

指定通所介護 重要事項説明書

指定通所介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

1 事業の目的と運営方針

社会福祉法人愛染会（以下「事業者」という。）が開設する指定通所介護デイサービスセンターあいランド（以下「事業所」という。）は、介護保険法令に従い、事業所の職員等（以下「職員」という。）が要介護状態と認定された利用者に対し、その利用者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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

2 事業者（法人）の概要

事業者（法人）	社会福祉法人 愛 染 会
所在地	〒010-0134 秋田県秋田市上新城道川字愛染58番地
代表者	理事長 白 岩 和 弘
設立年月日	平成6年7月14日
電話番号	018-870-2001

3 事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所	デイサービスセンターあいランド
指定番号	0570113498
所在地	〒011-0947 秋田県秋田市飯島新町1丁目3番15号
管理者	福 嶋 由 美 子
開設年月日	平成17年10月1日
電話番号	018-880-6688
F A X 番号	018-880-6122
メールアドレス	ailand@aizen-kai.com
サービス提供地域	秋田市内(雄和、河辺地区を除く)、潟上市天王追分地区とする。
送迎範囲	サービス提供地域に同じ

(2) 設備の概要

食堂兼機能訓練室	128.45㎡	相 談 室	1室
浴 室	一般浴 2か所	送 迎 車	5台
静 養 室	23㎡		

(3) 事業所の従業者体制

職 種	職務の内容	員 数
管 理 者	業務の一元的な管理	1 名
生 活 相 談 員	利用者・家族への相談援助、地域との連絡調整	2名以上
介 護 職 員	介護業務	3名以上
看護師又は准看護師	健康・保健衛生管理	1名以上
機能訓練指導員	機能訓練等の指示・助言	1 名以上
その他の従業者	事務・運転・清掃等	必要数

(4) 営業日等と定員

営 業 日	月曜日から土曜日まで（ただし年末年始12月30日～1月3日を除きます）
営業時間	8時30分 ～ 17時30分
サービス提供時間	9時20分 ～ 16時30分
定 員	25名

4 サービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス

次の指定通所介護については、食費を除き、通常9割（～7割）が介護保険から給付されます。
「5利用料等」をご確認ください。

① 通所介護計画の作成

ア 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、「居宅サービス計画（ケアプラン）」に沿って「通所介護計画」を作成します。ただし、緊急に指定通所介護が必要な場合は、居宅サービス計画等が作成される前であっても、指定通所介護の提供はできます。

イ 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、通所介護の目標を設定し、「通所介護計画」に基づき指定通所介護を計画的に行います。

ウ 利用者が書面により指定通所介護の内容や提供方法等の変更を希望する場合、その変更が「居宅サービス計画」の範囲内で可能なときは、速やかに「通所介護計画」の変更等の対応を行います。

エ 「通所介護計画」の作成及び変更にあたっては、その内容を利用者及び代理人に対し、説明し同意を得て交付します。

② 送 迎

身体状況に合った車輛に配慮し、事業所と自宅間（居住実態がある場所を含む）の送迎を行います。

③ 入 浴

利用者の心身の状況等に応じて、安全でくつろげる入浴をモットーにしております。

そして、自立支援や日常生活動作能力の向上のため、更衣は極力利用者自身の力で行っていただき、必要に応じて介助、転倒予防のための声掛け、気分の確認など行います。

そして、足元に不安な方にも安心して入浴していただけるようスロープ付きの浴槽も用意しております。

④ 健康管理

利用者の自宅での様子や病歴等の情報を基に状態を把握し、当日の心身状態から体調確認しながら「普段とは違う」という変化を見逃すことなく、ご家族・主治医等と連携を取り、楽しく過ごしていただきます。

⑤ 機能訓練

利用者の心身の状況等に応じて、自立した日常生活を営む上で必要な生活機能の改善又は維持するための機能訓練を実施します。

⑥ 相談・援助

在宅生活が快適に送れるよう、生活相談や健康相談など暮らしに関する相談に応じます。

⑦ その他（介護等）

利用者の心身の状況等に応じて、自立した日常生活を営む上で必要な日常生活上の世話、介護、レクリエーションや行事などを行います。

- ・ おむつ利用の方はおむつを持参ください。
- ・ レクリエーションや行事によっては、別途参加料がかかるものもあります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

事業所は、利用者又は代理人との合意に基づき、以下の介護保険給付対象外サービスを提供するものとします。

① 食事

利用者の身体状況・嗜好を考慮した食事を提供します。また、利用者の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂等で食事を摂ることを支援します。

② おむつの提供

③ その他（日常生活において通常必要となるものの提供）

5 利用料等

指定通所介護を利用した場合の「基本利用料」は以下の通りです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。ただし、支払方法が償還払いになる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。その場合、お支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 基本部分（通常規模型通所介護費）

*表は1単位10円です。

		単位数 (1単位10円)	費用額 (10割)	利用者負担額		
				1割	2割	3割
所要時間 4 時間以上 5 時間未満の 場合	要介護 1	388単位	3,880円	388円	776円	1,164円
	要介護 2	444単位	4,440円	444円	888円	1,332円
	要介護 3	502単位	5,020円	502円	1,004円	1,506円
	要介護 4	560単位	5,600円	560円	1,120円	1,680円
	要介護 5	617単位	6,170円	617円	1,234円	1,851円

所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合	要介護 1	658単位	6,580円	658円	1,316円	1,974円
	要介護 2	777単位	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護 3	900単位	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	要介護 4	1,023単位	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護 5	1,148単位	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

(2) 加算・減算

要件を満たす場合には、上記の基本部分に料金が加算又は減算されます。

*表は1単位10円です。

【加算・減算名】		単位数	費用額 〈10割〉	利用者負担額		
				1割	2割	3割
① 入浴介助加算	(Ⅰ)	40 単位/日	400 円	40 円	80 円	120 円
	(Ⅱ)	55 単位/日	550 円	55 円	110 円	165 円
②生活機能向上連携加算 ※個別機能訓練加算を算定している場合	(Ⅰ)	100 単位/月	1,000 円	100 円	200 円	300 円
	(Ⅱ)	200 単位/月	2,000 円	200 円	400 円	600 円
	(Ⅱ)※	100 単位/月	1,000 円	100 円	200 円	300 円
③個別機能訓練加算	(Ⅰ)イ	56 単位/日	560 円	56 円	112 円	168 円
	(Ⅰ)ロ	76 単位/日	760 円	76 円	152 円	228 円
④ADL 維持等加算	(Ⅰ)	30 単位/月	300 円	30 円	60 円	90 円
	(Ⅱ)	60 単位/月	600 円	60 円	120 円	180 円
⑤口腔・栄養スクリーニング加算	(Ⅰ)	20 単位/回	200 円	20 円	40 円	60 円
	(Ⅱ)	5 単位/回	50 円	5 円	10 円	15 円
⑥口腔機能向上加算	(Ⅰ)	150 単位/回	1,500 円	150 円	300 円	450 円
	(Ⅱ)	160 単位/回	1,600 円	160 円	320 円	480 円
⑦科学的介護推進体制加算		40 単位/月	400 円	40 円	80 円	120 円
⑧送迎を行わない場合		片道につき 47 単位減				
⑨サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	22 単位/回	220 円	22 円	44 円	66 円
⑩介護職員等処遇改善加算		(Ⅰ)	1 月につき所定単位の 9.2%増			

① 定員超過又は職員欠如に該当する場合の減算

事業所の利用定員を上回る利用者の利用又は事業所の看護職員及び介護職員の人員基準上満たすべき員数を下回っている場合に一定割合を減算

② 高齢者虐待防止措置未実施減算

虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合

③ 業務継続計画未策定減算

感染症や非常災害の発生時において業務継続計画（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の計画の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画）を策定していない、又は業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合

④ 2 時間以上 3 時間未満の通所介護を行う場合の減算（4 時間以上 5 時間未満限定）

利用者側のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難な方が通所介護サービスを利用する場合

- ⑤ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の取扱い
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、基本部分に一定割合を加算
- ⑥ 入浴介助加算
入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している場合
- ⑦ 個別機能訓練加算
機能訓練指導員により個別機能訓練計画を実施した場合
- ⑧ ADL維持等加算
利用者の日常生活動作（ADL）を Barthel Index（バーセルインデックス）という指標を用いて、6月ごとの状態変化がみられた場合
* Barthel Index（バーセルインデックス）広く用いられているADLを評価する指標です。食事、車いすからベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの10項目を5点刻みで点数化し、その合計を100点満点で評価する仕組みです。サービスの提供とその評価を実施した場合
- ⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算
利用者の口腔の健康状態・栄養状態に関する情報を6月ごとに担当介護支援専門員に提供した場合
- ⑩ 口腔機能向上加算
言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置しかつ利用開始時に利用者の口腔機能を把握した上で口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスの提供と定期的な評価を行っている場合
- ⑪ 科学的介護推進体制加算
さまざまなケアにより記録している利用者の状態像に関する情報について、科学的介護情報システム（LIFE・ライフ）へのデータ提出とフィードバックの活用により、PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みを実施した場合
- ⑫ 送迎を行わない場合
利用者が自ら事業所に通う場合や利用者の家族が事業所への送迎を行う場合、片道につき所定単位数を減算
- ⑬ サービス提供体制強化加算
介護福祉士の資格者等、経験豊富な職員を一定の割合配置
- ⑭ 介護職員等処遇改善加算
介護職員のキャリアアップの仕組みの構築、職場環境改善の実施事業所に対して支給される

(3) その他の費用

食 費	食事代 700円
レクリエーションや行事に要する費用	実費

6 利用料金のお支払方法

利用料は、1月ごとに計算し、翌月の10日までにご請求いたしますので、14日以内にお支払いください。次のいずれかの方法でお支払いをお願いします。

- ① 銀行振込
- ② 現金持参

7 サービスの中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者又は代理人の都合により、指定通所介護の利用を中止、変更、又は新たな指定通所介護の利用を追加することができます。この場合には指定通所介護の実施日の前日までに事業所に申し出てください。
- ② 利用を中止する場合は、前日までに連絡ください。
- ③ 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利用者の希望する期間に指定通所介護の提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者又は代理人に提示して協議します。

8 代理人等について

(1) 事業所では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

- ① 代理人は、利用者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
- ② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業所と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。
- ③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

(2) 代理人の職務は、次の通りとします。

- ① 利用者に代わって又は利用者とともに、契約書第8条3項、第10条3項、第20条1項、第21条1項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他利用者を代理して行う意思表示、事業所の意思表示や報告・通知の受領、事業所との協議等を行うこと。
- ② 利用者を代理して、又は利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

(3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。

利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担すること。

(4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、事業所に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

(5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

- ① 連帯保証人の負担は、極度額〇〇円を限度とします。連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
事業所は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ② 連帯保証人が死亡または破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

(1) ご来所の際

- ① 利用者又は代理人は、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。
- ② 利用者は、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ください。

(2) 禁止行為

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

- ① 喫煙・飲酒・飲食等
- ② 職員又は他の利用者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとり
- ④ 職員に対する贈物や飲食のもてなし
- ⑤ 職員及び他の利用者に対する身体的・精神的暴力
- ⑥ その他決められた以外の物の持ち込み

10 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

11 非常災害対策

事業所は、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消防計画を作成し、消防計画に基づき、職員等の訓練を行います。

12 事故発生時の対応

指定通所介護の提供により事故が発生した場合には、代理人、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。

13 身体拘束の禁止

原則として、利用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、事前に利用者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用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。

14 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して職員の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います

15 守秘義務に関する対策

事業所及び職員は、業務上知り得た利用者及び代理人の秘密を洩らさないことを厳守します。また、退職後においてもこれらの秘密を漏らさない旨を、職員との雇用契約の内容としています。

16 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

・当センター窓口

苦情・相談受付担当者 生活相談員 藤田奈津美、織山良子

苦情・相談解決責任者 管理者 福嶋 由美子

ご利用時間：月～土曜日 9時20分～16時30分

ご利用方法 電話 018-880-6688

・当センター以外の関係機関

秋田市 介護保険課 電話018-888-5672

潟上市 高齢福祉課 電話018-853-5323

秋田県国民健康保険団体連合会 電話018-862-6864

・第三者委員

氏名 住吉洋子 住所 秋田市飯島新町2-12-18 電話番号 018-845-9220

氏名 渡邊裕子 住所 秋田市飯島道東2-1-41 電話番号 018-845-4656

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談に乗っていただける委員です。

17 損害賠償

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者又は代理人に故意又は過失が認められた場合には、利用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。

事業所は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業所は損害賠償責任を免れます。

- ① 利用者又は代理人が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ② 利用者又は代理人が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業所が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④ 利用者又は代理人が、事業所及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

同意書

令和 年 月 日

指定通所介護の開始に当たり、利用者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し交付しました。今後、この重要事項説明書に変更が生じた場合は、文書にてお知らせし、同意をいただくこととします。

<事業所>

所在地 秋田県秋田市飯島新町一丁目3番15号
事業所名 デイサービスセンターあいらんど
説明者 印

私は、利用契約書及び本書面により、事業所から指定通所介護について重要事項説明を受け同意しました。

<利用者（契約者）>

住 所

氏 名 印

電話番号

<代理人>

住 所

氏 名 印

電話番号

<連帯保証人兼身元保証人>

住 所

氏 名 印

電話番号

(ご関係)