

成華園多賀地域密着型通所介護サービス 重要事項説明書

1. 施設経営法人

- 法人名 社会福祉法人 正和会
- 法人所在地 〒319-1222 日立市久慈町4丁目19番21号
- 電話番号 0294-54-2385
- 代表者氏名 理事長 額賀 儀秀
- 設立年月 平成13年12月25日
- 実施サービス 特別養護老人ホーム 成華園
短期入所生活介護 特別養護老人ホーム 成華園（介護予防・総合事業を含む）
成華園 デイサービスセンター（介護予防・総合事業を含む）
成華園 多賀 デイサービスセンター（介護予防・総合事業を含む）
成華園 包括支援センター

2. 通所介護サービス事業所

- 事業所種類 地域密着型通所介護 茨城県指定 第0870201258号
- 事業所名称 成華園 多賀 デイサービスセンター
- 事業所所在 〒316-0003 日立市多賀町3丁目9番17号
- 電話番号 0294-38-6220
- 管理者氏名 大須賀 康博
- 開設年月 平成19年11月1日
- 利用定員 18人
- 提供地域 日立市
- 営業日 月曜日～土曜日（休業日：12／31～1／3・日曜）
- 営業時間 8：00～17：00
- サービス提供時間 9：00～16：00

3. 目的と運営方針

事業者は、原則として「要介護」と認定されたご契約者に対し、介護保険法に基づき、心身の状態に応じた適切なサービスと必要な機能訓練を行い、健康で明るい生活を営むことができることを目的とし、介護サービスに行き届いた配慮をします。通所介護計画は、可能な限り居宅における生活を念頭において、日常生活上の世話、機能訓練及び介護相談等を行うことにより、ご契約者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援します。

4. 職員の配置状況

(1) 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	常勤換算	指定基準
管理者	1名以上	兼務可
生活相談員	1名以上	1名
介護職員	1.5名以上	1.5名
看護職員	1名以上	兼務可
機能訓練指導員	1名以上	兼務可
栄養士	1名以上	兼務可

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延長時間数の総数を常勤職員の所定勤務時間数

(例：週40時間)で除した数です。

(例) 週30時間勤務の介護職員が2名いる場合、常勤換算では、
 $30時間 \times 2名 \div 40時間 = 1.5名$ となります。

(2) 主な職種の勤務体制

■生活相談員	常勤	8:00～17:00	又は	8:00～17:30
■介護職員	常勤	8:00～17:00	非常勤	9:00～16:00
■看護職員	常勤	8:00～17:00	非常勤	9:00～16:00

(3) 主な職員の職務内容

■生活相談員	日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援の相談・助言等を行います。
■介護職員	日常生活上の介護及び健康保持のため介護、介助等を行います。
■看護職員	健康管理や療養上の世話及び日常生活上の介護、介助を行います。
■機能訓練指導員	機能訓練（日常動作訓練）を担当します。

5. 事業者が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

■送 迎	ご契約者の居宅からサービス事業所までの送迎。
■相談対応	ご契約者やそのご家族の生活相談等の対応。
■健康チェック	体温・血圧・脈拍の測定等。
■入 浴	身体等の状況に応じた入浴の提供。
■食 事	栄養士の立てる献立により、栄養、身体の状況、嗜好を考慮した昼食の提供。 食事時間 12:00から提供。
■機能訓練	心身等の状況に応じて、歩行訓練・体操等の実施。（日常動作訓練）
■排 泄	排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助。
■レクリエーション	レクリエーション活動や創作活動、行事活動等。
■その他	その他必要な日常生活上の支援等。

(2) サービス利用料金

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金（自己負担額）及び加算並びに食費の合計をお支払い下さい。

ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。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、ご契約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。

① 要介護度におけるサービス提供時間と自己負担料金 (地域密着型通所介護)

サービス提供時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間
要介護1	436単位	657単位	678単位	753単位
要介護2	501単位	776単位	801単位	890単位
要介護3	566単位	896単位	925単位	1,032単位
要介護4	629単位	1,013単位	1,049単位	1,172単位
要介護5	695単位	1,034単位	1,172単位	1,312単位

※ 送迎料金はサービス料金に包括されます。

② 7～9時間の利用前後に時間延長がある場合

9時間以上10時間未満の場合	+ 50単位/日
10時間以上11時間未満の場合	+ 100単位/日
11時間以上12時間未満の場合	+ 150単位/日
12時間以上13時間未満の場合	+ 200単位/日
13時間以上14時間未満の場合	+ 250単位/日

③ 介護福祉士資格者が一定数確保されている。または、一定以上の勤続年数のある職員がいる評価。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位/日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6単位/日

④ 入浴介助加算（Ⅰ） 40単位/回 （Ⅱ） 55単位/回

（Ⅰ）施設で入浴介助を提供した際に算定する加算します。

（Ⅱ）浴室の環境を確認し、それを踏まえた「個別入浴計画」を多職種で作成し、計画に基づき個別の入浴介助を提供する際に加算します。

⑤ 別の機能訓練実施計画を3ヶ月に1回以上居宅を訪問した上で策定し、計画に基づき実施した場合、所定単位を加算します。

個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56単位/日
ロ	76単位/日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月

⑥ 若年性認知症ケア加算 60単位／日

若年性認知症の利用者を対象に、高齢者と提供単位を区分して、利用者の特性やニーズに応じ、サービスの提供を行った場合、1日につき所定単位を加算します。

⑦ 口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位／回
（Ⅱ） 160単位／回

口腔機能の低下している又はそのおそれがある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と見直しの一連のプロセスをした場合、原則3か月、月2回を限度、1回につき所定単位を加算します。（Ⅱ）は計画作成、実施、定期的な評価、見直しに加え、情報を構成労働省へ提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報、その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定します。

⑧ 栄養改善加算 150単位／回

低栄養状態にある又はそのおそれがある利用者に対し、管理栄養士が看護・介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と見直しの一連のプロセスを実施した場合、原則3か月、月2回を限度、1回につき所定単位を加算します。

⑨ 介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1月につき、＋所定単位×92/1000
介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 1月につき、＋所定単位×90/1000
介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 1月につき、＋所定単位×80/1000
介護職員処遇改善加算（Ⅳ） 1月につき、＋所定単位×64/1000

介護職員の処遇改善に関する見直しを介護報酬に円滑に移行するために、経過的な取り扱いとして、介護職員処遇改善加算を創設しました。

⑩ 認知症加算 60単位／日

認知症の症状の進行緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成し、計画に基づき実施した場合、所定単位を加算します。

⑪ 送迎減算 47単位／片道

利用者が自ら通う場合や家族が送迎を行い、事業所が送迎を実施していない場合は減算します。

⑫ 栄養アセスメント加算 50単位／月

管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応することで加算します。

⑬ 栄養改善加算 200単位／回 ※月2回を限度に

低栄養状態またはその恐れのある利用者に対して栄養相談等の栄養管理を行い、低栄養状態の改善を目的としたサービスを提供した際に加算します。

- ⑭ 口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20単位/月
(Ⅱ) 5単位/月

個々の口腔・栄養の状態を的確に把握し、利用者の「自立支援・重度化防止」に繋がるサービスを現場に促す一環として、口腔機能のスクリーニングを行うための加算します。

- ⑮ 科学的介護推進体制加算 40単位/月

利用者についてデータ収集を行い、それを活用した介護サービスを行うことを評価する加算します。

- ⑯ ADL維持等加算 (Ⅰ) 30単位/月
(Ⅱ) 60単位/月

利用者の自立支援・重度化防止に繋がるサービスの提供を事業所へ促すインセンティブとして、評価期間の中でADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えている事業所を評価し、次年度の介護報酬に上乗せ加算します。

- ⑰ 高齢者虐待防止措置未実施減算

原則身体拘束を行ってはならないこととし、身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することを義務付ける。

未実施の場合

所定単位数の100分の1相当を減算

- ⑱ 業務継続計画未策定減算

感染症や非常災害の発生時において継続的にサービスを実施するための計画を作成すること。

未実施の場合

所定単位数の100分の1相当を減算

地域区分

通所介護（介護予防・総合事業含む） 5等級 10,450円

（３）介護保険給付の対象とならないサービス

サービスの概要とご契約者の実費負担になるもの。（消費税が課税されます）

① 食費

利用料金：１日にあたり650円

特殊食形態、療養食提供時は差額実費負担

提供する食事に係る費用です。

② サービス実施地域外への送迎

交通費：１キロメートルあたり片道50円

サービス実施地域外の市町村にお住まいの方で、送迎サービスを希望される場合の交通費。

③理容サービス 利用料金：1回にあたり1,500円（外税）

理容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。

④レクリエーション材料費 利用料金：材料代等の実費

レクリエーションやクラブ活動に参加していただき、材料費が生じた場合。

これ以外に個別に提供したサービス内容に基づき、自己負担が発生した場合は実費をいただきます。

⑤複写物の交付 利用料金：コピー 1枚10円 写真1枚30円

ご契約者はサービス提供の記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要な場合は実費をいただきます。

⑥日常生活上必要となる諸費用実費 紙おむつ：165円 パット：110円（持参の場合を除く）

日常生活用品に要する費用で、負担いただくことが適当であるものにかかる料金です。

⑦サービス提供時間超過及び時間外の利用料金 利用料金：1時間あたり1,200円

⑧介護保険給付の支給限度を越える通所介護サービスに係る費用

支給限度額を超えるサービス分については介護保険法に記載されている単位数を元に実費負担頂きます。

（４）利用の中止、変更、追加

利用の予定日前に、ご契約者の都合により、通所介護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、サービス実施前日までに事業者申し出て下さい。

当日8：00以降に利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として食材料費相当をお支払いいただきます。

サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業者の稼働状況によりご契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能な日時を提示して協議します。

●利用予定日の当日8：00までに申し出があった場合 : キャンセル料はいただきません

●利用予定日の当日8：00までに申し出がなかった場合 : 食費（650円）をいただきます

※特殊食形態、療養食提供時は差額もご負担いただきます

6. 利用料金のお支払方法

サービスご利用に関する料金は、事業者が定める翌月の期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則としてI—NETでの引き落としとなります。振り込みによるお支払いの場合、振り込み手数料はご契約者の負担となります。また、当事業所への直接の持ち込みによるお支払いもお受け致しています。

振り込み先	: 常陽銀行 久慈浜支店 店番号 035
	普通 1466232 成華園 多賀 デイサービスセンター

7. ご相談苦情の受付について

(1) 事業者におけるご相談苦情の受付は以下の専用窓口で受け付けます。

また、意見受付ボックスを事務室カウンターわきに設置しています。

苦情受付窓口（担当者）	： 管理者兼生活相談員	大須賀 康博
	生活相談員	小野 美由紀
苦情受付時間	： 月曜日～土曜日	9：00～17：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

茨城県 長寿福祉推進課 ： 水戸市笠原町 978-6 029-301-3343

日立市役所 介護保険課 ： 日立市助川町 1-1-1 0294-22-3111

国民健康保険団体連合会 ： 水戸市笠原町 978-26 029-301-1565

(3) 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等 利用者の意見等を把握する取組の 状況	① あり	実施日	随時
		結果の開示	① あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし		
	1 あり	実施期間	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

8. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合にはその内容を踏まえ、契約締結時に作成する「通所介護計画」に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。

- 事業者は担当者に通所介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。
- 担当者は通所介護計画の原案を、ご契約者及びそのご家族に対して説明し、同意を得た上で決定します。
- 通所介護計画は、居宅サービス計画が変更された場合、もしくはご契約者及びそのご家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、通所介護計画を変更します。
- 通所介護計画が変更された場合には、ご契約者に対し書面を交付し、その内容を確認していただきます。

9. サービス提供における事業所の義務

事業者は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から状況を聴取、確認します。
- 非常災害時の計画を策定し、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又はそのご家族の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ご契約者に対する身体的拘束その他の行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者又は他のご

契約者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。

- ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者の症状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- 事業者及びサービス従事者は、個人情報保護法によりサービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に洩らしません。ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

<個人情報利用範囲>

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- ・ 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- ・ サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- ・ サービス利用にかかわる管理運営のため
- ・ 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ・ ご家族及び後見人様などへの報告のため
- ・ 当社サービスの、維持・改善にかかる資料のため
- ・ 当社の職員研修などにおける資料のため
- ・ 法令上義務付けられている、関係機関（医療・警察・消防等）からの依頼があった場合
- ・ 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ・ 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

<肖像権について>

当社の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する

同意しない

10. サービス利用の留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されているご契約者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

- 施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用ください。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を破損、汚損した場合、ご契約者の自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 事業者及びサービス従事者や他のご契約者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- 施設内の喫煙スペース以外での喫煙はご遠慮ください。
- 飲食物の持込みは、食中毒予防等健康管理を図るためご遠慮ください。

11. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を勘酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

令和 年 月 日

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。

通所介護事業者 成華園多賀デイサービスセンター

説明者職氏名 生活相談員

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの利用開始に同意しました。

契約者 住 所 _____

氏 名 _____

私は、以上の説明に立会い、内容について説明を受け、その内容を確認いたしました。

私は、契約者本人に意思を確認し、本人に変わり署名、契約いたしました。

本人との関係、続柄 _____

署名代行の理由 _____

住 所 _____

氏 名 _____