

「指定通所介護」「介護保険法に基づく第1号通所事業」重要事項説明書

令和 6 年 4 月 1 日現在

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口、苦情窓口

対応時間 9:00～17:00 (月曜日～金曜日)

デイサービスかがやき	(086)441-3012
------------	---------------

(管理者) 西山 元敬 (生活相談員) 荒木 恵子 妹尾 裕子
元木 路子

2. デイサービス かがやき の概要

① 提供できるサービスの種類と地域

事業所	株式会社 SUN GLOW デイサービス かがやき
所在地	岡山県倉敷市児島稗田町1707
介護保険指定番号	3 3 7 0 2 0 5 6 4 7
主たるサービスを提 供する地域	倉敷地区(児島・水島・天城・茶屋町地区) 岡山地区(植松・興除・彦崎地区)

②同事業所の職員体制(兼務を含む保有資格の重複有り)

職種	員数(人)	業務内容	備考
管 理 者	1名	事業所の従業員の管理及び業務の実施状況の把握、当事業所利用申込に係る調整介護計画書の作成その他の管理を一元的に行います。	生活相談員兼務
生活相談員	1名以上	通所介護ご利用申込者の担当学会議に参加し利用者様に対する相談助言等を行います。	介護職員兼務
介護職員	6名以上	当施設の利用者に対し、心身の状況等を的確に把握し日常生活上の介護、健康管理等の必要な業務を行います。	
看護職員	1名以上	健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。	機能訓練指導員兼務
機能訓練指導員	1名以上	日常生活を営む為に必要な心身機能の低下防止及び維持回復を図る為に必要な訓練指導等の提供を行います	看護職員兼務
調理員	1名以上	昼食等の調理業務に従事し、ご利用者様に昼食の提供を行います。	介護職員兼務

③営業日、営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土
営業時間	9:00～17:00
サービス提供時間	9:15～15:30

但し、12月30日～1月3日、8月13日～15日及び施設の改修、点検時等は定休日とさせていただきます。

④利用定員

定員 35名 一般型 (月・水・木・金) 定員 40名 一般型 (火)
定員 30名 一般型 (土)

3. 事業の目的

利用者が地域・家庭において心身ともに豊かで自立した社会生活を営むことができるように関係の諸機関・団体等と連携・協働して各種のサービスを提供するように、地域にある福祉サービス機関として地域、高齢者福祉の向上に貢献する事を目的とする。

4. 運営方針

- ・事業所の指定通所介護事業の従業者は、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て自立した日常生活を営む事ができるよう、さらに利用者が社会的孤独感の解消、心身機能の維持ならびに家族の身体的・精神的負担の軽減を図る為に、必要な日常生活上の援助および機能訓練等の介護その他必要な援助を、利用者の選択に基づき行う。
- ・事業所の「介護予防通所介護又は介護保険法に基づく第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス)」の従業者は、利用者が、可能な限りその居宅において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支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を利用者の選択に基づき行う。
- ・事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5. サービス内容

サービス利用の際は介護保険被保険者証と、居宅支援事業者あるいは地域包括支援センターが交付するサービス利用表を提示して下さい。

●基本サービス

- ①日々の健康チェック
- ②ADL(日常生活動作)訓練の実施
- ③在宅生活支援のための生活指導及び家族指導
- ④身体介護(食事、排泄、更衣・整容)の各動作の介護サービス
- ⑤食事の介助(但し、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。)
- ⑥送迎サービス

●加算対象サービス

- ⑦入浴介助加算(Ⅰ)、(Ⅱ)(要支援の方は基本料金に含まれます。)
- ⑧個別機能訓練加算(Ⅰ)口
- ⑨個別機能訓練加算(Ⅱ)
- ⑩口腔機能向上加算(Ⅰ)
- ⑪通所介護サービス提供体制加算(Ⅰ)
- ⑫介護職員処遇改善加算(Ⅰ)
- ⑬介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)
- ⑭運動器機能向上加算(要支援の方)
- ⑮介護職員ベースアップ等支援加算

6. サービス利用料金

ご契約者の要支援度あるいは、要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(ご契約者の要支援度あるいは要介護度に応じてサービス利用料金が異なります。)

また、介護保険負担割合証に応じて負担割合が違ってきます。

◎ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。また、居宅サービス計画あるいは介護予防サービス計画書が作成されていない場合も償還支払いとなります。償還支払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した(サービス提供証明書)を交付致します。

◎介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

①介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

【サービスの概要と利用料金】

(1)食費 (食材料費・調理費)(お休みのご連絡は朝8時30分までをお願いします。)

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金:1食あたり650円 (朝8時30分までにご連絡が無い場合は食事料金を全額実費ご負担いただきます。)

(2)通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

・通常の事業の実施地域を越えた地点から5キロメートル未満 50円

・通常の事業の実施地域を越えた地点から5キロメートル以上 100円

(3)おむつ代

リハビリパンツ S, M, L 各1枚 100円

パット 男女共用 1枚 50円

(4)レクリエーション、行事費用

レクリエーション行事費用として(毎月)200円

(5)複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

(6)日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

(7)介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービスあるいは介護予防通所介護サービスの利用

介護保険給付の支給限度額を超えるサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(8)利用料金のお支払い方法

月初め～月末分を翌月ご指定の口座より引き落とさせていただきます。(中国銀行指定)

現金でのお支払いも出来ます。

(9)体験利用時

体験利用については介護度及び時間、介護保険負担割合証を参照の上実費にてお支払い頂きます。

7. 料 金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

(2) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 利用料金

指定通所介護及び介護保険法に基づく第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

を提供した場合の利用料の額は当該指定通所介護及び

介護保険法に基づく第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）

が法定代理受領サービスである時は介護報酬告示上の額又は倉敷市で定める額に

「介護負担割合書」に記載された負担割合を乗じた額とする。

①通所介護利用料

該当区分	1日あたりの利用料金（単位）			
利用時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間
要介護1	370	388	570	584
要介護2	423	444	673	689
要介護3	479	502	777	796
要介護4	533	560	880	901
要介護5	588	617	984	1008

上記の費用には、送迎にかかる費用も含まれます。

昼食代1食650円 レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

お茶代 午後利用 30円、1日利用50円

その他、おむつ代、リハビリパンツ(S, M, L各一枚 100円・パット一枚 50円)

※介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位×5.9%

※介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)所定単位×1.2%

※個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位(1月につき)

※個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ 85単位(1日につき)

※口腔機能向上加算(1) 150単位(月2回を上限)

※科学的介護推進体制加算 40単位/月

※栄養アセスメント加算 50単位/月

※栄養改善加算 200単位/1回につき(月2回まで)

※入浴介助加算(Ⅰ) 40単位、(Ⅱ)56単位

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位(1日につき)

※介護職員ベースアップ等支援加算所定単位×1.1%

(2) 利用料金

	1ヶ月の費用額（単位）
要支援1(事業対象者)	1,798
要支援2	3,621

要支援1, 2のご契約者の場合、総合事業通所介護として1月単位の定額制となります。

上記の費用には、送迎、入浴費用も含まれます。

昼食代1食650円 レクリエーションにかかる費用などは自己負担となります。

お茶代 午前利用 20円、午後利用 30円

その他、おむつ代、(S, M, L各一枚 100円・パット一枚 50円)

※介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位×5.9%

※介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)所定単位×1.2%

※通所介護サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援1:1ヶ月 88単位 要支援2:1ヶ月 176単位

※口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位/月 ※介護職員ベースアップ等支援加算所定単位×1.1%

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位(1日につき)

※科学的介護推進体制加算 40単位/月

※栄養アセスメント加算 50単位/月

※栄養改善加算 200単位/1回につき(月2回まで)

8. 利用の中止、変更、追加、欠席

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスあるいは介護予防通所サービスの利用を中止、欠席又は変更をすることができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

○要支援1あるいは要支援2のご契約者は月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

①月途中に要介護から要支援に変更となった場合

②月途中に要支援から要介護に変更となった場合

③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

★月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

○利用予定日の前日までに申し出がな場合、取り消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ご契約者の場合や体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10%及び20%及び30% (自己負担相当額)

○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契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提供して協議します。

9. サービス内容に関する相談・苦情

①当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

電話番号 (086)441-3012 担当者 西山・荒木

(1) 苦情があった場合の対応、利用者等への説明の仕組みを明示する。

(2) 円滑かつ迅速苦情処理を行う為の処理・手順

①受けた担当者が「概要、処理結果」を記載する。その場で対応可能なものは速やかに処理するとともに必ず責任者に連絡し、かつ利用者等に連絡し説明する。

②苦情処理を行えない場合については、事務所内で会議を行い決定する。また、必要に応じて、弁護士等に相談して決定し、利用者の理解が得られるよう説明に努める。

③利用者に対してサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償について検討する。

④苦情内容によっては、行政窓口を紹介する。

②その他

当社以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

行政機関その他苦情受付機関

倉敷市役所 介護保険担当課	所在地 電話番号 受付時間	倉敷市西中新田640 086-426-3343 FAX 086-421-4417 9:00～17:00
倉敷市社会福祉協議会	所在地 電話番号 受付時間	倉敷市中央2-1-10 086-434-3301 FAX 086-427-8054 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会 介護110番	所在地 電話番号 受付時間	岡山市桑田町11-6 086-223-9109 FAX 086-223-9105 9:00～17:00
岡山市役所 介護保険担当課	所在地 電話番号 受付時間	岡山市鹿田町1-1-1 086-803-1240 FAX 086-235-3711 9:00～17:00

10. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤ご契約者のサービス提供時において事故が発生した場合、速やかに管理者への連絡を行い救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画あるいは介護予防サービス計画作成をした居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへの連絡等、必要な措置を講じます。

11. 非常災害対策

事業所は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、非難、救出訓練の実施等の対策の万全を期するものとする。

- ①事業所の管理者は、防火管理者を選任する。
- ②防火管理者は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施を行う。
- ③事業所は、非常災害に備える為、非常災害に際して必要な具体的計画に基づき、毎年5月及び11月に非難、救出その他必要な訓練を行う。

12. 事故発生時の対応

- ①事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者にかかわる居宅支援事業所等に連絡を行うとともに、管理者に報告の上、必要な処置をとる。
- ②事業所は、前項の事故状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、サービスの提供による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う。
- ③事業所は、事故が生じた際にはその原因を解明し、職員会議等で周知徹底すると共に再発防止策を講じる。

事業者及びサービス従業者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）また事業者及びサービス従業者又は従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させる事業者旨を、就業規則の内容とする。

・ただし、契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

・サービス担当者会議などご契約者に関わる他のサービス事業者等の連携を図るなど正当な理由がある場合には、ご契約者又はその家族等の個人情報が必要最小限の範囲内で使用できるものとします。

13. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、お客様の主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員・地域包括支援センターに連絡いたします。

主治医連絡先 病院名

医師名

電話番号

緊急時の家族への連絡方法

家族連絡先 1 連絡者氏名

続柄

住所

電話番号

家族連絡先 2 連絡者氏名

続柄

住所

電話番号

14. サービスの利用に関する留意事項

①施設・設備の使用上の注意

- ・施設・設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復して頂くか、又は担当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。
- ・所持金品は自己の責任において管理していただきます。

②喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

15. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘業務に違反した場も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

16. サービス利用を止める場合

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定又は要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は、終了します。

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合

ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書を提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「ケアプラン(居宅サービス計画あるいは介護予防サービス計画)」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解約させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、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い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

説明確認欄

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 株式会社 SUN GLOW
事業所 デイサービス かがやき
所在地 倉敷市児島稗田町1707

説明者

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所

氏名

代筆者又は、立会人

住所

氏名

御家族

住所

氏名
