

# 通所介護重要事項説明書

## 1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話	097-574-0211(午前9時～午後5時)
担 当	通所介護課長 中城 智子

## 2. ご利用施設の概要

### (1) 名称等

事業所の名称	光明園デイサービスセンター
所在地	大分県大分市大字大字志生木字西岡145番地の9
電話・FAX番号	097-574-0211・097-574-0210
管理者の氏名	原 清
事業者指定番号	4472400060号
通常サービス提供地域	大分市

### (2) 営業日及び営業時間

曜 日	月曜日～日曜日(9時～17時)
定 休 日	年始(1/1～1/2)

### (3) 職員体制

職 種	職 務 内 容	常勤換算	指定基準
管理者	施設運営全般	常勤 1名	1名
生活相談員	相談・援助	常勤 2名	1名
看護職員	保健・衛生・健康管理	常勤 2名	1名
介護職員	日常生活介護	常勤 8.5名	6名
事務職員	費用徴収事務等	常勤 1名	
運転手	利用者送迎	非常勤 1名	

### (4) 施設の概要

定 員	40名	静養室	1室2床
食 堂	1室 128.45㎡	相談室	1室
機能訓練室	2室 1室(137.08㎡、20.70㎡)	送迎車	6台
浴 室	一般浴槽・特殊浴槽・個人浴槽		

### 3. サービス内容(施設サービス計画に沿って下記のサービスを提供します)

種類	内容
食事	管理栄養士によって、利用者の心身の状態に適合した食事を提供します。
入浴	利用者の心身の状態に応じて、一般浴槽・特殊浴槽・個人浴槽の使用を行い、ゆっくり入浴ができるよう配慮いたします。
送迎	大型リフトバス、小型リフト車、小型自動車を使用して心身の状態に応じて送迎を行います。
機能訓練	利用者の状況に適合した機能訓練を、・看護・介護職員がご契約者の心身の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。
排泄	ご利用者の排泄の介助を行います。
口腔ケア	状況に適した口腔ケア・指導を看護・介護職員で行います。

### 4. 利用料等 要支援 1・2

#### (1) 利用料金

	要支援1(月)	要支援2(月)
利用料金	22, 260	43, 530
①保険給付(9割)	20, 034	39, 177
②自己負担(1割)	2, 226	4, 353

#### ◎ 加算(要支援)

	利用料金(月)	保険給付(9割)	自己負担(1割)
運動機能向上加算	2, 225(月)	2, 000	225
口腔機能向上加算	1, 500(月)	1, 350	150
サービス提供加算(要支援1)	240(月)	216	24
サービス提供加算(要支援2)	480(月)	432	48
昼食代(全額自己負担)		400円	

## (2)利用料金

(サービス利用料金)1回当り 3時間～4時間

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金	3,750	4,300	4,850	5,400	5,950
①保険給付(9割)	3,375	3,870	4,365	4,860	5,355
②自己負担(1割)	375	430	485	540	595

(サービス利用料金)1回当り 4時間～6時間

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金	4,990	5,780	6,570	7,350	8,140
①保険給付(9割)	4,491	5,202	5,913	6,615	7,326
②自己負担(1割)	499	578	657	735	814

(サービス利用料金)1回当り 6時間～8時間

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金	6,650	7,760	8,860	9,960	11,060
①保険給付(9割)	5,985	6,948	7,974	8,964	9,954
②自己負担(1割)	665	776	886	996	1,106

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス料金の全額をいったんお支払い頂きます。

要支援又は要介護の認定を受けた後、申請日にさかのぼり自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用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」を交付します。

※ご利用者によって加算がある場合があります。各種加算を届出た場合、利用者負担(1割)もご利用者個々に上乗せされます。

各種加算は次の通りです。(1日当たり)

	利用料金	保険給付(9割)	保険給付(1割)
入浴	500	450	50
機能訓練	270	243	27
口腔・機能向上	1,500 (月2回まで)	1,350	150
サービス提供加算	60	54	6
食材費(全額自己負担)	400		

(2) 介護保険給付の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利用者の負担となります。

項 目	内 容
レクリエーション・ クラブ活動	ご利用者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂くことができます。 ご利用料金:材料代などの実費はいただきません。 ※但し、個人的希望分については実費をいただきます。
複写物の交付	ご利用者は、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、コピーを必要とする場合は実費を負担いただきます。 ご利用料金:用紙サイズに関係なく1部 10円

※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ヶ月前までにご説明いたします。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡下さい。

ご利用日の前の営業日17時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日9時までにご連絡いただいた場合	
ご利用日の当日9時までにご連絡がなかった場合	

(4) お支払い方法

毎月、10日迄に前月分の請求をしますので、月末までにお支払い下さい。

お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中からご契約の際に選べます。

金融機関からの自動引き落としご利用できる金融機関:大分銀行佐賀関支店・佐賀関郵便局  
神崎郵便局・一尺屋郵便局・JA(農協)

これによりがたい場合は、下記口座にお振込みいただくか、窓口で現金でお支払い下さい。

なお、手数料は自己負担といたします。

大分銀行佐賀関支店:光明園デイサービスセンター 所長 原 清

口座番号:普通5035075

(5) 雑費について

自宅からオムツを持参されていない場合で、利用中にオムツが必要となった時は、オムツ代として利用料金と一緒に別途、請求させていただきます。 紙オムツ、リハビリパンツ:100円/1枚 尿とりパッド:50円/1枚

## 5. 重要事項説明時からサービス提供までの流れ

(1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方法については、利用後に作成する「通所介護サービス計画(ケアプラン)」に定めます。

「通所介護サービス計画(ケアプラン)」の作成及び変更は下記の通りです。

1. 当施設の介護支援専門員(ケアマネージャー)に通所介護サービス計画の原案作成やその為に必要な調査等の業務を担当させます。
2. その担当者は通所介護サービス計画の原案について、ご利用者及びそのご家族に対し説明し、同意を得た上で決定します。
3. 通所介護サービス計画は、居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合、もしくはご利用者及びご家族の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご利用者及びそのご家族と協議して、通所介護サービス計画を変更します。
4. 通所介護サービス計画が変更された場合には、ご利用者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2)ご利用者に係る「居宅サービス計画(ケアプラン)」が作成されていない場合のサービスの提供の流れは次の通りです。

### 1. 要介護認定を受けている場合

- ①居宅介護支援事業者の紹介など必要な支援を行います。
- ②通所介護サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- ③介護保険給付サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。  
(償還払い)

### 2. 要介護認定を受けていない場合

- ①居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- ②通所介護サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- ③介護保険給付サービスについては、暫定介護度にて利用料金をいったん全額お支払いいただきます。(償還払い)

<自立と認定された場合>

- ・ご利用は終了します。
- ・既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

## 6. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、ご利用者に対するサービスの提供にあたって、下記のことを遵守します。

- ①ご利用者の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調や健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上でご利用者から聴取、確認の上でサービスを提供します。
- ③ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の変更の申請の為に必要な援助を行います。
- ④ご利用者に提供したサービスについての記録を作成し、2年間保管するとともにご利用者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ご利用者に対する身体拘束やその他行動を制限する行為は行いません。ただし、ご利用者または他のご利用者の生命・身体を保護する為に緊急止むを得ない場合には記録を記載するなどの適切な手続きにより、身体を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に心身等の情報を提供します。

又、サービス担当者会議等において、ご利用者及びご利用者の家族の個人情報や居宅介護支援事業所等に必要に応じて提供します。又、ご利用者の円滑な退居のための援助を行う際には、あらかじめ文書でご利用者の同意を得ます。

## 7. サービス利用をやめる場合(ご利用の終了について)

利用の有効期間は、利用締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、利用期間満了の2日前までにご利用者からご利用終了の申し入れがない場合には、ご利用は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

利用期間中は、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のご利用は終了します。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご利用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、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者からの利用終了の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦事業者から利用終了の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照下さい。)

### I ご利用者からの利用終了の申し出

ご利用有効期間であっても、ご利用者からご利用を終了することができます。その場合には、利用終了を希望する日の7日前までに利用終了届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には即時にご利用を終了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ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者に係る居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合

### II 事業所から利用終了の申し出

以下の事項に該当する場合は、利用を終了させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、ご利用締結時に、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、その結果利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②サービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定め催告にも関わらずこれを支払わない場合

## 8. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、医師、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡し、必要な措置を講じます。

指定医療機関	医師	
	連絡先	
ご家族	氏名(続柄)	
	連絡先	

## 9. 非常災害対策

非常時の対応	別に定める、消防計画書にのっとり対応を行います。
防災計画	防火管理者が消防署との連携により計画を行います。
防災設備	スプリンクラー、消防用散水栓、消火器を整備しています。
防災訓練	毎月1回、避難・通報・救助訓練等の訓練を行います。
防火管理者	上田 耕平

## 10. サービス内容に関する相談・苦情担当

### (1) 相談・苦情担当

担当:生活相談員	電話 097-574-0211
氏名	中城 智子

### (2) その他

当施設以外にお住まいの市町村及び大分県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

大分市役所介護保険担当課	電話:097-534-6111
大分県国民健康保険団体連合会	電話:097-534-8470

## 11. 協議事項

本重要事項に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者は本人及び家族等と誠意を以って協議をするものとします。

平成 年 月 日

通所介護サービスの提供開始に当たり、利用者に対して本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 光明園通所介護事業所  
所在地 大分県大分市大字志生木字西岡145番9  
名称 光明園デイサービスセンター 印

説明者

所属 光明園デイサービスセンター  
氏名 通所介護課長 中城 智子 印



# 利用契約書

光明園通所介護事業所 所長 原 清「以下甲という。」と甲のサービス提供を受ける利用者「以下乙という。」との間に下記のとおり利用契約を締結する。

## 記

尚、利用契約締結にあたって利用計画内容は重要事項説明事項とし、甲は誠実にその責務を果たすものとする。

又、乙の受けるサービスについて、甲の重要事項説明を受け、納得の上で甲のサービス提供に同意することを約し、ここに利用契約を締結する。

契約事項を確実にするため重要事項説明書及び付属書類と利用契約書を双方保管するものとする。

平成 年 月 日

(甲)

大分県大分市大字志生木字西岡145番9

光明園デイサービスセンター

所長 原 清

印

(乙)利用者

氏名			明治 大正 昭和 年 月 日
住所	〒		
(TEL)	電話		印

上記の者にかかわる利用料の支払い等の一切の事柄について当方が責任を持って引き受ける事に了承します。

(乙)の代理人・身元引受人

氏名			
住所	〒		
(TEL)	電話		印
(乙)の縁故者			
氏名			
住所	〒		
(TEL)	電話		印

## 身体拘束の理念及び方針

### 第1条 目的

社会福祉法人親愛会の運営する施設において、そのサービスを利用する入所者及び利用者（以下、入所者等という。）の人権擁護とサービスの質の向上を図ることを目的に身体拘束廃止検討委員会実施規程を定める。

### 第2条 基本理念及び身体拘束の禁止

社会福祉法人親愛会の基本理念に基づき、法人の運営する施設においてその入所者等の身体拘束は原則的に行わない。

### 第3条 入所者等及び家族等への説明

入所者等及び家族等への説明は、重要事項説明書第6項6号において説明する。

- 2 第1項にも拘わらず、やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体拘束廃止検討委員会開催後改めてその内容等について説明し、承諾を得なければならない。

### 第4条 身体拘束廃止検討委員会

身体拘束廃止検討委員会は、施設長、生活相談員、介護支援専門委員会、看護師長、上席主任で構成し、必要に応じ担当ワーカーも出席する。

### 第5条 身体拘束廃止検討委員会の開催

身体拘束廃止検討委員会はその開催の必要が生じた時、施設長が招集する。

- 2 開催の必要が生じない場合でも、年2回以上開催しなければならない。

### 第6条 緊急やむを得ない身体拘束

入所者等の生命または身体を保護するためやむを得ない場合に限り一時的に身体拘束を行うことができる。

平成24年度 介護報酬改定に伴う、利用料金の変更についての再契約

(1)利用料金 要支援 1・2

	要支援1(月)	要支援2(月)
利用料金	20.990	42.050
①保険給付(9割)	18.891	37.845
②自己負担(1割)	2.099	4.205

◎ 加算(要支援)

	利用料金(月)	保険給付(9割)	自己負担(1割)
サービス提供加算(要支援1)	480(月)	432	48
サービス提供加算(要支援2)	960(月)	864	96
介護職員処遇改善加算 I		1.9%	
昼食代(全額自己負担)		400円	

(2)利用料金 要介護 1～5

(サービス利用料金)1回当り 3時間～5時間

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金	3.930	4.490	5.050	5.610	6.170
①保険給付(9割)	3.537	4.041	4.545	5.049	5.553
②自己負担(1割)	393	449	505	561	617

(サービス利用料金)1回当り 5時間～7時間

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金	5.920	6.960	8.000	9.040	10.090
①保険給付(9割)	5.328	6.264	7.200	8.136	9.081
②自己負担(1割)	592	696	800	904	1.009

(サービス利用料金)1回当り 7時間～9時間

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金	6.780	7.970	9.210	10.450	11.680
①保険給付(9割)	6.102	7.173	8.289	9.405	10.512
②自己負担(1割)	678	797	921	1.045	1.168

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス料金の全額をいったんお支払い頂きます。要支援又は要介護の認定を受けた後、申請日にさかのぼり自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されてない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用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」を交付します。

※ご利用者によって加算がある場合があります。各種加算を届出た場合、利用者負担(1割)もご利用者個々に上乗せされます。

各種加算は次の通りです。(1日当たり)

	利用料金	保険給付(9割)	保険給付(1割)
入浴	500	450	50
口腔・機能向上	1,500 (月2回まで)	1,350	150
サービス提供加算	120	108	12
介護職員処遇改善加算 I	1.9%		
食材費(全額自己負担)	400円		

通所介護(介護予防)サービスの利用にあたり、事業者は利用者に対して本書で重要な事項について説明を行い、利用者は説明を受けたことを確認しました。

平成 年 月 日

(利用者)  
住所

氏名 印

(代理人)  
住所

氏名 印

(事業者)

大分県大分市大字志生木字西岡145番地の9

光明園デイサービスセンター

所長 原 清 印