

介護予防相当通所介護サービス 重要事項説明書

介護予防相当通所介護サービスに関わる重要事項について、以下に明記をします。
サービスのご依頼に際し、ご確認の上ご了承を頂く様、何卒お願い致します。

1 「サービス提供事業所の概要」

事業所名	グッドライフデイサービス
所在地	広島県福山市今町3番10号
電話番号	084-923-2788
FAX	084-923-7156
営業日	月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日 ※（12月31日から1月3日を除く）
営業時間	午前8時から午後5時まで
サービス提供時間	午前9時から午後4時10分まで
サービス実施地域	広島県福山市

2 「サービス提供事業者の概要」

法人名	医療法人 三宅会
代表者	理事長 三宅 潤一
本社所在地	広島県福山市東町一丁目1番18号
電話番号	084-923-0220
設立年月日	昭和63年10月6日
連携医療機関	三宅会グッドライフ病院
事業内容	介護予防支援、介護予防、居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、家事代行

3 「事業の目的」

通所介護事業の適切な運営を担保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援状態にある利用者に対し、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の支援及び機能訓練等の、適切な通所介護サービスを提供することを目的とします。

4 「運営の方針」

- ① 利用者が可能な限り居宅において、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、利用者の心身の状況や希望、置かれている環境を踏まえた適切な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。
- ② 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、並びに介護者の負担の軽減に資するよう、適切なサービス提供を行います。
- ③ 事業の実施に際し、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常に改善を図ることとします。
- ④ 通所介護サービスの提供に際し、常に利用者の意思や人格を尊重し、利用者の立場に立ち、中立公平なサービスに努めます。

5 「当施設の設備について」

項目	概要
床面積	1 階部分＝134.01 平方メートル
建築構造	鉄骨造 6 階建て
主な設備	食堂 兼 機能訓練室
	静養室＝1 室
	トイレ、車椅子用トイレ
	相談室＝1 室、事務室＝1 室

6 「事業所の人員体制」

職種	業務内容	常勤	非常勤	計
管理者	管理業務全般	1 名	0 名	1 名
生活相談員	相談業務全般	2 名	0 名	2 名
介護職員	日常介護業務全般	2 名	0 名	2 名
看護職員	看護業務全般	2 名	0 名	2 名
機能訓練指導員	機能訓練業務全般	2 名	名	2 名
調理員	調理業務全般	0 名	2 名	2 名

7 「提供サービスの概要」

① 「生活指導（相談及び助言）」

常に利用者の意向や心身の状況等を把握し、安心して在宅生活が送れるよう、関係機関との連携を図り、適切な助言や援助及び指導を行います。

② 「レクリエーションや日常生活動作訓練」

個々の利用者の身体状況を考慮し、希望に応じた日常生活動作の指導、ゲーム、体操、小物作り等の創作活動、趣味活動等を通じて、生活範囲の拡大と生きがい作りの支援を行います。

③「養護」

利用者が安全且つ安心してより快適な時間が過ごせるよう、手すりの設置等の環境整備とともに、積極的に寛げる空間作りを行います。

④「給食サービス」

利用者の日常の食事形態を基本とし、きざみ食等の身体状況を考慮した献立を作成します。また他の利用者や職員とともに、和やかな雰囲気の中で食事を楽しんで頂けるように配慮します。

⑤「入浴サービス」

入浴サービスの提供により身体の清潔を保持します。バイタルサイン等のチェック結果に応じて看護職員の助言の下で入浴を行います。

⑥「介護者への支援」

介護に関する他サービスの情報提供や情報交換により、介護者の精神的負担の軽減や介護に関する知識の向上のための支援を行います。

⑦「健康チェック」

施設到着後に、脈拍、体温、血圧測定を行います。利用者の健康状態を把握した上で、安全な通所介護サービスを提供します。

⑧「送迎」

利用者の体調や心身の状況等を考慮した送迎ルートの設定をし、安全で快適な送迎を行います。なお当日の交通事情等により、送迎時間に多少の誤差が生じる場合もありますのでご了承下さい。

利用者の事情でサービス提供時間に合わない時間帯となる場合は、家族による送迎となる場合がありますのでご了承下さい。なおその場合は利用単位数から片道につき47単位を減算します。

8「利用料金」

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金及び加算料金の1割または2割、3割となります。但し介護保険の給付範囲を超えたサービス利用分及び介護保険適用外の利用分は、利用者の全額自己負担となります。

【基本料金表】

要介護度	基本料金	介護保険適用時の 自己負担 1 割の場合	介護保険適用時の 自己負担 2 割の場合	介護保険適用時の 自己負担 3 割の場合
総合事業対象者	17,980 円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援 1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援 2	36,210 円	3,621円	7,242円	10,863円

※事業所と同一建物に居住する方、または同一建物から通う方に対しサービス提供を行った場合は、1月につき376～752単位を所定単位数から減算します。ただし傷病等により一時的に送迎が必要と認められる方に対してはこの限りではありません。

【加算料金表】

	加算料金	介護保険適用 時の自己負担 額 1 割の場合	介護保険適用 時の自己負担 額 2 割の場合	介護保険適用 時の自己負担 額 3 割の場合
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,600円	160円	320円	480円
栄養アセスメント加算	500円	50円	100円	150円
通所介護処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月間の所定単位数に9%を加算します。			

【実費料金表】

昼食代及びおやつ代 ※非課税	昼食代＝770円、おやつ代＝330円
オムツ	1枚＝150円 ※S～LL共通
リハビリパンツ ※税込み	1枚＝145円 ※S～LL共通
パット ※税込み	1枚＝100円 ※レギュラーサイズ
マスク ※税込み	1枚＝55円
行事・レクリエーション代	実費
営業エリア外の送迎費 ※税込み	営業エリアを越えた地点から1km毎に20円

※紙おむつ、リハビリパンツ等は、原則、各自持ち込みでお願いします。

※行事・レクリエーションで必要となる材料費等は、事前に書面等でお知らせします。

※営業エリア外の送迎は、通常のサービス実施地域を越えた地点からの距離になります。

※送迎コース等により、エリア外送迎の対応ができない場合があります。

【キャンセル料金】

	金額
サービス提供予定日の前日午後 5 時まで	無料
サービス提供予定日の前日午後 5 時以降	1,100 円（昼食代とおやつ代として）

※利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情による場合は、この限りではありません。

※キャンセル料金は非課税です。

【健康上等の理由によるサービスの中止料金】

事業者は以下の理由等によりサービスの継続や実施が困難と判断した場合、利用者に対するサービス提供を中止させて頂くことがあります。その際にサービス提供に相当する介護報酬が発生している場合は、居宅サービス計画に沿って介護保険給付料金の請求をさせていただきます。

状態や状況	金額
利用者が風邪や発熱等の場合	①サービス提供の開始以前 ⇒無料 ②サービス提供の開始以降 ⇒実費分の合計金額
当日の健康チェックの結果、利用者の体調が悪い場合	①サービス提供の開始以前 ⇒無料 ②サービス提供の開始以降 ⇒実費分の合計金額
サービス提供中に体調不良となった場合	実費分の合計金額

9 「サービスの利用開始」

電話等での申し込みの後、作成済みの居宅サービス計画に基づき日程の調整等を行い、確定後の開始となります。

10 「サービスの終了」

- ① 利用者の都合でサービスを終了する場合
サービス終了を希望する日の 1 週間前までに、文書等でご連絡を下さい。
- ② 事業者の都合でサービスを終了する場合
やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合があります。そ

の場合は、終了1ヶ月前までに文書にて通知致します。

③ 自動的に終了になる場合

以下の場合には自動的にサービスが終了となりますが、お手数ですが必ずその旨をお電話等で事業所までご連絡下さい。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・利用者の要介護認定区分が自立、または要支援1若しくは2と判断された場合
- ・利用者が亡くなった場合

1 1 「虐待防止について」

利用者の人権擁護、虐待防止等のため、必要な体制整備を行うとともに、サービス提供中に当該事業所の従事者、または養護者等による虐待が疑われる場合は、速やかにこれを保険者や居宅介護支援事業者に通報するものとします。

1 2 「守秘義務」

- ① 事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約の終了後も継続します。
- ② 予め文書により利用者の同意を得た場合は利用者の個人情報を、利用者の家族の同意を得た場合は利用者の家族の個人情報を、前項の規定に関わらず、別途定める同意書の内容に基づいて利用できるものとします。

1 2 「事故発生時の対応」

- ① 利用者に対するサービス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者等に連絡を行うとともに、迅速に必要な対応を行います。
- ② 当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。
- ③ 利用者に対するサービス提供により賠償すべき事由のある場合は、協議の上、損害賠償を速やかに行います。

1 3 「緊急時の対応」

サービスの提供中に容体の変化等の緊急の対応の必要が生じた場合は、事前の打ち合わせの内容に従い、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をするとともに、迅速且つ適切な対応をするものとします

【利用者の緊急連絡先】

主治医	病院名	
	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄)
	住所	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄)
	住所	
	連絡先	

1 4 「サービス内容等に関する相談、苦情等の窓口」

《事業所の窓口》 管理者：篠原 和也（しのはら かずや）	0 8 4 - 9 2 3 - 2 7 8 8
---------------------------------	-------------------------

《国保連の窓口》 広島県国民健康保険団体連合会	0 8 2 - 5 5 4 - 0 7 8 3
《福山市の窓口》 福山市役所 保健福祉局 長寿社会応援部 介護保険課	0 8 4 - 9 2 8 - 1 1 6 6

以下余白

- 事業者は利用者に対し「介護予防相当通所介護サービス」について、本書面に定めた重要事項を説明し、交付を行いました。

説明日 令和 年 月 日

◆事業者

【所在地】 広島県福山市東町一丁目1番18号
【事業者名】 医療法人 三宅会
【代表者氏名】 理事長 三宅 潤一
【事業所名】 グッドライフデイサービス
(事業所番号 3471509764)

◆説明者 【氏名】 _____

- 利用者は事業者から「介護予防相当通所介護サービス」について、本書面に定めた重要事項の説明を受け、その内容に同意をし、交付を受けました。

承諾日 令和 年 月 日

◆利用者 【氏名】 _____

◆立会者 【氏名】 _____

注：「立会者」は利用者と共に本重要事項の内容を確認し、また緊急時等において利用者の立場に立ち、事業者との連絡調整等を行うことが可能な方となります。なお「立会者」は、契約上の法的な義務を負うものではありません。

※代筆者 【氏名】 _____ 【続柄】 _____