

# 指定通所介護・第1号通所介護

## 重要事項説明書

<令和 年 月 日現在>

### 1 利用者（被保険者）

利用者氏名	様									
被保険者番号										
要介護認定区分	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5									
要介護認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで									

### 2 事業所の概要

#### (1) 提供できるサービスの地域と種類

介護サービスの種類	通所介護・第1号通所介護
事業所名	ハートケアきらら デイサービス
指定番号	3570103907
所在地	下関市大字福江1425-1
管理者の氏名	野村 博子
電話・FAX 番号	TEL/FAX 083-262-3401/083-262-3402
サービス提供地域	下関市（離島を除く）

#### (2) 営業日及び営業時間

	営業時間 ・(サービス提供時間)
月曜日から土曜日まで	8:30~17:30 ・(9:00~16:30)
祝日	8:30~17:30 ・(9:00~16:30)

※ 緊急時、状況変化時はこの限りでない。

※ 1月1日～1月3日は休日。

### (3) 職員の勤務体制

#### 一 管理者：1名（常勤専従）

管理者は、センターの従業員の管理及び業務の管理を一元的に行い、従業者に対し、指揮命令を行うものとする。

#### 二 生活相談員 4名（常勤：管理者、介護職員と兼務 3名、非常勤：介護職員と兼務 0名）

生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、センター内のサービスの調整、居宅支援事業者等他の機関との連携を図る。

#### 三 介護職員：13名（常勤：管理者 1名、生活相談員と兼務 4名）（非常勤：生活相談員と兼務 0名、専従 8名）

介護職員は、指定地域密着型通所介護、指定第 1 号通所事業の提供に当たり利用者の心身の状況等を明確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行う。

#### 四 機能訓練指導員：3名（常勤：看護職員と兼務 1名）（非常勤：看護職員と兼務 2名）

機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練等を行う。

#### 五 看護職員 3名（常勤：機能訓練指導員と兼務 1名）（非常勤：機能訓練指導員と兼務 2名）

### (4) 施設の設備等

定員	31 名	静養室	1 室
食堂	1 室	相談室	1 室
機能訓練室	1 室	事務室	1 室
浴室	一般浴槽	送迎車	3 台

## 3 事業の目的と運営方針等

### (1) 事業の目的

有限会社ライフプラスが開設する、ハートケアきらら デイサービス（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護及び第 1 号通所サービスの事業(以下「事業」という。)の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者、生活相談員、その他の従業員（以下「生活相談員等」という。）が要支援状態又は要介護状態（以下「要介護状態等」という。）となった高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

- 1 事業所の生活相談員等は、要支援及び要介護状態等となった場合においても、その心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るよう、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精神的負担の軽減を図るものとする。

- 2 事業の実施にあたっては、関係市町村、指定居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める

(3) サービスの特徴

- \* 家庭的な雰囲気施設の施設
- \* 自由な時間をゆっくりと過ごせる施設
- \* 必要に応じて個別に対応できる施設

#### 4 サービスの内容

- |                  |         |
|------------------|---------|
| ① 健康状態の確認        | ⑤余暇活動   |
| ② 生活指導           | ⑥送迎サービス |
| ③ 介護サービス         | ⑦入浴サービス |
| ④ 介護方法の指導（ご家族の方） | ⑧給食サービス |

#### 5 利用者負担金

(1) 通常規模型通所介護費利用者負担金

【サービス費】（1日ご利用の場合：1割であれば）

		3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満
要介護 1	サービス費	3700 円	3880 円	5700 円	5840 円	6580 円
	利用者 負担金	370 円	388 円	570 円	584 円	658 円
要介護 2	サービス費	4230 円	4440 円	6730 円	6890 円	7770 円
	利用者 負担金	423 円	444 円	673 円	689 円	777 円
要介護 3	サービス費	4790 円	502 円	7770 円	7960 円	9000 円
	利用者 負担金	479 円	502 円	777 円	796 円	900 円
要介護 4	サービス費	5330 円	5600 円	8800 円	9010 円	10230 円
	利用者 負担金	533 円	560 円	880 円	901 円	1023 円
要介護 5	サービス費	5880 円	6170 円	9840 円	10080 円	11480 円
	利用者 負担金	588 円	617 円	984 円	1008 円	1148 円

- ※ 前表設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安を基準とします。
- ※ お客様のご都合で早退された場合、時間短縮の料金にはなりませんのでご了承ください。
- ※ 尚一定以上所得がある場合は、自己負担額が記載金額の 2 倍又は 3 倍となります

【加算分】

サービス内容	利用者負担金	備考
入浴介助を行った場合	40円	1日につき
個別機能訓練加算Ⅱ	56円	1日につき
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に90/1000	1か月
通所介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数に1.1%加算	1ヶ月

※個別機能訓練加算Ⅱ 実施時間 9:00～15:00

(2) 第1号通所介護費利用者負担金

要支援1	サービス費	月5回以上1月につき	16,720円
		月4回以下1回につき	3,840円
	利用者負担金	月5回以上1月につき	1,672円
		月4回以下1回につき	384円
要支援2	サービス費	月9回以上1月につき	34,280円
		月8回以下1回につき	3,950円
	利用者負担金	月9回以上1月につき	3,428円
		月8回以下1回につき	395円

※送迎・入浴は負担金に包括されています。有料老人ホームと併設のため第1号通所介護送迎減算が発生します。利用者負担金より要支援1の場合376円、要支援2の場合752円減算となります。

【加算分】

サービス内容	利用者負担金	備考
運動機能向上加算	225円	1月につき

※運動機能向上加算 実施時間 13:00～15:00

(3) その他の費用

(1～2)のほか利用者は、サービスの利用によって下記の利用料金をいただきます。

種類	利用者負担金	備考
食材料費(おやつ代含む)	1食 710円	
オムツ代	1枚 100円	
パット代	1枚 50円	
日常生活に要する費用で 本人負担となるもの	要した費用の実費	

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則としてサービス費の１割をお支払いいただきます。（一定以上所得者の場合は２割又は３割となります。）
- ② サービスが介護保険の適用を受けない部分については、サービス費全額（１０割）をお支払いいただきます。
- ③ 保険料の滞納などにより、サービス費の１割の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

#### （４）利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月１０日までに利用者に請求し、利用者は、月末までに現金にて支払います。口座振替をされている場合、銀行は毎月１日、郵便局は毎月１０日の引落としとなります。

＊ハートケアきらら有料ホームに居住している利用者に関しては  
 デイサービス利用時の昼食代は、有料ホームの食費に含んでいます。  
 重複しない為にデイサービスからの請求にはあけておりません。

#### （５）領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

### 6 サービス利用にあつたての留意事項

利用者が入浴室及び機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとでの使用となります。

＊その他

喫煙・飲酒	飲酒は禁止、喫煙は指定された場所
迷惑行為等	迷惑行為が有れば、その都度、注意指導致します
貴重品の管理	出来る限り持ち込まない 持ち込む場合は自己管理

### 7 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊迫の事態に備え、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等の対策をたて、年２回利用者及び従業員の訓練を行います。

### 8 緊急時の対応方法

1. サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、地域包括支援センター、第１号介護事業者などへ連絡をします。
2. サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合は、避難等の措置を講じま

す。

## 9 提供するサービスの第三者評価の実施状況

現在のところ、当サービスにつきまして、第三者評価の実施はしておりません。

## 10 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・居宅介護支援事業所、当該ご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況の記録等から事故再発防止の為の措置を講じます。サービス提供により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。ただし、事業所の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

## 11 相談窓口、苦情対応

★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。

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者	野村 博子
	ご利用日	月曜日～土曜日 ※1/1～1/3を除く
	ご利用時間	8：30～17：30
	ご利用方法	TEL 083-262-3401
		FAX 083-262-3402
	住所	下関市大字福江1425-1

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

お問い合わせは・・・

山口県国民健康保険団体連合会

住所：山口市朝田1980番地7 国保会館

TEL：083-995-1010 FAX：083-934-3665

受付日 月曜日～金曜日 受付時間 9：00～17：00

（土、日、祝日、年末年始を除く）

下関福祉部介護保険課事業者係

住所：下関市南部町21-19 下関市商工会館4階

TEL：083-231-1371 FAX：083-231-2743

受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8：30～17：15

（土、日、祝日、年末年始を除く）

## 12 支援事業者（本社）の概要

名称・法人別	有限会社 ライフプラス
代 表 者 名	代表取締役 立テ 俊典

本社所在地 連絡先	所在地 下関市豊前田町3-2-7 TEL・FAX 番号 083-228-0336 083-228-0337
--------------	--

### 13 その他運営についての留意事項

- 1 事業従事者の質的向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務体制を整備する。
  - ① 採用時研修 採用後2ヶ月以内
  - ② 継続研修 年2回以上
- 2 事業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。  
または、事業従事者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持するため、事業従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容に明記する。
- 3 通所介護・介護予防通所介護の提供により、利用者に賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行う。
- 4 センターは、この事業を行うため、ケース記録、利用決定調書、利用者負担金徴収簿、その他必要な帳簿を整備する。
- 5 この規定の定める事項のほか、運営に関する重要事項は、有限会社ライフプラスと事業所の管理者との協議に基づき定めるものとする。

### 14 虐待防止について

事業所は、利用者の尊厳保持、人格尊重、虐待未然の防止・早期発見等のため、次の借置を講じます。

- (1)→虐待の防止に係る責任者を選定します。

役職：管理者、氏名：野村博子

- (2)→虐待を防止のための従業者に対する研修を定期的開催します。

- (3)→虐待防止のための指針を整備します。

- (4)→虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催します。

また事業所は、虐待又は虐待を疑われる時間が発生した場合は、速やかに市へ通報します。

令和 年 月 日

通所介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。この重要事項説明書は双方同時保管とします。

<事業所>

所在地 下関市大字福江 1 4 2 5 - 1

事業所名 ハートケアきらら デイサービス

管理者名 野村 博子 印

私は、本書面により、事業者から指定通所介護サービス及び第 1 号通所サービスについての重要事項の説明を受け、同意し受領いたしました。

<利用者>

住所

氏名 印

<代筆者>

住所

氏名 続柄 印

説明者 役職