

# 指定通所介護

## 重要事項説明書

みどりデイサービスセンター

〒933-0842 高岡市横田町 1 丁目 2 番 25 号

TEL 0766-21-3960

FAX 0766-21-2054

# 通所介護サービス重要事項説明書

## みどりデイサービスセンター

<令和7年1月1日現在>

通所介護サービス提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

### 1 事業の目的及び運営の方針

当事業所は、介護保険法令に従い要介護状態にある利用者の意思及び人格を尊重し、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目標を設定します。適切な介護技術と知識をもって日常生活上の必要な援助及び機能訓練を計画的に行う事により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ならびに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る事を目的としています。また、利用者・ご家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明します。

### 2 事業者

事業者の名称	株式会社ケアホームみどり
事業者の所在地	富山県高岡市横田町1丁目2番25号
代表者名	代表取締役社長 寺崎 敏治
電話番号	(0766) 21-2040
ファクシミリ番号	(0766) 21-2054

### 3 利用施設【 指定通所介護事業所 】

富山県指定	平成16年6月1日指定 第1670201100号
施設の名称及び所在地等	みどりデイサービスセンター 0766-21-3960 富山県高岡市横田町1丁目2番25号
管理者	清水 千鶴

### 4 施設概要

#### (1) 建物

	定員	敷地面積	延床面積
みどりデイサービスセンター	30名	15.718.49 m <sup>2</sup>	2.171.73 m <sup>2</sup>

#### (2) 居室・設備

##### ◎ みどりデイサービスセンター

居室・設備の種類	室数	備考
食堂兼機能訓練室	1室	118.9 m <sup>2</sup>
相談室	1室	16.0 m <sup>2</sup>
浴室	2室	特殊浴室、一般浴室

## 5 営業日

	通所介護
営業日	月曜日～土曜日 ただし、8月15日・16日 及び12月30日～1月3日までの 年末年始を除く
受付時間	8時30分 ～ 17時30分
サービス提供時間帯	8時30分 ～ 17時00分

## 6 職員体制（主たる職員）

当事業所では、通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職 種	通 所 介 護
	みどりデイサービスセンター
	人 数（指定基準）
1. 管理者（兼務）	1名
2. 介護職員	4名以上
3. 生活相談員	1名
4. 看護職員（兼務）	1名
5. 機能訓練指導員（兼務）	1名

※職員の配置については指定基準を遵守し、基準を上回った配置をしています。

## 7 職員の勤務体制

職 種	通所介護
1. 介護職員	勤務時間： 8：00～17：00 8：30～17：30
2. 看護職員	勤務時間： 8：00～17：00 8：30～17：30

## 8 当事業所が提供するサービス

### ○介護保険給付対象サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>・ 食事時間：12時30分</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入浴又は清拭を行います。</li> <li>・ 寝たきり等で座位のとれない方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。</li> </ul>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。</li> </ul>

健康管理	・看護職員が健康管理を行います。
送迎	・利用者の心身の状況、家族の事情から見て必要な方に、送迎を行います。

## 9 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者申し出てください。

## 10 通常の事業の実施地域 高岡市

## 11 利用料金

【 通所介護 】 要介護と認定された方が対象

通常規模型通所介護費（1日あたり）

要介護度区分		利用時間	3時間以上 4時間未満 1回につき	4時間以上 5時間未満 1回につき	5時間以上 6時間未満 1回につき
		要介護1	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	3,700 円 ( 370 円 ) ( 740 円 ) ( 1,110 円 )	3,880 円 ( 388 円 ) ( 776 円 ) ( 1,164 円 )
要介護2	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	4,230 円 ( 423 円 ) ( 846 円 ) ( 1,269 円 )	4,440 円 ( 444 円 ) ( 888 円 ) ( 1,332 円 )	6,730 円 ( 673 円 ) ( 1,346 円 ) ( 2,019 円 )	
要介護3	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	4,790 円 ( 479 円 ) ( 958 円 ) ( 1,437 円 )	5,020 円 ( 502 円 ) ( 1,004 円 ) ( 1,506 円 )	7,770 円 ( 777 円 ) ( 1,554 円 ) ( 2,331 円 )	
要介護4	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	5,330 円 ( 533 円 ) ( 1,066 円 ) ( 1,599 円 )	5,600 円 ( 560 円 ) ( 1,120 円 ) ( 1,680 円 )	8,800 円 ( 880 円 ) ( 1,760 円 ) ( 2,640 円 )	
要介護5	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	5,880 円 ( 588 円 ) ( 1,176 円 ) ( 1,764 円 )	6,170 円 ( 617 円 ) ( 1,234 円 ) ( 1,851 円 )	9,840 円 ( 984 円 ) ( 1,968 円 ) ( 2,952 円 )	

要介護度区分		利用時間	6時間以上 7時間未満 1回につき	7時間以上 8時間未満 1回につき	8時間以上 9時間未満 1回につき
		要介護1	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	5,840 円 ( 584 円 ) ( 1,168 円 ) ( 1,752 円 )	6,580 円 ( 658 円 ) ( 1,316 円 ) ( 1,974 円 )
要介護2	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	6,890 円 ( 689 円 ) ( 1,378 円 ) ( 2,067 円 )	7,770 円 ( 777 円 ) ( 1,554 円 ) ( 2,331 円 )	7,910 円 ( 791 円 ) ( 1,582 円 ) ( 2,373 円 )	
要介護3	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	7,960 円 ( 796 円 ) ( 1,592 円 ) ( 2,388 円 )	9,000 円 ( 900 円 ) ( 1,800 円 ) ( 2,700 円 )	9,150 円 ( 915 円 ) ( 1,830 円 ) ( 2,745 円 )	
要介護4	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	9,010 円 ( 901 円 ) ( 1,802 円 ) ( 2,703 円 )	10,230 円 ( 1,023 円 ) ( 2,046 円 ) ( 3,069 円 )	10,410 円 ( 1,041 円 ) ( 2,082 円 ) ( 3,123 円 )	
要介護5	利用料金 (1割負担分) (2割負担分) (3割負担分)	10,080 円 ( 1,008 円 ) ( 2,016 円 ) ( 3,024 円 )	11,480 円 ( 1,148 円 ) ( 2,296 円 ) ( 3,444 円 )	11,680 円 ( 1,168 円 ) ( 2,336 円 ) ( 3,504 円 )	

但し、心身の状況から、利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難で、2時間以上3時間未満の利用の場合は、上記利用料金×0.7(円)に減算されます。

科学的介護推進体制加算(月額)	400円(1割負担:40円/2割負担:80円/3割負担:120円)
-----------------	-----------------------------------

サービス提供体制強化加算(I)	220円(1割負担:22円/2割負担:44円/3割負担:66円)
-----------------	----------------------------------

入浴サービスを希望された場合は、上記料金にサービス毎の料金が加算されます。

入浴介助加算(I)	400円(1割負担:40円/2割負担:80円/3割負担:120円)
-----------	-----------------------------------

個別機能訓練を希望された場合は、上記料金にサービス毎の料金が加算されます。

個別機能訓練加算 I イ	560円(1割負担:56円/2割負担:112円/3割負担:168円)
個別機能訓練加算 I ロ	760円(1割負担:76円/2割負担:152円/3割負担:228円)

送迎サービスを利用されない場合は、上記料金より減算されます。

送迎減算(片道)	470円(1割負担:47円/2割負担:94円/3割負担:141円)
----------	-----------------------------------

※料金設定の基本料金は、居宅サービス計画に定められた時間を基準とします。

※限度額超の場合は全額自己負担となります。

※介護職員等処遇改善加算(I)(基本サービス費に各種加算を加えた総額に9.2%を乗じた金額)

を負担して頂きます。

※基本料金と加算料金は、お持ちの「介護保険負担割合証」に記載されている負担割合にな

ります。ご確認ください。

## ○介護保険の給付の対象とならないサービス

＜サービスの概要と利用料金＞

- ① 食費（食材料費＋調理に係る費用） 780円(おやつ代を含む)  
利用者に提供する食事の材料及び調理に係る費用です。

◆食事締め切り時刻：午前9：30

上記の時刻を過ぎた場合、食事を召し上がっていても代金徴収となります。

- ② おむつ代
- |      |        |
|------|--------|
| 紙おむつ | 100円/枚 |
| 紙パンツ | 100円/枚 |
| パット  | 50円/枚  |

自宅から持参を原則としますが、不足が生じた場合は実費をいただきます。

- ③ 上記の他、通所介護の中で提供するサービスのうち、日常生活においても通常必要となる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は実費をいただきます。

なお上記、①～③の費用につきましては、経済情勢の大幅な変動等により料金を改定させていただく場合があります。その場合には、事業者は改定の1ヶ月前までには利用者に通知、説明し、同意をいただくものとします。また同意することができない場合には、利用者は契約を解約することができるものとします。

## 12 サービス利用料金の支払い

- (1) 利用者及び代理人は、要介護度に応じて所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担分:通常はサービス料金の1割、2割、3割)を事業者に支払うものとします。
- (2) サービスに関する利用料金は、翌月27日(金融機関が休日の場合はその翌日)に指定の口座から自動口座引き落としさせていただきます。  
(引き落とし手数料につきましては、施設負担とさせていただきます。)
- また、現金での直接支払いも受け付けておりますので、事前にご相談ください。

## 13 苦情の受付

- (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者)

( 清水 千鶴 ・ 押川 朋子 ・ 柴 宏美 )

○苦情解決責任者

( ケアホームみどり 施設長 上野 寛子 )

○第三者委員

( 津田 朋彦 )

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 (8:30～17:30)

- (2) 苦情処理の手順

担当者が書面に記録し、話し合いによる解決・改善に努めます。その際は、第三者委員に報告し必要な助言を受けます。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

高岡市 長寿福祉課	所在地 〒933-8601 高岡市広小路7番50号 電話番号 (0766) 20-1165・FAX (0766) 20-1364 受付時間 8:30~17:00 (土日祝日を除く)
富山県国民健康保険 団体連合会	所在地 〒930-8538 富山市下野字豆田995番地の3 電話番号 (076) 431-9833・FAX (076) 431-9834 受付時間 8:30~17:00 (土日祝日を除く)
富山県福祉サービス運 営適正化委員会 (富山県社会福祉協議会)	所在地 〒930-0094 富山市安住町5番21号 電話番号 (076) 432-3280・FAX (076) 432-6146 受付時間 9:00~17:00 (土日祝日を除く)

#### 14 第三者評価の実施

第三者評価は行っておりません。

#### 15 非常災害対策

- (1) 職員は、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。
- (2) 当事業所は消防法その他の法令に規定された消防設備等を設置するものとし、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、火災等災害時に消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう、職員に周知徹底します。
- (3) 当事業所は消防法第8条に規定する防火管理者をおきます。
- (4) 防火管理者は、消防法施行規則第3条に規定する消防計画(震災、風水害含む)を作成し、当該消防計画に基づき、消火、通報、避難等訓練を年2回以上行います。
- (5) 防火管理者は火災予防上の点検、検査を実施し、消防用設備等の点検、整備に立会いまた火気使用の取扱いの指導、職員に対する防災教育の実施、その他防火管理上必要な業務を行い、火災等非常災害時における対策を常に整備し、不慮の事態に備えるものとします。

#### 16 ハラスメント対策

- (1) 当事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者、またはその家族・代理人が職員に対して行う、身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント等の行為を禁止します。

#### 17 緊急時における対応

利用者に病状の急変が生じたとき、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行います。受診が必要と判断した場合、救急搬送以外の受診には家族・代理人の付き添いをお願いいたします。

\*基本的に急変時は救急車の要請を行います。

#### 18 事故発生時における対応

事故発生時、利用者の心身の状況に応じて、速やかに利用者の家族・代理人に連絡をとり、指示を得て対処するものとします。

## 19 事故発生後の対応

- (1) 利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、富山県、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって対応し、損害賠償を行います。

## 20 緊急やむを得ない身体拘束の対応

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、ご家族に説明し確認をいただくとともに、直ちに必要な事項について記録するものとします。

## 21 利用に当たっての留意事項

- (1) サービス提供時間に対し、遅刻・早退する時はその都度職員にお知らせください。
- (2) 身上に関する事項に変更が生じた時はお教えください。
- (3) 施設内の備品等を使用し、故意又は過失により滅失・破損・汚損した時は自己費用により原状に復するものとする。
- (4) 敷地内での喫煙は禁止。
- (5) 当施設内での宗教活動・政治活動・営利活動及びハラスメント行為の禁止。
- (6) 決められたもの以外の物の持ち込み・物のやり取り禁止（食べ物等）。

## 22 個人情報使用目的

### (1) 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合。

### (2) 使用する事業者の範囲

居宅サービス計画の中に記載された、サービスを提供する事業者。

### (3) 使用する期間

契約締結日より契約終了日まで。

### (4) 条件

- 1.個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 2.個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。



当施設では、利用者のプライバシーの保護を最重要課題としています。おそれいりますが以下の項目で同意できない項目があればお申し出下さい。

- |                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 同意します                    | 同意しません                   |                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 施設内の掲示物に写真の掲載を行うこと        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 施設内の掲示物にお名前・年齢等を表示すること    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 施設の発行する広報誌に写真を掲載すること      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 施設の発行する広報誌にお名前・年齢等を掲載すること |

私は、本書面に基ついて事業所の職員（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

以上、説明の証として本書を2通作成し、甲および乙は署名または記名、押印の上、各自1通ずつ所持します。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

利用者	住 所	〒		
	氏 名			
	電話番号	( ) -	FAX	( ) -
	本人との関係	(代理人)		
	住 所	〒		
	氏 名			
	電話番号	( ) -	FAX	( ) -