

令和 年 月 日

「指定１日型デイサービス」「指定通所介護」重要事項説明書

デイサービスセンターここから安東

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(広島県指定 第 3470204920)

当事業所はご契約者に対して指定１日型デイサービス・指定通所介護サービス事業（以下「サービス」）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当デイサービスセンターの利用は、原則として介護保険の認定の結果「要支援」「要介護」「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

１．事業者.....	２
２．事業所の概要.....	２
３．職員の配置状況.....	２
４．当事業所が提供するサービスと利用料金.....	３
５．緊急時の対応について.....	６
６．事故発生時の対応について.....	６
７．高齢者虐待の防止について.....	６
８．苦情の受付について.....	７
９．関係市町村並びに他の保険医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容....	７
１０．組織体制表	８

1. 事業者

- (1) 会社名 T&T WAM サポート株式会社
- (2) 会社所在地 広島県広島市中区八丁堀 15 番 10 号
- (3) 電話番号 082-227-4040
- (4) 代表者氏名 藤井 正大

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定 1 日型デイサービス・指定通所介護事業所
- (2) 事業所の目的 居宅において要支援・要介護状態にある高齢者に対し、適切な通所介護を提供することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターここから安東
- (4) 事業所の所在地 広島県広島市安佐南区安東 2 丁目 11-27
- (5) 電話番号 082-872-2900 F A X 082-872-1888
- (6) 事業所長（管理者）氏名 廣瀬 美里
- (7) 当事業所の運営方針 要支援・要介護状態等の心身の特性を踏まえて、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出来るよう、日常生活上の世話及び心身の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ります。
- (8) 開設年月 平成 16 年 6 月 1 日
- (9) 営業日及び提供時間

営業日	月曜日～金曜日、祝日営業
定休日	土日、12 月 29 日～1 月 3 日、8 月 13 日～15 日
受付時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：30～16：30

- (10) 利用定員 43人
- (11) 通常の事業の実施地域 安佐南区全域。 その他応相談とする。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定 1 日型デイサービス・指定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。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	
1. 事業所長（管理者）	1 名
2. 介護職員	5 名
3. 生活相談員（介護職員と兼務）	3 名
4. 看護職員（介護職員と兼務）	3 名
5. 機能訓練指導員（看護職員と兼務）	1 名

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金（通常 9 割）が介護保険から給付されます。

平成 30 年 8 月から一定以上の所得がある方については、利用者負担が 2 割もしくは 3 割となり、8 割もしくは 7 割が介護保険から給付されます。（年度によって異なります）

＜サービスの概要＞

① 運動器機能向上・個別機能訓練

機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

②食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

当事業所では、ご利用者の身体の状態、及び嗜好を考慮した食事を提供します。

ご利用者の食事の自立について、必要な支援を行います。

③入浴

ご利用者の状況に応じた適切な入浴を提供します。（援助します）

④送迎サービス

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。

介護サービスに準じて実施しますが、その他は本人・家族対応となります。

⑤排泄

排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑥その他自立への援助

教養、趣味、娯楽などの活動をしていただく機会を作るよう配慮します。

ご利用者及びそのご家族の介護等に関する相談や助言を行います。

＜禁止事項＞

① 当サービス内において利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動はご遠慮いただきます。また利用者同士の物品等のやり取りも責任を負いかねますため、ご遠慮いただきます。

② 適切な衛生管理を行う上で感染予防のため、お菓子等含む飲食物の持ち込みは禁止いたします（ただし、身体状況によりやむ負えない場合は除く）。また、事業所より提供する飲食物をお持ち帰りいただくことはできません。

〈サービス利用料金〉 広島市 1 単位＝10.45 円

(1) ご利用単位数×10.45 円のうちご契約者様の自己負担割合（1 割～3 割）に応じて、自己負担額が決定します。

【1 日型デイサービス】

ひと月あたり	事業対象者・要支援 1 要支援 2（週 1 回程度）	要支援 2 （週 2 回程度）
利用単位	1798 単位	3621 単位

加算項目	単位数
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88 単位/月 《事業対象者・要支援 1》
	176 単位/月 《要支援 2》
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	72 単位/月 《事業対象者・要支援 1》
	144 単位/月 《要支援 2》
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	24 単位/月 《事業対象者・要支援 1》
	48 単位/月 《要支援 2》
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	ひと月の総単位数×9.2%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	ひと月の総単位数×9.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	ひと月の総単位数×8.0%
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
送迎減算	事業所が送迎を行わなかった場合片道につきー47 単位 （週 1 回利用 376 単位が限度・週 2 回利用 752 単位が限度）

※各加算については、状況に応じて算定されない場合があります。

※サービス体制強化加算は、（Ⅰ）～（Ⅲ）のうち年度によっていずれかになります。

※上記の単位は月極の単位です。そのため何らかの都合で月に 1 回のみの利用となった場合も、この金額の負担が発生します。（食費等は別です）

【通所介護】

1回あたり (送迎を含む)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上 8時間未満	658単位	777単位	900単位	1023単位	1148単位
6時間以上 7時間未満	584単位	689単位	796単位	901単位	1008単位
5時間以上 6時間未満	570単位	673単位	777単位	880単位	984単位
4時間以上 5時間未満	338単位	444単位	502単位	560単位	617単位
3時間以上 4時間未満	370単位	423単位	479単位	533単位	588単位

その他、ご契約者の状況により加算されるサービス

加算項目	内容	単位数 (1回につき)
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	機能訓練指導員が、個別機能訓練計画に基づいた機能訓練を行った場合(専従1名以上、時間の定めなし)	56単位
個別機能訓練加算Ⅰ(ロ)	機能訓練指導員が、個別機能訓練計画に基づいた機能訓練を行った場合(専従1名以上、サービス提供時間通じて配置)	85単位
個別機能訓練加算Ⅱ	加算(Ⅰ)に加えて、個別機能訓練等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合	20単位/月
入浴介助加算Ⅰ	入浴介助を実施した場合	40単位
送迎減算	事業所が送迎を行わなかった場合	-47単位 (片道につき)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護福祉士が70%以上配置されている、または10年以上の介護福祉士25%以上配置されている場合	22単位
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護福祉士が50%以上配置されている場合	18単位
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	介護福祉士が40%以上配置、または7年以上の勤務年数のある者が30%以上配置されている場合	6単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	ひと月の総単位数×9.2%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	ひと月の総単位数×9.0%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	ひと月の総単位数×8.0%	
科学的介護推進体制加算	40単位/月	

※ADL 維持等加算

ADL 維持等加算(Ⅰ) 30 単位/月

ADL 維持等加算(Ⅱ) 60 単位/月

(算定用件を満たしたのち、算定があります。)

※介護職員等処遇改善加算は介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度額基準額の対象外となります。

※各加算については、状況に応じて算定されない場合があります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条参照）

- ・ 飲食費を 1 日につき 740 円 の料金を頂きます。(キャンセルの受付は当日 8:00 までとなります。受付時間以降につきましてはキャンセル代 740 円をご負担となります。)
- ・ ご契約者様が希望された場合、手芸等レクリエーションの材料費を頂きます。
- ・ オムツ代を必要に応じて実費として頂きます。
- ・ 散髪サービスを利用された場合、実費を散髪業者にお支払いください。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)と(2)の飲食費は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。

- ・ 銀行等での口座振替は月末締め翌月 27 日払いとなります。
- 口座振替が困難な場合はご相談ください。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 8 条参照）

- ・ 利用期間の前に、ご契約者様の都合により、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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。
- ・ 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曜日にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能な曜日を契約者に提示して協議します。
- ・ ご契約者がサービス利用している期間中でも利用を中止出来ます。その場合、すでに実施されたサービスに係わる利用料金をお支払い頂きます。

5. 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに家族、主治医、居宅介護支援事業所及び市町村等に連絡し、適切な処置を講じます。

6. 事故発生時の対応について

- ① サービスの提供により事故が発生した場合は、保険者、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所及び市町村等に報告し、適切な処置を講じます。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- ③ 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、損害賠償を速やかに行います。

7. 虐待の防止について

当事業所では、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げる通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。

虐待防止に関する責任者	管理者	廣瀬 美里
-------------	-----	-------

- (2) 虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報するように努めます。

- (3) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

- (4) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

- (5) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞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。

8. 苦情の受付について（契約書第 21 条参照）

- (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、速やかに具体的な対応をします。

○苦情受付窓口（担当者） 管理者 廣瀬 美里

○苦情解決責任者 統括 小松 亮介

○受付時間 8：30～17：30

○受付日 月曜日～金曜日 祝日営業 お盆・年末年始は除く

○電話番号 082-872-2900 ○FAX番号 082-872-1888

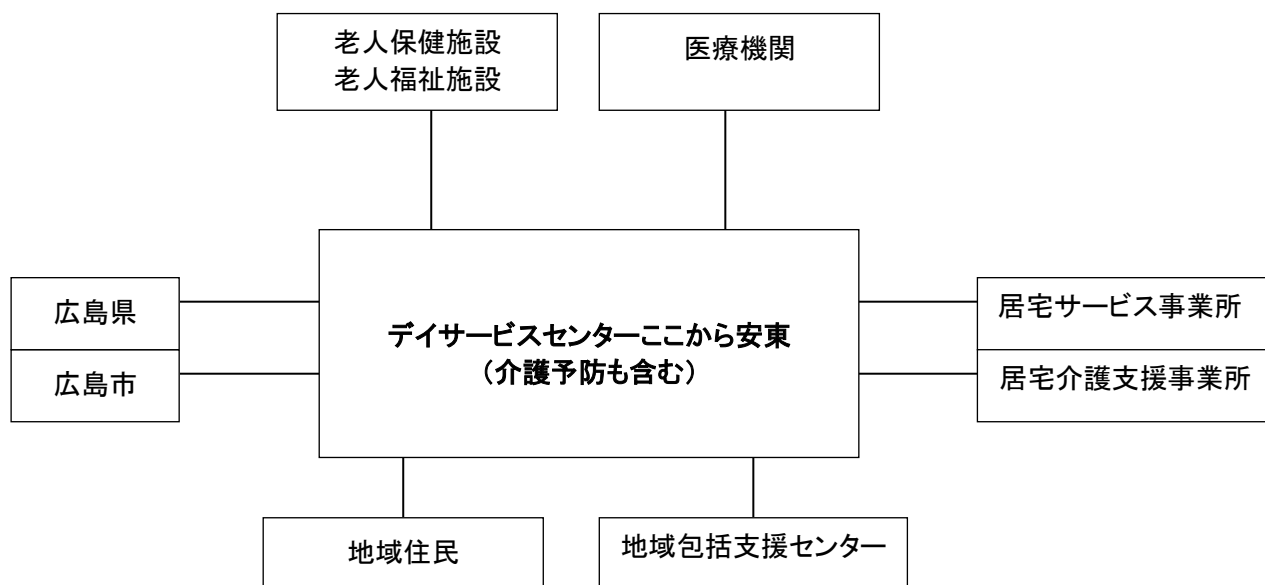
また、苦情受付ボックスを事業所に設置しています。

- ・担当者が不在の時は、基本的な事項は誰でも対応出来るようにし、担当者に引継ぎます。
- ・事実関係の調査をし、改善を講じるとともに記録の整備等を行い利用者・その家族に説明します。

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

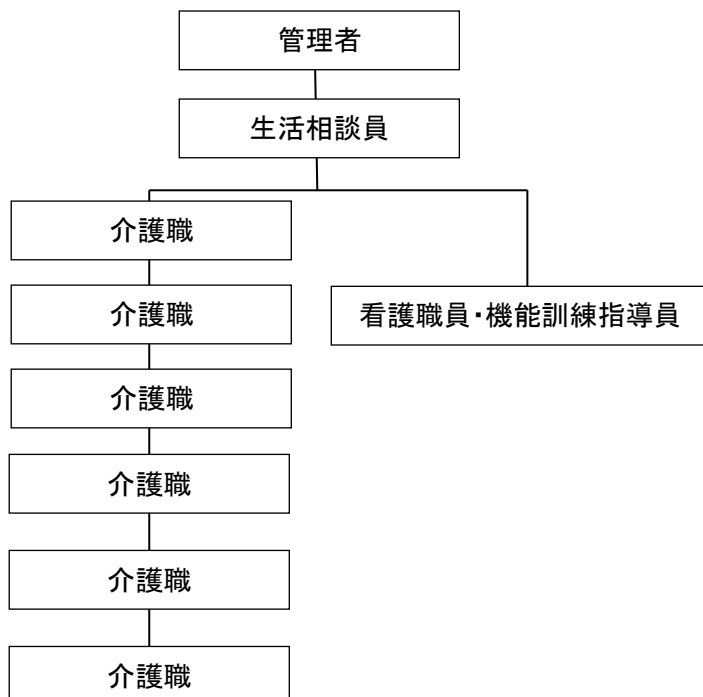
広島市安佐南区役所	所在地 広島市安佐南区古市 1 丁目 3 3-1 4 電話番号 082-831-4943 受付時間 9：00～17：00
広島県国民健康保険団体連合会	所在地 広島市中区東白島町 19-49 電話番号 082-554-0783 受付時間 9：00～16：00
広島県社会福祉協議会	所在地 広島市南区比治山本町 12-2 電話番号 082-254-3411 受付時間 9：00～16：00

9. 関係市町村並びに他の保険医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容



- ・適正な事業運営のため広島県、広島市の介護保険指導室等と連携を強化する。
- ・高齢者虐待及び困難事例の対応など、各区健康長寿課及び各地域包括支援センター、関係介護サービス事業所、医療機関と連携を密にし、利用者の自立支援、自己決定が支援できるよう協働していく。

10. 組織体制表



令和 年 月 日

事業者名 T&T WAMサポート株式会社

代表者 藤井 正大 印

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。

事業所名 デイサービスセンターここから安東

説明者 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明をうけ、指定1日型デイサービス・指定通所介護の提供開始に同意しました。

利用者（代理人） 住所 広島市

氏名 _____ 印 _____

続柄

個人情報使用同意書

私(利用者及びその家族)の個人情報については、担当職員()より以下の説明を受け、下記記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

1. 使用する目的

利用者のための個別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、介護支援専門員と連絡調整他、施設や医師への紹介において必要な場合。

2. 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。

令和 年 月 日

T & TWAMサポート株式会社
デイサービスセンターここから安東 様

利 用 者

住所 広島市 _____

氏名 _____ 印

代 理 人

住所 _____

氏名 _____ 印

利 用 者 家 族 代 表

住所 _____

氏名 _____ 印