

指定通所介護重要事項説明書

(令和 年 月 日現在)

1. 事業の目的

デイサービスHAT（以下、「事業所」という。）が行う指定通所介護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、事業所の看護職員、介護職員等の者（以下、「従業者」という。）が、要介護状態の利用者に対し、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 事業所の従業者は、利用者に対し、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、介護保険法令の趣旨に従い通所介護計画に基づいて、介護その他の世話及び機能訓練を行う。
- ② サービス実施に当たっては、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、総合的なサービスの提供につとめるものとする。
- ③ 地域との結びつきにおいては、地区の住民に施設開放や常時交流を目指す。

3. 事業所の名称等

サービスを行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

| | |
|----------|------------------------|
| 事業所名称 | デイサービス HAT |
| 所在地 | 福島県郡山市富田西五丁目106番地 |
| 介護保険指定番号 | 指定通所介護事業所 (0770305290) |
| 電話番号 | 024-973-6201 |
| 管理者 | 島田 直樹 |

4. 従業者の職種、員数及び職務内容

事業所に勤務する従業者の職種、員数、及び職務内容は次のとおりとする。

- 1 管理者 1名
管理者は、事業所の従業者の管理及びサービスの管理を一元的に行う。
- 2 生活相談員 1名以上
生活相談員は、適切なサービスを利用してもらうため利用者と家族の連絡調整を行う。
利用者の自立支援に関する在宅介護全般にわたる相談を行う。
保険者や他機関との連絡調整を行う。
その他必要なことを行う。
- 3 看護職員 1名以上
看護職員は、利用者の健康状態を把握し異常の早期発見に努める。

- 4 介護職員 3名以上
介護職員は、利用者の心身の状況に応じ、介護技術の進歩に対応し、適切な技術をもってサービスの提供に当たる。
- 5 機能訓練指導員 1名以上
機能訓練指導員は、通所介護計画に基づき、利用者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、適切な機能訓練を計画的に行う。

同事業所の職員体制

| 職種 | 資格 | 計 | 常勤 | 非常勤 | 兼務の状況 |
|---------|-----------------|----------|----------|-------|-------------|
| 管理者 | | 1名(1) | 1名(1) | | 生活相談員兼務 |
| 生活相談員 | 介護福祉士 社会福祉主事 | 2名(1) | 1名(1) | 1名 | 1名管理者兼務 |
| 看護職員 | 正看護師 准看護師 | 1名 1名 | 1名 | 1名 | 2名機能訓練指導員兼務 |
| 介護職員 | 介護福祉士 1～2級修了 | 2名 3名 | 2名 2名 | 1名 | |
| 介護職員 | その他 | 2名(1) | 1名(1) | 1名 | 1名看護職員兼務 |
| 機能訓練指導員 | | 2名 | 1名 | 1名 | 2名看護職員兼務 |
| 送迎職員 | | 1名(1) | | 1名(1) | |

()内は、男性

5. 設備概要

同事業所の設備の概要は次のとおりとする。

| | | | |
|-------|------------------|-----|------|
| 定員 | 25名(通所型サービスを含める) | 静養室 | 1室1床 |
| 食堂 | 1室 | 相談室 | 1室 |
| 機能訓練室 | 1室 | 送迎車 | 4台 |
| 浴室 | 一般浴槽 2槽 | | |

6. サービス内容

指定通所介護の内容は次のとおりとする。

- ①通所介護計画の立案
 - ②食事
 - ③機能訓練
 - ④生活相談
 - ⑤介護
 - ⑥入浴
 - ⑦送迎
- 等

7. 営業日及び営業時間

(1) 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

① 営業日

月曜日から土曜日までとする。日曜日は定休日。

ただし、8月14日から8月16日、12月29日から1月3日までを除く。

- ② 営業時間 午前8時45分から午後5時45分
- ③ サービス提供時間 午前9時30分から午後4時30分
- ④ 延長サービス時間 午前8時45分から午前9時30分
午後4時30分から午後5時45分

8. 指定通所介護の実施地域

指定通所介護の実施地域を郡山市とする。

9. 利用料金

(1) 基本料金

① 1日あたりの通所介護利用料（通常規模）※1割負担の場合

【単位：円】

| | 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 | 8時間 以上 9時間 未満 | 入浴介助 加算Ⅰ | 介護職員 等処遇改 善加算Ⅱ |
|------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------|----------------------|
| 要介護1 | 370 | 388 | 570 | 584 | 658 | 669 | 40 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護2 | 423 | 444 | 673 | 689 | 777 | 791 | 40 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護3 | 479 | 502 | 777 | 796 | 900 | 915 | 40 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護4 | 533 | 560 | 880 | 901 | 1,023 | 1,041 | 40 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護5 | 588 | 617 | 984 | 1,008 | 1,148 | 1,168 | 40 | 合計単位数 の9.0% |

② 1日あたりの通所介護利用料（通常規模）※2割負担の場合

【単位：円】

| | 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 | 8時間 以上 9時間 未満 | 入浴介助 加算Ⅰ | 介護職員 等処遇改 善加算Ⅱ |
|------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------|----------------------|
| 要介護1 | 740 | 776 | 1,140 | 1,168 | 1,316 | 1,338 | 80 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護2 | 846 | 888 | 1,346 | 1,378 | 1,554 | 1,582 | 80 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護3 | 958 | 1,004 | 1,554 | 1,592 | 1,800 | 1,830 | 80 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護4 | 1,066 | 1,120 | 1,760 | 1,802 | 2,046 | 2,082 | 80 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護5 | 1,176 | 1,234 | 1,968 | 2,016 | 2,296 | 2,336 | 80 | 合計単位数 の9.0% |

③ 1日あたりの通所介護利用料（通常規模）※3割負担の場合

【単位：円】

| | 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 | 8時間 以上 9時間 未満 | 入浴介助 加算Ⅰ | 介護職員 等処遇改 善加算Ⅱ |
|------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------|----------------------|
| 要介護1 | 1,110 | 1,164 | 1,710 | 1,752 | 1,974 | 2,007 | 120 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護2 | 1,269 | 1,332 | 2,019 | 2,067 | 2,331 | 2,373 | 120 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護3 | 1,437 | 1,506 | 2,331 | 2,388 | 2,700 | 2,745 | 120 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護4 | 1,599 | 1,680 | 2,640 | 2,703 | 3,069 | 3,123 | 120 | 合計単位数 の9.0% |
| 要介護5 | 1,764 | 1,851 | 2,952 | 3,024 | 3,444 | 3,504 | 120 | 合計単位数 の9.0% |

④ 法定代理受領サービス外利用料

・昼食代（おやつ、お茶代含む） 1食あたり 590円（税込）

・レクリエーション費 1日あたり 50円（税込）

※ 当日のご利用キャンセルの場合、昼食代・レクリエーション費が掛かってしまいますので、ご了承ください。

※ 昼食提供なしの場合、お茶代として1日あたり110円（税込）をいただきます。

* 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業所に支払われない場合があります。その場合は一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、市・町・村の窓口へ提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

(2) 支払方法

毎月10日に請求をいたしますので、請求後5日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は、口座振替、現金払からご契約の際に選べます。

10. ご利用の手続き

(1) ご利用手続き

まずは、お電話等でお申し込みください。空きがあればご利用いただけます。

ご利用と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) ご利用終了手続き

①利用者の都合で終了される場合。

終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入院・入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合。
※この場合、所定の期間の経過をもって退所していただくこととなります。
- ・利用者がお亡くなりになった場合

③その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日間以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知します。
- ・利用者が、医療保険で他の病棟または病院に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または、入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知のうえ、契約を終了していただく場合がございます。尚、この場合、退院後に再度利用を希望される場合は、お申し出ください。
- ・やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖または縮小する場合は、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

1 1. 事業所のサービスの特徴等

| 事 項 | 有無 | 備 考 |
|--------------|----|--------------------|
| 男性介護職員の有無 | ○ | |
| 職員への研修の実施 | ○ | 年2回以上社内研修を実施しています。 |
| サービスマニュアルの作成 | ○ | |
| 身体的拘束 | × | |
| 第三者評価 | × | 実施しておりません。 |

1 2. 緊急時の対応方法

利用者に容態の変化等があった場合は、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

- ①風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止をすることがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

1 3. 事故防止

事故を未然に予防するために、当事業所では職員教育及び設備環境整備等、最大限の努力を行っています。しかし、転倒等を含む事故を完全に防げるものではありませんので、ご了承ください。

1 4. 事故発生時の対応

サービス提供時間内に発生した事故に対しては、ご家族・市町村介護保険担当課並びに居宅支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、賠償すべき事故に対しては、当事業所加入の損害保険により、その範囲内において賠償いたします。

1 5. 非常災害対策

管理者は非常災害に備えて防災計画を立て、定期的に非難・救出訓練を実施します。従業者は常に災害事故防止と利用者の安全確保に努めるものとします。

1 6. サービス内容に関する相談・苦情

①当事業所相談・苦情担当

当事業所のサービスに関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

☆サービス相談窓口☆

電話番号：024-973-6201 担当者：遠藤 憲子
(受付時間 月～土曜日 9:00～17:30)

②その他

当事業所以外に、各市町村の介護保険係等でも相談・苦情を受け付けています。

郡山市介護保険課 電話：024-924-3021
福島県運営適正化委員会 電話：024-523-2943
福島県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口
電話：024-528-0040

1 7. 当社の概要

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 名称・法人種別 | 有限会社ファルデザイン |
| 代表者役職・氏名 | 代表取締役 島田宏明 |
| 電話番号等 | 電話 024-961-4670 FAX 024-961-4674 |

令和 年 月 日

指定通所介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所 指定通所介護事業所 (0770305290)
所在地 福島県郡山市富田西五丁目106番地
名称 デイサービス HAT

説明者 所属 デイサービス HAT

氏名.....印

私は、契約書および本書面により、事業所から指定通所介護について重要事項の説明を受け、了承しました。

(利用者) 住所.....

氏名.....印

(代理人) 住所.....

氏名.....印

(立会人) 住所.....

氏名.....印

| 緊急連絡先 | | |
|-------|---------|--|
| | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 続柄 | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 続柄 | |
| 主治医 | 病院又は診療所 | |
| | 医師名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |