

地域密着型通所介護重要事項説明書

1 事業者

法人の名称	社会福祉法人下総会
所在地	千葉県成田市名木192番地
代表者氏名	理事長 富澤 誠
電話番号	0476-96-4165

2 事業の目的及び運営

①事業の目的

等事業所は在宅福祉の担い手として、要介護状態等となった場合においても、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、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り、

「在宅生活の安定と生活の援助」を目的とします。

②運営の方針

等事業所において提供する地域密着型通所介護は、介護保険法並びに各法令に沿ったものとして利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、常に提供したサービスの質の管理、評価等を行います。一人ひとりに地域密着型通所介護計画書を作成し、必要とするサービスを的確に把握し計画に沿った地域密着型通所介護を提供します。

2 施設概要

事業所名	老人デイサービス事業名木の里
所在地	千葉県成田市名木192番地
管理者名	鈴木 宗次
サービス提供責任者名	白石 喜美
生活相談員	上原 明日佳
電話番号	0476-96-4165
FAX番号	0476-96-4166
介護保険指定番号	地域密着型通所介護 (12A1600117号)

②サービス概要

定員	地域密着型通所介護（総合事業含む） 17名/1日
通常事業の実施対象地域	成田市
営業日	月～金曜日
営業時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：30～16：00

③設備概要

食堂兼機能訓練室	162.85m ²
静養室	21.70m ²
相談室	9.6m ²
脱衣室	33.94m ²
事務コーナー	12.17m ²
浴室	38.44m ² 個別浴槽 1か所 一般浴槽 1か所 特殊浴槽 1か所
送迎車両	6台

3 職員体制

職 種	常 勤	非 常 勤	合 計
管 理 者	1名		常勤 1名
生活相談員	1名		常勤 1名
機能訓練指導員 理学・作業療法士	1名	2名	常勤 1名 非常勤 2名
管理栄養士	1名		常勤兼務 1名
歯科衛生士	1名		常勤兼務 1名
看護職員	1名		常勤兼務 1名
介護職員	2名	1名	合計 3名 (内1名介護福祉士)
労務職		3名	非常勤 3名
虐待防止担当者		サービス提供責任者	白石 喜美

4 施設サービスの概要

地域密着型通所介護計画書に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要な介護等を行います。

種 類	内 容
送 迎	リフト車両の用意もごぞいます。 身体状況に合った車輛に配慮し、送迎を行います。
入 浴	普通浴と一部介助を要する方用の介助浴があります。 寝たきり等で座位のとれない方は特殊浴槽を用いての入浴も可能です。
機 能 訓 練	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体残存機能の低下防止に努めます。
健 康 管 理	看護職等による体温・血圧・脈等の健康チェックを行います。 必要に応じ、かかりつけ医師の指示による処置も行います。

食 事	普通食・粥食・刻み食等体調に合わせた食事を提供します。 経管栄養の方は栄養剤と医療材料は利用毎に持参していただきます。
生活相談	介護保険や福祉行政手続き、その他何でも相談を受け賜ります。

5 当施設が提供するサービスと利用料金

※地域区分4級地のため、1単位が10.54円になります。

※1日あたりの自己負担額はあくまで目安の金額になりますのでご了承ください。

(1) 基本料金

地域密着型通所介護 【6時間以上7時間未満】

	1日の介護報酬額 (円)	ご利用者様負担額 (1日/円) 1割負担	ご利用者様負担額 (1日/円) 2割負担	ご利用者様負担額 (1日/円) 3割負担
要介護度 1	7,146	715	1,429	2,144
要介護度 2	8,443	844	1,689	2,533
要介護度 3	9,750	975	1,950	2,925
要介護度 4	11,056	1,106	2,211	3,317
要介護度 5	12,353	1,235	2,471	3,706

(
2

) 施設の体制によって加算される料金

① サービス提供体制強化加算 I

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上である場合に加算されます。
または、勤続年数10年以上で介護福祉士の占める割合が25%以上で加算されます。

サービス提供体制 強化加算 I	単位数 (1日)	ご利用者様負 担分 (1割)	ご利用者様負 担分 (2割)	ご利用者様負 担分 (3割)
	22単位	23円	46円	69円

② 介護職員処遇改善加算 I

介護職員の処遇全般を改善している事業者へ加算されます。

所定単位数に11.7%を乗じた単位数を加算します。

(所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、
当該加算は区分支給限度額の算定対象から除外されます。)

(3) 個別に加算される料金

① 個別機能訓練加算 I イ

機能訓練指導員の職務に従事する職員を1名以上配置し、利用者ごとの心身等の状況に応じて機能訓練実施計画を策定し、心身機能の維持、向上を目的とした訓練を行

った場合に算定されます。

個別機能訓練加算Ⅰイ	単位数 (1回)	ご利用者様負担分 (1割)	ご利用者様負担分 (2割)	ご利用者様負担分 (3割)
	56単位	59円	118円	177円

②入浴介助加算Ⅰ

入浴介助を行った場合に算定します。入浴介助に関わる職員は研修等を行うこと。

入浴介助加算Ⅰ	単位数 (1日)	ご利用者様負担分 (1割)	ご利用者様負担分 (2割)	ご利用者様負担分 (3割)
	40単位	42円	84円	126円

③口腔機能向上加算Ⅰ

口腔機能が低下している又はその恐れのある利用者に対し、サービス担当者が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に基づく適切な口腔機能向上サービスの提供、定期的な評価、計画の見直し等の一連のプロセスを行うこと。(月2回まで)

口腔機能向上加算Ⅰ	単位数 (1回)	ご利用者様負担分 (1割)	ご利用者様負担分 (2割)	ご利用者様負担分 (3割)
	150単位	158円	316円	474円

④送迎減算

送迎を実施しなかった場合片道につき47単位を減算する。

送迎減算	単位数 (1日)	ご利用者様負担分 (1割)	ご利用者様負担分 (2割)	ご利用者様負担分 (3割)
	47単位	-49円	-98円	-147円

※通常のご請求金額は【介護報酬の月額＝全単位数の合計×地域加算】で算出しますが、当該料金表においては、便宜上「日額」を表記しているために【介護サービス費・加算の日額＝1日の単位数×地域加算】としています。その為、最終的にご請求する合計金額(月額)に多少の差異が生じる場合がございますことをご了承ください。

(4) その他自己負担となるもの

<p>昼食費の内訳 昼食代630円 おやつ代120円</p>	<p>750円/日 外出行事時、昼食を施設外で食したときは、利用者各自も実費負担となりますが、外出後施設に戻りおやつのみ食したときは、おやつ代として120円を徴収します。</p>				
<p>事務手数料</p>	<p>162円/月 利用料金の自動引き落としに伴う手数料を請求させていただきます。</p>				
<p>レクリエーション費</p>	<p>100円/月 レクリエーションにかかる費用として毎月請求させていただきます。</p>				
<p>バスタオル使用料金</p>	<p>35円/枚 入浴後、施設のバスタオルの利用を希望される場合は請求させていただきます。</p>				
<p>記録物複写費用</p>	<p>A4・1枚につき10円</p>				
<p>通常の実施地域を超えた場合の交通費</p>	<table> <tr> <td>通常事業の実施対象地域</td> <td>介護報酬に含む</td> </tr> <tr> <td>通常事業の実施外対象地域</td> <td>50円/km</td> </tr> </table>	通常事業の実施対象地域	介護報酬に含む	通常事業の実施外対象地域	50円/km
通常事業の実施対象地域	介護報酬に含む				
通常事業の実施外対象地域	50円/km				
<p>キャンセル料金 (食費に該当する金額)</p>	<table> <tr> <td>利用日前日のご連絡</td> <td>キャンセル料は不要です。</td> </tr> <tr> <td>ご利用日当日のご連絡</td> <td>750円(食費分)</td> </tr> </table>	利用日前日のご連絡	キャンセル料は不要です。	ご利用日当日のご連絡	750円(食費分)
利用日前日のご連絡	キャンセル料は不要です。				
ご利用日当日のご連絡	750円(食費分)				

施設の紙オムツを使用した時は別紙のと通りの請求となりますのでご理解下さい。

※ デイサービスお休みする場合の原則

- ・当日お休みする場合は、原則として午前中の8時～8時30分まで連絡をお願い致します。
- ・お休み連絡がなく、お迎えをしてその場でキャンセルされた場合にキャンセル料が発生する場合があります。体調面に明らかに問題がある場合キャンセル料は発生しません。
- ・当日お休みの連絡をしたが、再度ご利用されたい場合は送迎車が出ておりますのでお迎え対応が
難しいため、御家族様の送迎対応をお願い致します。お送りする際に、送迎等により職員が不在の場合もありますので9時30分以降でよろしくお願い致します。その際には、検温等もあらかじめよろしくお願い致します。
- ・当日の朝になって利用したいという要望については、原則としてお受けできません。
利用したい場合は前日までに、御家族様または各ケアマネジャーより連絡をお願い致します。

別紙・施設の紙オムツを利用した場合の実費料金

商品名	1枚当たりの金額	備 考
いちばん幅広簡単テープ タイプ ライトM 24枚	60円	デイサービスの物を使用 時に請求致します。
いちばん幅広簡単テープ タイプ サイズL 24枚	70円	デイサービスの物を使用 時に請求致します。
いちばん パンツライト サイズM~L 20枚 シルパートップ	50円	デイサービスの物を使用 時に請求致します。
いちばん パンツライト サイズL-LL シルパートップ	60円	デイサービスの物を使用 時に請求致します。
ウルトラロングお肌 安心パット 30枚 大判おまかせ1200 小判パット 30枚	20円	デイサービスの物を使用 時に請求致します。

※ あらかじめ、ご利用時にいくつかパット類・オムツ類を3枚くらいは
持参下さい。毎月の月末締めでまとめて請求させていただきます。

(5) お支払い方法

ご利用当月の末締めで、当月ご利用料金の請求書を翌月10日頃までに発行します。
翌月27日（27日が銀行休業日の場合は翌営業日）に利用者が指定した口座より自動引き落としを行います。又、自動引き落としの申込が完了する以前に発生した利用料金については下記口座まで銀行振込にてお支払いください。

当施設の銀行口座

金融機関	千葉興業銀行
支店	佐原支店
口座	普通
番号	1018945
名前	社会福祉法人下総会特別養護老人ホーム名木の里施設長鈴木宗次

金融機関	佐原信用金庫
支店	下総支店
口座	普通
番号	0131962
名前	特別養護老人ホーム名木の里施設長鈴木宗次

- ※ 1ヶ月以上の支払いがない場合は、サービスをご遠慮していただく場合があります。
お支払いがない場合に、デイサービス職員または、名木の里事務所職員より、緊急連絡先へ電話連絡させていただきますのでご了承ください。

6 サービスの利用方法

①サービスのご利用方法

- (1) 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。
- (2) ご自身で、もしくはご家族様の方が居宅サービス計画を作成している場合は、お電話等で申し込みください。

②サービスのご利用開始

当事業所の職員がご自宅に訪問します。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービスの提供

を開始します。初回の利用時には後期高齢者医療保険者証を初回利用時にご提出をお願いします。健康診断書、または、血液検査の結果がわかるものをご提出をお願いします。現在、内服されている服薬説明書もご持参下さい。

③サービスの終了

(1)お客さまのご都合でサービスを終了する場合には、サービスの終了する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

(2)人員不足等でやむを得ず、当施設の都合でサービスを終了させていただく場合がございます。その場合には、終了1ヶ月前までに文書でご通知いたします。

(3)自動終了

下記の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客さまが介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客さまの要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客さまがお亡くなりになった場合、若しくは、被保険者資格を喪失したとき

(4)その他

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客さまに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当施設が倒産又は事業を休止した場合にサービスを終了いたします。
- ・お客さまやご家族などが当施設のサービス従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書でご通知後、サービスを終了させていただきます。
- ・お客さまが、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30日以内に支払われない場合にはサービスを終了いたします。

7 サービスの利用に当たっての留意事項

- ①お客さまが体調不良の場合（不機嫌な状態等も）係りにお申し出ください。
- ②食事は、普通食、粥食、刻み食の対応をいたしますので、お申し出ください。
- ③レクリエーション等の予定表をお配りしますので、参加をお申し出ください。
- ④ご利用された日のお受けになったサービス内容をご報告いたします。
- ⑤金銭及び貴重品の管理は、自己責任でお願いします。多額の現金の持ち込みは禁止です。
- ⑥自宅からの食べ物の持込はノロウイルス対策の一環として禁じております。

- ⑦デイサービス中の利用者様同士の金品、食品などの授受はご遠慮ください。又、職員に対する贈物をご辞退申し上げます。ご了承ください。

8 健康上の理由による中止

次の事由に該当する場合、利用中でもサービスを中止し、退所して頂く場合があります。

- ①風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果、体調が**悪い**場合、サービス内容の**変更**又は中止することがあります。
す。この場合、ご家族に連絡のうえ、適切に**対応**致します。
- ③利用中に体調が**悪**くなった場合、サービスを中止することがあります。この場合、ご家族に**連**絡のうえ、適切な**対応**を致します。必要に応じて、速やかに主治医に連絡をとる等必要な**措**置を講じます。
(注) サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替える事ができます。ただし定員分の予約が入っている日は振り替えできませんのでご了承ください。

9 非常防災対策

災害時は当施設の災害対策規定に基づいた**対応**をします。

防災設備	スプリンクラー設備 非常通報設備（消防署直通）
防災訓練	避難訓練を、年 2 回以上実施します。
防火管理者	鈴木 宗次

10 業務継続計画の策定

- ① 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者**対**する指定地域密着型通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- ② 当事業所は、従業員**対**し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。

- ③ 当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

1.1 感染症対策の強化

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行うこととします。

1.2 認知症介護基礎研修の受講の義務付け

当事業所は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくために、介護に直接関わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者についても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ものとします。

1.3 サービス内容に関する相談・苦情窓口

- ① 当施設における苦情の受付

苦情受付担当者・・・相談員 上原 明日佳

苦情解決責任者・・・管理者 鈴木 宗次

電話 0476-96-4165 FAX 0476-96-4166

- ② 行政機関その他苦情受付機関

成田市役所福祉部介護保険課	〒286-8585 千葉県成田市花崎町760番地 電話 0476-20-1545（代表）
千葉県国民健康保険連合会介護保険課	〒286-8585 千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4-3 電話 043-254-7426（代表）
千葉県社会福祉協議会運営適正化委員会	〒260-0026 千葉県千葉市中央区千葉港4-3 電話 043-246-0294（代表）

1.4 高齢者虐待防止に関する事項

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- ② 虐待防止のための指針の整備
- ③ 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ④ 虐待防止措置を適切に実施するための担当者の設置

当事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速

やかに、これを 市町村に通報するものとします。

1.5 身体拘束の禁止

原則として、契約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契約者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の契約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。

1.6 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- ② 利用者に対する通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって対応し、必要に応じて損害賠償を行います。

私は、本書面に基づいて事業者から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

利用者	住所	〒	
	氏名	印	
代理人	住所	〒	
	氏名	印	

地域密着型通所介護サービス提供にあたり、利用者に対して本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者	当事業者は、指定地域密着型通所介護事業所として利用者の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める各種サービスについて誠実に責任を持って行います。		
	所在地	〒289-0111 千葉県成田市名木192番地	
	名称	社会福祉法人下総会	
	代表者名	理事長 富澤 誠	印
	電話	0476-96-4165	FAX