

デイサービスセンター桜 重要事項説明書 (指定通所介護)

あなた（又はあなたのご家族）が利用する指定通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 指定通所介護サービスを提供する事業者（法人）について

法人名称	社会医療法人定和会
代表者職・氏名	理事長 神原 浩
所在地	〒720-0843 広島県福山市赤坂町赤坂1313番地
法人連絡先	(神原病院) TEL: 084-951-1007 FAX: 084-951-1987
法人設立年月日	平成21年10月1日

2 サービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所の種類	指定通所介護事業所		
事業所名称	デイサービスセンター桜		
介護保険指定事業所番号	3471508097		
事業所所在地	〒729-0112 広島県福山市神村町5234番地12		
電話番号	084-934-8201	FAX番号	084-934-8206
通常の事業実施地域	福山市（但し引野町、大門町、山野町、駅家町、神辺町、内海町、走島町、新市町、加茂町、鞆町、芦田町、蔵王町、東深津町、坪生町、春日町、伊勢丘、田尻町は除く） 尾道市（高須町、西藤町に限定する）		
開設年月日	平成26年5月1日		

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会医療法人定和会が開設するデイサービスセンター桜（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護事業（以下「事業」という。）の適正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従業者が、居宅において要介護状態にある高齢者（以下「ご利用者」という。）に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。
運営の方針	事業所の従業者は利用者の心身の特性を踏まえて、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および機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持回復及び生活機能の維持・向上を目指すものとする。 事業の実施に当たっては、ご利用者の所在する市町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連携を図り、サービスの提供に努めるものとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日（ただし祝日、8/15および12/31～1/3を除く）
営業時間	8：30～17：30

(4) サービス提供可能な日時

サービス提供日	月～土曜日（ただし祝日、8/15および12/31～1/3を除く）
サービス提供時間	9：15～16：30
利用定員	35名（指定介護予防通所介護及び介護予防通所介護に相当する第1号通所事業を含む）

(5) 事業所の職員体制

管理者氏名	山田 信司
-------	-------

職	職務内容	人員数
管理者	従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行い、その他業務の管理を行います。 ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を生活相談員等と協力して作成します。 また、サービス実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	常 勤 1 名 (生活相談員兼務)
生活 相談員	ご利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び介護に関する相談及び援助などを行います。 各ご利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況および目標の達成状況の記録を行います。	常 勤 3 名 (管理者兼務1名・ 介護職員兼務2名)
看護 職員	サービス提供の前後及び提供中のご利用者の心身の状況等の把握を行います。 ご利用者の病状が急変した場合等に、ご利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	常 勤 1 名 (機能訓練指導員兼務) 非常勤 2 名 (機能訓練指導員兼務1名)
介護 職員	通所介護計画に基づき、必要な日常生活の世話及び介護を行います。	常 勤 5 名 (生活相談員兼務2名) 非常勤 4 名
機能訓練 指導員	通所介護計画に基づき、そのご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、機能訓練を行います。	常 勤 1 名 (看護職員兼務) 非常勤 1 名 (看護職員兼務)

3 提供するサービス内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
通所介護計画の作成 (全てのご利用者について作成します)		<p>ご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。</p> <p>通所介護計画の作成に当たっては、その内容についてご利用者又はそのご家族に対して説明し、ご利用者の同意を得ます。</p> <p>通所介護計画の内容について、ご利用者の同意を得たときは、通所介護計画書をご利用者に交付します。</p> <p>それぞれのご利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。</p>
利用者居宅への送迎		<p>ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。</p>
日常生活上の世話	食事介助	<p>食事の提供及び介助が必要なご利用者に対して、介助を行います。</p> <p>また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。（食事の提供に関する費用は別途必要になります。）</p>
	入浴介助	<p>入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。更衣の介助を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。</p>
	排泄介助	<p>排泄の介助、おむつ交換を行います。</p>
	移動・移乗介助	<p>介助が必要なご利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。</p>
機能訓練		<p>ご利用者の状態や能力、希望等に応じて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練 ・集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを行います。
その他		<p>ご利用者の自主性を尊重しながら必要な援助を行います。</p>

4 提供するサービスの費用について

- ・法定代理受領ができる場合
お支払いただく「利用者負担金」は、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。
- ・法定代理受領ができない場合
利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

5 料金表

(1) 通所介護サービス利用料金

これらの介護報酬額は厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。なお、その場合には書面にてお知らせいたします。

①基本報酬（通常規模型）

サービス提供区分			介護報酬額	ご利用者負担額		
				1割	2割	3割
通常規模型 通所介護	7時間以上 8時間未満	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

②加算・減算

加算名称	介護報酬額	ご利用者負担額		算定回数等
入浴介助加算（Ⅰ）	400 円	1割	40 円	入浴介助を実施した日数
		2割	80 円	
		3割	120 円	
生活機能向上連携加算（Ⅱ） <small>医療提供施設の理学療法士又は作業療法士等が デイサービスを訪問し、介護職員と共同でアセスメント・個別機能訓練計画を作成実施する。</small>	2,000 円	1割	200 円	1 月につき
		2割	400 円	
		3割	600 円	
同一建物に居住するご利用者の減算	-940 円	1割	-94 円	1 日につき
		2割	-188 円	
		3割	-282 円	
送迎を行わない場合の減算	-470 円	1割	-47 円	片道につき
		2割	-94 円	
		3割	-141 円	
科学的介護推進体制加算	40単位			1 月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※1	22単位			1 日につき
介護職員処遇改善加算 Ⅰ ※2・3	所定単位数の9.2%を加算			1 月につき

※1「同一建物に居住するご利用者の減算」の対象者は、「送迎を行わない場合の減算」の対象にはなりません。

※2 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※3 所定単位数・・・基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数

(2) その他の費用について

① 食事の提供に要する費用	昼食代 650 円 (1食当り) ※おやつ代を含む 運営規程の定めに基づきます
※サービスの利用をキャンセルされる場合でも、当日の 9 時 00 分以降にキャンセルのご連絡を頂いた場合、昼食代を全額ご負担頂きます。 ※おやつを食べられない (おやつ提供時間前に利用を終了された場合等) ご利用者も料金の変更はありません。またおやつの持ち込み持ち帰りは一切出来ません。	
② おむつ代	100 円 (1枚当り) 運営規程の定めに基づくもの
③ 尿とりパット代	50 円 (1枚当り) 運営規程の定めに基づくもの
④ その他	通所介護において提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用で、ご利用者が負担することが適当と認められるものの実費 運営規程の定めに基づくもの

6 交通費について

利用者の居宅が、通常の事業実施地域は無料

利用者の居宅が、通常の事業実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費を請求いたします。なお、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から居宅までの距離 (片道) が、1 km を超えるごとに 20 円

7 利用料の支払い方法

① 利用料金その他の費用の請求方法等	利用料利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 13 日頃までにご利用者あてにお渡し致します。
② お支払方法等	請求月の 27 日 (祝休日の場合は直後の金融機関営業日) に、ご利用者の指定する口座から自動振替となります。(詳細は別紙) お支払いの確認をしましたら、翌月 13 日までに領収書をお渡し致しますので、必ず保管されますようお願いいたします。 (医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

8 サービスの提供に当たって

(ア) サービスの利用開始

居宅介護支援事業所により居宅サービス計画が作成され、その後申し込みをしていただきます。

(イ) サービスの終了

①利用者様が介護保険施設に入所された場合

②介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の認定区分が、要支援又は自立と認定された場合

※この場合は、条件を変更して改めて契約することができます。

③ご利用者がお亡くなりになった場合

(ウ) サービス利用の変更

ご利用者が通所介護サービスの変更等を希望する場合はいつでも事業者申し出ください。

当該ご利用者に係る居宅支援事業者への連絡、その他必要な援助を行います。

9 緊急時・事故発生時の対応について

通所介護サービス提供中に、ご利用者に病状の急変が生じた場合、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町、ご利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況やその際の処置について記録し、事故発生の原因を究明し、再発防止に努めます。また、通所介護の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。

緊 急 連 絡 先			
家族等氏名（続柄）		連絡先	
家族等氏名（続柄）		連絡先	
医療機関・診療所名			
主治医		連絡先	

※契約締結後に追加記入いたします。

10 サービス提供に関する相談、苦情について

当事業所は苦情の受付窓口を設置しておりご利用者・ご家族からの苦情に迅速・適切に対応します。

①当事業所における苦情・相談受付の窓口

事業者		デイサービスセンター桜	
管理者		山田 信司	
所在地		広島県福山市神村町5234番地12	
TEL	084-934-8201	FAX	084-934-8206
受付時間	月～土曜日（ただし8/15・12/31～1/3を除く）8：30～17：30		

② 公的機関の苦情窓口

福山市介護保険課			
所在地		広島県福山市東桜町3番5号	
TEL	084-928-1166	FAX	084-928-1732
受付時間	月～金曜日8：30～17：15（土日祝および年末年始を除く）		

広島県国民保健団体連合会			
所在地		広島県中区東白島町19-49国保会館	
TEL	082-554-0783	FAX	082-511-9126
受付時間	9時から17時15分（土日祝および年末年始を除く）		

11 重要事項の説明年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

指定通所介護サービスの提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者	所在地	広島県福山市神村町 5 2 3 4 番地 1 2
	事業所名	社会医療法人定和会 デイサービスセンター桜
	説明者氏名	

私は、本書面に基づき事業所より指定通所介護についての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。

ご利用者	住 所			
	氏 名			
代筆の場合の代筆者氏名 (ご利用者との続柄等)			続柄等	

代理人 (成年後見人等)	住 所	
	氏 名	