

# 通所介護 重要事項説明書

◇デイホーム三郷（これ以降「事業所」と略します）の概要は、次のとおりです。

|                 |                                           |                            |                     |
|-----------------|-------------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| 事業所名            | デイホーム 三郷                                  | 事業者名                       | 株式会社リボーン            |
| 所在地             | 新潟県上越市本長者原563番3号                          | 電話番号                       | 025（523）7944        |
| 県指定年月日<br>事業所番号 | 平成13年3月1日<br>1570300598                   | 実施単位・利用定員<br>施設の区分         | 1単位・35人<br>通常規模型事業所 |
| 営業日及び、時間        | 営業日 月～日（祝祭日、会社指定日除く）利用相談等の対応時間 8：30～17：30 |                            |                     |
| サービス提供日等        | 提供日 月～日（但し、1月1～2日除く）提供時間 9：30～16：45       |                            |                     |
| 職員の概要           | 生活相談員 1人以上                                | 資格：社会福祉士又は、社会福祉主事（任用資格以上）等 |                     |
|                 | 看護職員 1人以上                                 | 資格：看護師又は、准看護師              |                     |
|                 | 介護職員 5人以上                                 | 資格：介護福祉士、介護職員初任者研修修了者等     |                     |
|                 | 機能訓練指導員 1人以上                              | 資格：看護職員での兼務又は、あん摩療法士等      |                     |
|                 | 送迎車両 4台                                   | 送迎従事職員 4人                  |                     |
| 通常の事業の実施地域      |                                           | 上越市（旧上越市）                  |                     |

◇事業所が、利用者に提供するサービスの概要は、次のとおりです。

## 1 提供するサービスの内容

利用者に提供するサービスの内容は、通所介護です。通所介護とは、通所介護施設において日常生活上の世話、機能訓練、食事や入浴の提供等を行う事により、心身機能の維持を行うサービスです。

| サービスの内容     | 利用料金    | おおむねの提供時間（帯）                                         |
|-------------|---------|------------------------------------------------------|
| 通所介護        | 基本料金に含む | 9：30～16：45                                           |
| 送迎の提供       | 基本料金に含む | 利用定員、交通事情等の都合により、希望通りにならない場合もあります。                   |
| 個別機能訓練Ⅰイの提供 | 個別選択料金  | 9：30～16：45の間（機能訓練指導員の出勤日）                            |
| 個別機能訓練Ⅰロの提供 | 個別選択料金  | 9：30～16：45の間（機能訓練指導員の出勤日）                            |
| 入浴の提供       | 加算料金    | 9：30～12：00                                           |
| 食事の提供       | 実費料金    | 昼食 12：00～13：00                                       |
| レクリエーション    | 実費料金    | 不定期開催ですが利用者に負担して貰うのが適当と認められる費用が発生した場合の実費がかかる場合があります。 |

## 【業務取り扱い方針】

- （1）利用者の心身の状況や家族の環境を踏まえ、居宅介護支援事業所の作成する「居宅サービス計画」と当事業所で作成する「通所介護計画書」に従い、心身機能の維持を図る事ができるよう通所介護のサービスを提供します。
- （2）通所介護のサービス提供の開始に際しては、看護職員等による健康チェックを行い体調等の変化を必ず確認します。体調状態によっては、当社規定に定められた対応に従い、入浴・利用等、遠慮していただく場合がありますのであらかじめご了承下さい。
- （3）処方箋による一包化された（サービス提供時間帯分の）服薬は、看護職員又は、介護職員が対応させて戴きます。  
\*尚、利用者等で購入された市販薬（又、一包化薬で可能な方）は、利用者自身で管理、服薬戴きますよう願います。

## 2 担当の職員：利用者を担当する職員の管理者は、次の職員です。

○管理者 氏名 加藤 卓哉 連絡先 025（523）7944

相談や苦情、連絡したい事がある場合は、管理者又は、生活相談員までお願いします。又、直接、世話する職員に話されても結構です。

## 3 利用料金：この通所介護サービスを利用するにあたって、利用者に負担して頂く料金は、次のとおりです。

- （1）1日の基本料金：介護保険の利用料は、厚生労働大臣が告示で定めた金額です。利用料金が改定された場合は、自動的に改定されます。その場合は、事前に新しい基本利用料を書面にてお知らせします。法定利用料に基づく金額です。  
1単位＝10円、利用者負担額は、その1割（一定以上の所得の有る場合は、2割又は、3割：毎年7月の介護保険負担割合証交付による）です。支給限度額を超えた分は、全額利用者の負担になります。

| 利用者へのサービス提供時間 | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4    | 要介護5    |
|---------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 5時間以上6時間未満    | 570 単位 | 673 単位 | 777 単位 | 880 単位  | 984 単位  |
| 6時間以上7時間未満    | 584 単位 | 689 単位 | 796 単位 | 901 単位  | 1008 単位 |
| 7時間以上8時間未満    | 658 単位 | 777 単位 | 900 単位 | 1023 単位 | 1148 単位 |

(2) 加算等の料金：個別にサービスを選択した場合に発生します。

| 加算等の種類        | 加 算 等 の 概 要                                                                                                                            | 加 算 等 の 額                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 入浴介助加算Ⅰ       | 入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関わる研修等を行うこと。利用者の入浴介助の費用。                                                                                            | 400 円/日                  |
| 入浴介助加算Ⅱ       | 当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、利用者の身体状況を踏まえ個別の計画を作成し、計画に基づいて、入浴介助を行う費用。                                                      | 550 円/日                  |
| 個別機能訓練加算Ⅰイ    | 専従の機能訓練指導員を 1 名以上配置（配置時間の定めなし）。機能訓練指導員が直接実施。個別機能訓練計画に基づき訓練を実施する体制にあり 3 ヶ月毎に利用者宅訪問。                                                     | 560 円/日                  |
| 個別機能訓練加算Ⅰロ    | 専従の機能訓練指導員を 1 名以上配置（配置時間の定めなし）。個別機能訓練加算Ⅰイの配置に加え、合計 2 名以上の機能訓練指導員を配置している時間において算定が可能。機能訓練指導員が直接実施。個別機能訓練計画に基づき訓練を実施する体制にあり 3 ヶ月毎に利用者宅訪問。 | 760 円/日                  |
| 個別機能訓練加算Ⅱ     | 加算Ⅰに加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること。                                                                                        | 200 円/月                  |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 介護職員に占める介護福祉士の割合が常勤換算で 70%以上、または勤続 10 年以上の介護福祉士を 25%以上配置の事。人員基準欠如・定員超過利用無い事等。                                                          | 220 円/日                  |
| 科学的介護推進体制加算   | 科学的介護推進に関する評価項目を LIFE を使用し厚生労働省に提出していること。                                                                                              | 400 円/月                  |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ  | 事業所が介護職員への賃金改善を実施している及び、キャリアパス要件・職場環境等要件に適合する事。                                                                                        | 所定単位数（基本部分＋各種加算・減算）×9.2% |
| 送迎の未実施        | 送迎を実施していない場合は、減算の対象とする。                                                                                                                | △470 円/片道                |

(3) 利用者負担額の算定例：利用者に支払いただく初回の利用者負担額は、概ね次のとおりです。

| 区 分                               | サ ー ビ ス の 内 容 |                              | 回 数            | 利用料金 | 利用者負担額 |
|-----------------------------------|---------------|------------------------------|----------------|------|--------|
| 介護保険部分                            | 所定単位          | ①通所介護（提供時間： ）要介護：            | 回              | 円    | 円      |
|                                   |               | ②入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ *Ⅰ・Ⅱ同時算定不可        | 回              | 円    | 円      |
|                                   |               | ③個別機能訓練加算Ⅰイ・Ⅰロ *Ⅰ・Ⅰロ同時算定不可   | 回              | 円    | 円      |
|                                   |               | ④個別機能訓練加算Ⅱ                   | 回              | 円    | 円      |
|                                   |               | ⑤サービス提供体制強化加算Ⅰ               | 回              | 円    | 円      |
|                                   |               | ⑥科学的介護推進体制加算                 | 回              | 円    | 円      |
|                                   | A             | 所定単位の介護保険の費用合計 *①～⑦迄の計       |                | 円    | 円      |
|                                   | B             | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ *A×9.2%         |                | 円    | 円      |
|                                   |               |                              |                | 円    | 円      |
|                                   |               |                              |                | 円    | 円      |
|                                   | C             | 介護保険利用料金・利用者負担額（負担割合による）=A+B |                | 円    | 円      |
|                                   | 他             | D                            | 食費（昼食 800 円/食） | 食    | 円      |
| 利用者支払額合計（介護保険分本人負担額+その他実費等料金）=C+D |               |                              |                |      | 円      |

(4) 実費等料金：個別に選択ですが、介護保険給付外ですので全額利用者の負担になります。

| 項 目       | 内 容                              | 費 用       |
|-----------|----------------------------------|-----------|
| 食 費       | 食事を提供した場合。*1 食単位での支払いを受けるものとします。 | 昼食代 800 円 |
| レクリエーション代 | 利用者の負担が適当と認められる費用が発生した場合の実費。     | 実費費用      |

【支払方法】以下の 3 つから選択して下さい。

|         |                                                                             |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 口座引き落とし | サービス利用月の翌月 29 日に、利用者指定口座より引き落とします。<br>別途、口座引落し事務手数料 100 円（税別）頂戴致します。        |
| 銀行振込    | サービス利用月の翌月末日までに下記の口座に振込願います。<br>第四北越銀行高田営業部 普通 1456909 株式会社リポーン 代表取締役 飛田 尚文 |
| 現金支払い   | サービスを利用された月の翌月末日迄に事業所にて現金で支払願います。                                           |

4 利用予定日のキャンセルについて

- (1) 利用者が、利用予定の日のサービス利用をキャンセルしたい場合は、お手数ですが事前に担当の職員（2 項の連絡先）まで連絡下さい。
- (2) 利用者が、体調の急変等、緊急やむを得ない理由により利用をお休みされる場合は、利用料金を頂きません。但し、送迎スケジュールの調整がありますので、できる限り早めに連絡下さい。当日の朝 8 時までに連絡をいただけない場合は、昼食のキャンセルが間に合いませんので昼食代を請求させていただく事がありますので了承下さい。

## 5 衛生管理等について

- (1) 利用者の使用する事業所、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的に実施します。
  - ④ 前項①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対応に関する手順に沿った対応を行います。

## 6 緊急時・事故発生時の対応

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、別途提出いただいた主治医・家族等の緊急連絡表を下に、運営規定に定められた緊急時の対応手順で速やかに主治医への連絡等、必要な措置を講じます。

- (1) 送迎時の事故発生時の対応については、次の手順で行います。
  - ① あわてずに、利用者の様子を確認します。送迎従事者は、管理者又は、生活相談員に連絡します。
  - ② 管理者又は、生活相談員の指示の下、警察（110番）、状況に応じて救急車の出動を要請します。
  - ③ 管理者又は、生活相談員は、警察（救急車）が到着する迄、利用者の安全確保（身体・精神）に努めます。
  - ④ 警察（救急車）が到着後、管理者又は、生活相談員が至急、家族等に連絡します。
- (2) 施設内での事故発生時の対応については、次の手順で行います。
  - ① あわてずに、利用者の様子を確認します。
  - ② 他の職員にも異常を知らせ管理者又は、生活相談員・看護職員と連携をとり適切な処置を行います。
  - ③ 救急（119番）に連絡、様子、状態、利用者の氏名、生年月日、年齢、病歴等を伝えます。
  - ④ 救急車が到着するまで適切な処置に努めます。
  - ⑤ 救急車が到着後、管理者又は、生活相談員は至急、家族等に電話を入れ状況の説明と搬送先の病院名を伝えます。

## 7 非常災害時の対策；運営規定に定められたとおり年2回の計画的な防災訓練と設備改善を図り安全に万全を期します。

## 8 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、サービス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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に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に実施します。
- (3) 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います。

## 9 虐待の防止について

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担当者を選定し、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、虐待防止のための指針の整備、虐待発生時の再発時の再発防止策の検討等を行い、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (2) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修（年2回以上）を実施しています。
- (3) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに市町村等関係者に報告します。

## 10 身体拘束について

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意した上で、必要最小限の範囲内で行なうことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録、身体拘束廃止に向けた委員会を定期的に開催し、検討内容を5年間保存します。

## 11 ハラスメント対策について

サービス利用期間中に、利用者、家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合は、状況の改善や理解が得られない場合は、ご相談により契約を解除する場合があります。（・叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする等）

(6)「苦情・事故報告書」において改善点を明記し、再発の防止及び、改善を図ります。

① 通所介護に対し、苦情・意見・要望等、遠慮なく相談窓口まで申し出て下さい。

|           |              |
|-----------|--------------|
| 窓口設置場所    | デイホーム 三郷     |
| 担当者       | 加藤 卓哉        |
| 連絡先（電話番号） | 025（523）7944 |

② 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てる事ができます。

| 苦情受付機関         | 連絡先（電話番号）    |
|----------------|--------------|
| 上越市 高齢者福祉担当課   | 025（526）5111 |
| 新潟県国民健康保険団体連合会 | 025（285）3022 |

## 14 第三者評価の実施状況

|                   |    |        |    |    |
|-------------------|----|--------|----|----|
| 第三者による<br>評価の実施状況 | あり | 実施日    |    |    |
|                   |    | 評価機関名称 |    |    |
|                   |    | 結果の開示  | あり | なし |
|                   | なし |        |    |    |

15 サービスの利用にあたって利用者が注意すべき事。又、(4)(5)は、法令等にて禁止事項で違反行為となります。

(3) 利用者の都合でこのサービス契約を中止する場合は、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業所又は、当事業所の担当職員（2項の連絡先）まで連絡下さい。

(5) 本人財産/年金/現金等、取扱い・ケースにより双方に誤解を生むような高価物の持ち込み (民法/省令/通知等)

## 16 その他運営にあたっての重要事項

事業者は、新潟県暴力団排除条例の基本理念に則り、事業所運営からの影響排除と適切な運営確保を図るものとします。

【サービスの提供に先立って上記のとおり説明します】

事業者名 株式会社 リボン  
代表者名 代表取締役 飛田 尚文  
事業所在地 上越市本長者原563番地3号  
事業所名 デイホーム 三郷  
説明者氏名

【上記の内容について説明を受け、同意しました】

本契約同意の証として本重要事項説明書を2通作成し、事業者記名、利用者及び、事業所説明者の署名の上、利用者に交付し、それぞれ1通ずつ保有します。

説明同意日：令和      年      月      日

(利用者) ご住所

お名前

\*利用者の依頼により代筆した場合の代筆者氏名（ ）

(代理人) ご住所

お名前

(身元引受人) へ住所

お名前

\*続柄記名( )