

重要事項説明書

(通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業 令和6年4月1日現在)

1. 事業者

| | |
|-------|-------------------|
| 法人の名称 | 医療法人清風会 |
| 所在地 | 美濃加茂市前平町1丁目100番地1 |
| 代表者氏名 | 林 宏史 |
| 電話番号 | 0574-28-8899 |

2. ご利用施設

| | |
|----------------------|--------------------------------------------------|
| 施設名称 | デイサービスセンターさくらの郷 |
| 所在地 | 美濃加茂市太田町26番地5 |
| 管理者氏名 | 吉田 達 |
| 電話番号 | 0574-23-0800 |
| FAX番号 | 0574-23-0808 |
| サービスを提供する 通常の実施区域 | 美濃加茂市、関市、可児市、加茂郡坂祝町、加茂郡富加町、加茂郡川辺町、加茂郡八百津町、可児郡御嵩町 |

3. ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 指定年月日 | 事業所番号 | 定員 |
|------------------|------------|------------|-----|
| 通所介護 | 平成16年3月20日 | 2171200310 | 40名 |
| 日常生活支援総合事業 | 平成18年4月 1日 | | |
| 短期入所生活介護 | 平成16年3月20日 | 2171200328 | 30名 |
| 介護予防短期入所 生活介護 | 平成18年4月 1日 | | |
| 居宅介護支援事業所 | 平成16年3月20日 | 2171200336 | なし |

4. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な介護サービス、介護予防サービスを提供する。 |
| 運営の方針 | 要介護者等の心身の特性を踏まえ、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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 |

5. 施設の概要

| | |
|------|-----------|
| 敷地 | 855.64㎡ |
| 構造 | 鉄骨3階建て |
| 延床面積 | 1,319.91㎡ |
| 利用定員 | 40名 |

6. 主な設備

| 設備の種類 | 室数 | 面積 |
|------------|----|--------|
| 食堂 (ダイルーム) | 1室 | 121.2㎡ |
| 機能訓練室 | 1室 | 61.0㎡ |
| 一般浴室 | 1室 | 15.75㎡ |
| 機械浴室 | 1室 | |
| 相談室 | 1室 | 6.6㎡ |
| 静養室 | 1室 | 14.2㎡ |

7. 職員体制

| 職種 | 常勤 | | 非常勤 | | 保有資格 |
|---------|----|----|-----|----|---------------|
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 管理者 | | 1 | | | 理学療法士 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | | 社会福祉士・介護福祉士 |
| 看護職員 | 1 | 1 | 1 | | 看護師、准看護師 |
| 介護職員 | 5 | 1 | 2 | | 介護福祉士、ヘルパー2級等 |
| 機能訓練指導員 | | 1 | 1 | | 理学療法士、准看護師等 |
| 管理栄養士 | | | | 1 | 管理栄養士 |

令和6年4月現在

8. 営業日および営業時間

| | |
|----------|-------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日 (祝日含む)、12月31日～1月3日除く |
| 営業時間 | 8時30分～17時30分 |
| サービス提供時間 | 9時15分～16時30分 |

9. 利用者負担金

利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

| | |
|----------------------------|--------------|
| 介護報酬に係る利用者負担 | 費用全体の1割または2割 |
| 運営基準「厚生労働省令」で定められた「その他の費用」 | 全額自己負担 |
| 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 | |

(1) 介護保険給付サービス

① 通所介護費

サービス提供時間：6時間～7時間

1単位=10.00円

| 介護度 | 1日の利用料 | 自己負担額(1割) | 自己負担額(2割) | 自己負担額(3割) |
|------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 要介護1 | 5,840円 | 584円 | 1,168円 | 1,752円 |
| 要介護2 | 6,890円 | 689円 | 1,378円 | 2,067円 |
| 要介護3 | 7,960円 | 796円 | 1,592円 | 2,388円 |
| 要介護4 | 9,010円 | 901円 | 1,802円 | 2,703円 |
| 要介護5 | 10,080円 | 1,008円 | 2,016円 | 3,024円 |

サービス提供時間：7時間～8時間

| 介護度 | 1日の利用料 | 自己負担額(1割) | 自己負担額(2割) | 自己負担額(3割) |
|------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 要介護1 | 6,580円 | 658円 | 1,316円 | 1,974円 |
| 要介護2 | 7,770円 | 777円 | 1,554円 | 2,331円 |
| 要介護3 | 9,000円 | 900円 | 1,800円 | 2,700円 |
| 要介護4 | 10,230円 | 1,023円 | 2,046円 | 3,069円 |
| 要介護5 | 11,480円 | 1,148円 | 2,296円 | 3,444円 |

※ 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加算は、期間限定の加算となります。

※ 美濃加茂市は令和6年4月より1単位=10.14円となります。

② 加算

| | 利用料 | 自己負担額(1割) | 自己負担額(2割) | 自己負担額(3割) |
|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| 入浴介助加算Ⅰ | 400円/回 | 40円 | 80円 | 120円 |
| 入浴介助加算Ⅱ | 550円/回 | 55円 | 110円 | 165円 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ | 560円/回 | 56円 | 112円 | 168円 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ | 760円/回 | 76円 | 152円 | 228円 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 200円/月 | 20円 | 40円 | 60円 |
| 中重度者ケア体制加算 | 450円/回 | 45円 | 90円 | 135円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ (介護福祉士配置40%以上配置) | 60円/回 | 6円 | 12円 | 18円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 600円/日 | 60円 | 120円 | 180円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 400円/月 | 40円 | 80円 | 120円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ | 通所介護費 9.0% | | | |

② 介護予防・日常生活支援総合事業費

1単位=10.00円

| | 1ヶ月の利用料 | 自己負担額(1割) | 自己負担額(2割) | 自己負担額(3割) |
|--------------------------|--------------|-----------|-----------|-----------|
| 要支援1 | 17,980円 | 1,798円 | 3,596円 | 5,394円 |
| 要支援2 | 36,210円 | 3,621円 | 7,242円 | 10,863円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 400円 | 40円 | 80円 | 120円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ1 (要支援1) | 240円/回 | 24円 | 48円 | 72円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ2 (要支援2) | 480円/回 | 48円 | 96円 | 144円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ | 予防通所介護費 9.0% | | | |

※ 美濃加茂市は令和6年4月より1単位=10.14円となります。

2) 介護保険給付外サービス

| 項目 | 金額 | 備考 |
|--------|------|--------------------------------------------|
| 食費 | 720円 | 1食あたり、おやつ代含む |
| オムツ代 | 実費 | パッド：50円 オムツ：100円 リハビリパンツ：150円 いずれも1枚あたり |
| 教養娯楽費 | 実費 | 個別レクリエーションの材料費等 |
| 複写物の交付 | 実費 | 記録物の謄写に係る費用 |

※ 介護保険給付外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。

介護保険給付外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員からの説明の上、利用者の同意を得ることになります。

10. 利用料金の支払い

料金、費用は原則として①の指定口座からの引き落としとなっておりますが、②③の方法もごございますのでご相談ください。毎月15日までに前月分の利用料金等を請求しますので、20日までに下記の方法でお支払いください。

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 預金口座振替にて引き落としにより、お支払いいただく方法（預金口座振替依頼書にてお申込みいただきます）。引落し日は毎月26日です。 |
| ② 当施設窓口にて現金にて直接お支払いいただく方法（なるべく、おつりのないようお願いいたします）。 |
| ③ 当施設口座へ振込みにてお支払いいただく方法（振込み手数料はご負担ください）。 東濃信用金庫 美濃加茂市店 普通 937926 口座名：イリョウハウジン セイフウカイ ハヤシクリニック リジチョウ ハヤシ ヒロフミ |

1 1. 通所サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

| サービスの種類 | サービスの内容 |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 入浴 | 必要な方は職員が介助いたします。 ご利用者の健康状態、日常生活レベルによりシャワー浴、機械浴または清拭を行います。 |
| 排泄 | ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練 | ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより身体機能低下を防止するように努めます。また体操、レクリエーション活動、行事を通じて健康維持、増進に努めます。 |
| 健康管理 | 入浴前に看護職員が健康状態を確認いたします。 利用時間中に看護職員が状態を把握し、異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。 |
| 相談及び援助 | ご利用者及び、そのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。 |
| 送迎 | 身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方はリフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。 |

(2) 介護保険給外サービス

| サービスの種類 | サービスの内容 |
|----------|-------------------------------|
| 食事の提供 | 栄養士による食材の検収により、良質な食材を提供いたします。 |
| オムツ等の提供 | ご利用者の状況により、施設準備のおむつを提供いたします。 |
| レクリエーション | 行事計画に基づき、各種レクリエーションを提供いたします。 |

1 2. サービス利用の中止

ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは食費相当額のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承ください。

13. 苦情、相談等の窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

| | | |
|--------|---------|---------------------------------------------------|
| 当施設相談室 | 窓口担当者 | 福永 智世 曾根 清美 |
| | 苦情解決責任者 | 吉田 達 |
| | 受付時間 | 午前9時から午後5時まで |
| | 受付方法 | 電話 : 0574-23-0800 FAX : 0574-23-0808 職員との面談 |

公的機関においても、次の市町村窓口において苦情申立等ができます。

| 市町村窓口 | 電話番号 | 受付時間 |
|--------------------|--------------|------------------|
| 美濃加茂市 | 0574-25-2111 | 午前9時から 午後5時まで |
| 関市 | 0575-22-3131 | |
| 可児市 | 0574-62-1111 | |
| 坂祝町 | 0574-26-7111 | |
| 富加町 | 0574-54-2111 | |
| 川辺町 | 0574-53-2511 | |
| 八百津町 | 0574-43-2111 | |
| 御嵩町 | 0574-67-2111 | |
| 岐阜県国民健康保険 団体連合会 | 058-273-1111 | |

14. 非常災害時の対策

| | | |
|--------|--------------------------------------------------------|----------|
| 非常時の対応 | 別途定める『医療法人清風会 消防規定』に則り対応します。 | |
| 平常時の訓練 | 別途定める『医療法人清風会 消防規定』に則り、年2回以上、サービスの提供時間帯を想定した避難訓練を行います。 | |
| 消防計画 | 消防署への届出日 | 令和元年6月1日 |
| | 防火管理者 | 青木 恵美子 |

15. 損害賠償

ご利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

16. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のために、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を選定しています。
虐待に関する責任者： 管理者 山下 伸彦
- (2) 成年後見人制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止の啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (6) 計画書の作成など、適切な支援の実施に努めます

17. 秘密保持

当事業者及び従業員は、正当な理由がない限りご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は従業員が退職後、在職中に業務上知り得たご利用者またはその家族の秘密を正当な理由無く漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合にはサービス担当者会議等必要な範囲内でご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

18. 事故発生時の対策

サービスの提供にあたり事故が発生した場合は、事前の打ち合わせに基づき家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所、包括支援センターなどに連絡いたします。

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

19. 通所介護計画、介護予防通所介護計画の作成について

居宅サービス計画の内容に沿って、ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえ、通所介護、介護予防通所介護計画を作成します。

通所介護、介護予防通所介護計画の作成にあたってはその内容についてご利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること共に通所介護計画を交付いたします。

20. 利用の際に留意すべき事項

| | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|
| 設備、器具の利用 | 施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫煙、飲酒 | 施設内での喫煙、飲酒は原則的にご遠慮願います。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等、他のご利用者の迷惑となる行為はご遠慮願います。 |
| 所持品、現金の管理 | 基本的に個人で管理して頂きます。 |
| 宗教、政治活動 | 施設内での宗教、政治活動についてはご遠慮願います。 |
| その他 | 利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りします。 |

令和 年 月 日

通所介護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。

| | | | |
|----------------------------------|--|-----|---|
| 指定介護・介護予防通所介護事業者 デイサービスセンターさくらの郷 | | | |
| 職 種 | | 氏 名 | ⑩ |

本書面にに基づき重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

| | |
|---------|---|
| 利用者氏名 | ⑩ |
| 署名代行者氏名 | ⑩ |