェックリスト 該当者 要支援1の方	保険対象
		2割	左記の2割			
		3割	左記の3割			
介護職員等処遇改善加算（1）	所定単位数の92/1000に地域区分を乗じた金額	1割	左記の1割	1か月毎に1回	要支援2の方	保険対象
		2割	左記の2割			
		3割	左記の3割			

* 上記の金額は目安の金額であり、円未満の端数処理等により誤差が生じることがあります。

冬季インフルエンザの対応について

平成31年4月1日

- 1、インフルエンザ予防接種を出来るだけ受けて頂くようお願いいたします。
- 2、送迎時、かぜ症状の有無などについて様子をご利用ごとにお伺いします。
利用される当日の朝に、出来る限り体温計測をお願いいたします。37.5℃以上ある場合は
利用中止し、自宅療養・受診をお願い致します。
- 3、ご本人に発熱等の症状がある場合は受診をして頂き、感染が認められた場合は自宅療養を
お願い致します。解熱後3日間発熱等が無ければご利用ください。
- 4、同居の家族が感染されている場合も“濃厚接触者”として感染拡大防止の為、サービスの利用を
控えて頂きますようお願い致します。
- 5、ご利用中に「鼻水・発熱・咳」等の症状が見られる場合は、ご家族対応にて受診して頂き、受診先の
医師に利用可能かの判断を仰いで頂き、利用不可能と判断された場合はサービス利用を控えて
頂き自宅療養をお願い致します。
- 6、併施設内にて集団感染が発生した場合、感染拡大防止の為サービスの提供を自粛させていただく
場合がございます。

指定居宅サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

やまゆり荘(通所介護)

説明者 通所介護事業所 生活相談員 青山浩之 印

私は、本書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 愛知県北設楽郡東栄町大字

氏名 _____ 印

家族代表者 住所 _____

氏名 _____ 印

この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条及び第125条の規程に基づき、利用申し込み者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。