

令和 年 月 日

「指定通所介護」重要事項説明書

医療法人社団たつき会菅田医院

デイサービスセンターすみれ

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(呉市指定 3470503115)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護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。

◆◆目次◆◆

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1. 事業者 | 5. 緊急時における対応について |
| 2. 事業所の概要 | 6. 事故発生時の対応について |
| 3. 職員の配置状況 | 7. 苦情の受付について |
| 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金 | |

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人社団たつき会 菅田医院
(2) 法人所在地 広島県呉市川尻町東一丁目21番1号
(3) 電話番号 0823-87-2529
(4) 代表者氏名 理事長 菅田 宗樹

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所介護
(2) 事業所の目的 居宅において要介護又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な指定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 医療法人社団たつき会菅田医院 デイサービスセンターすみれ
(4) 事業所の所在地 広島県呉市安浦町内海北六丁目3番20号
(5) 電話番号 TEL 0823-70-6678 FAX 0823-70-6077
(6) 管理者氏名 名田 二三
(7) 運営方針 要介護状態にある高齢者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) 指定年月日 平成26年3月1日
(9) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（12月30日～1月3日は除く）	
サービス営業時間	通所介護	8:30～17:00
サービス提供時間	通所介護	8:30～16:30

- (10) 利用定員 35人
(11) 通常の事業の実施地域は呉市（川尻町・安浦町・仁方地区）、東広島市（黒瀬町兼沢・檜原地区）とし、その他の地域については相談に応じます。

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して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	職員数	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 介護職員（2名は生活相談員、5名は看護職員と機能訓練指導員と兼務）	11名	5名
3. 生活相談員（1名は介護職員、1名看護職員と機能訓練指導員と兼務）	2名	1名

4. 看護職員（介護職員と機能訓練指導員と兼務）	5 名	1 名
5. 機能訓練指導員（5 名は看護職員と介護職員と兼務）	5 名	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、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス及び利用料金

以下のサービスについては、利用料金（通常 9 割又は 8 割又は 7 割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事介助

- ・栄養及び利用者の身体の状態並びに嗜好を考慮した食事を提供します。必要に応じて介助を行います。

②入浴介助

- ・入浴又は清拭を行います。

③排泄介助

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、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。

⑤送迎サービス

- ・ご自宅と事業所間の送迎を行います。

⑥その他自立への援助

- ・日常生活上の世話（相談及び援助）

⑦サービス利用料金

	基本単位	利用料 (1日)	利用者負担金		
			(1割)	(2割)	(3割)
通所介護費 (7時間～8時間) [施設等の区分] 通常規模事業所	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

加算	利用料	利用者負担金			算定回数等
		(1 割)	(2割)	(3割)	
個別機能訓練加算(Ⅰ)口	760円	76円	152円	228円	個別機能訓練を実施した日数
個別機能訓練加算(Ⅱ)	200円	20円	40円	60円	個別機能訓練を実施した月
生活機能向上連携加算	1,000円	100円	200円	300円	生活機能向上連携加算を実施した月
入浴介助加算(Ⅰ)	400円	40円	80円	120円	入浴介護を実施した日数
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円	科学的介護推進体制加算を実施した月
ADL 維持等加算(Ⅰ)	300円	30円	60円	90円	ADL 維持等加算を算定した月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	220円	22円	44円	66円	通所介護費を算定した日数
介護職員 処遇改善加算(Ⅰ)	介護報酬算出方法(加算率 9.2%)に基づき算出した額				

(2) 介護保険の給付対象とならないサービスの利用料金

- ・食費の食材料費、調理費を1日につき690円の料金を頂きます。
※利用中止の場合、中止連絡が当日AM8:30を過ぎると食費を頂きます。
- ・利用者が希望された場合、手芸等レクリエーションの材料費を頂きます。
- ・利用者が希望され、外食や演劇鑑賞など外出レクなどを行った際は、実費として頂きます。
- ・オムツ代を必要に応じて実費として頂きます。
- ・通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用に対して送迎を行う場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から路程1キロメートル当たり40円を実費として頂きます。

(3) 利用料金の払い方法

- ・直接お支払いの場合は月末締め翌月初払いとなります
- ・銀行での引き落としの場合は月末締め翌月末日引き落としとなります(末日が土日祝の場合は金融機関の翌営業日)

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第8条参照)

- ・契約期間の前に、利用者の都合により、指定通所介護(指定介護予防通所介護)サービスの利用を中止又は変更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申し出てください。
- ・サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用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ご契約者に提示して協議します。
- ・利用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. 緊急時における対応について

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通所介護の提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業所及び市町等に連絡し、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. 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 名田 二三

○受付時間 9：00～17：00

○業務日 月曜日～土曜日（12月30日～1月3日は除く）

○電話番号 0823-70-6678

○FAX番号 0823-70-6077

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

呉市役所 介護保険課	所在地 電 話 受付時間	広島県呉市中央4丁目1番6号 0823-25-2626 8:30～17:15
東広島市役所 健康福祉部介護保険課	所在地 電 話 受付時間	広島県東広島市西条栄町8番29号 本館2階 082-420-0937 8:30～17:15
広島県国民健康保険 団体連合会	所在地 電 話 受付時間	広島県広島市中区東白鳥町19番49号 082-554-0783 8:30～17:15

令和 年 月 日

事業者名 医療法人社団たつき会菅田医院

代表者 理事長 菅田 宗樹

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 医療法人社団たつき会菅田医院 デイサービスセンターすみれ

説明者

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名

代理人 住 所

氏 名

続 柄 ()