

## 牛田クリニックデイサービス重要事項説明書

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3470106232号)

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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」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	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 苦情の受付について	8

## 1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人社団 聖愛会  
(2) 法人所在地 広島県広島市安佐南区西原8丁目29番24号  
(3) 電話番号 082-850-3116  
(4) 代表者氏名 理事長 島筒 和史  
(5) 設立年月 昭和53年2月14日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成21年8月1日指定広島県3470106232号

※当事業所は、以下の加算対象サービスを実施しています。

- ・個別機能訓練(Ⅱ)
- ・栄養改善

- (2) 事業所の目的 要介護状態にある高齢者に対して適正な通所介護を行う
- (3) 事業所の名称 牛田クリニックデイサービス
- (4) 事業所の所在地 広島県広島市東区牛田本町3丁目6番4号
- (5) 電話番号 082-222-2450
- (6) 管理者 氏名 辰田 遥香
- (7) 当事業所の運営方針 運営規定参照
- (8) 開設年月 平成21年8月1日
- (9) 利用定員 20人 (通常規模事業所)

### 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 広島市中区(一部) 東区
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	年末年始・盆休みを除く月～金
受付時間	月～金 8:00～17:00
サービス提供時間	月～金 8:00から15:00

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防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>

職種	職員数
1. 管理者 (介護職兼務)	1名
2. 介護職員 (常勤2名 非常勤1名)	2名
3. 生活相談員 (常勤1名、非常勤1名)	2名
4. 看護職員 (非常勤)	2名
5. 機能訓練指導員 (非常勤) (看護職員兼務2名)	2名
6. 管理栄養士 (非常勤)	1名

#### <主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	8:00～17:00
2. 看護職員	8:30～15:30
3. 生活相談員	8:00～17:00
4. 機能訓練指導員	9:30～15:30
5. 管理栄養士	9:00～16:00

## 5. 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。

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<br>(2) 利用料金の全額をご契約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（契約書第4条参照）\*

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

☆加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

### <サービスの概要>

#### ☆共通的服务

##### ①食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・食事の準備、介助を行います。
- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・お弁当をご持参いただくことも可能です。その場合には、あらかじめ事業所に申し出て下さい。※事業所の判断で記載。

（食事時間）

11：40～12：30

##### ②排泄

- ・ご契約者の排せつの介助を行います。

##### ③送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

## ☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、**加算額の1割～3割**で追加料金としてご負担いただきます。

### 個別機能訓練（Ⅰ）イ

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し、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。

### 個別機能訓練（Ⅱ）

個別機能訓練計画書等の内容に関して、厚生労働省に提出しご利用者様の身体機能に対する目標・評価の見直し等をしてもらうことが目的となっております。

### 生活機能向上連携加算(Ⅱ)

訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーションのリハビリ職員が（委託事業者も含む）通所介護に訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成します。在宅で可能な限り自立した生活が送れるように、生活機能向上を図るためのサービスを実施します。

### 科学的介護推進体制加算

利用者様ごとの心身、ADL・認知症等の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出することにより、サービス計画の見直し・サービスの提供・その他サービスを適切かつ有効化に必要な情報として活用する為の加算になります。

### 栄養改善マネジメント

- ・管理栄養士等により、ご契約者の栄養状態、摂食・嚥下機能の状態等に応じて、栄養ケア計画を作成し、栄養状態を改善するためのサービスを実施します。
- ・月2回管理栄養士等が栄養改善サービスを提供した際に料金をいただきますが、それ以外の来所日も、栄養、摂食や嚥下に配慮した食事介助等を行います。また、3ヶ月を限度として実施しますが、所定の栄養状態の改善がない場合には、さらに継続してサービスを受けることができます。

### 認知症加算

#### 中重度者ケア体制加算

認知症高齢者や中重度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、介護職員又は看護職員を指定基準よりも常勤換算方法で複数以上加配している為、加算として評価する。

- ・ 認知症加算については、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者に対して加算されます。
- ・ 中重度者ケア体制加算については、当事業所の利用者全員に対して加算されます。

#### サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

当事業所では、介護福祉士の人数 70%または、勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25% 在籍しているため加算されます。

#### 介護処遇改善加算(Ⅰ)

一か月あたりのサービス利用料金の合計額（加算を含む）別途 5.9%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇改善（賃金引き上げなど）に取り組む為加算されます

#### 特定介護処遇改善加算(Ⅰ)

一か月あたりのサービス利用料金の合計額（加算を含む）別途 1.2%相当の特定介護処遇改善加算が加わります。キャリア（10 年以上の経験・技能）のある介護職員に対し、更なる処遇改善（賃金引き上げ）に取り組む為に加算されます。

#### 介護職員等ベースアップ加算

一か月あたりのサービス利用料金の合計額（加算を含む）別途 1.0%相当の介護職員等ベースアップ加算が加わります。介護職員等ベースアップ加算は、介護職員の処遇改善（賃金引き上げなど）に取り組む為加算されます

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第6条参照）

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額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

## ☆共通的服务

通常規模 6時間以上 7時間未満 8:50～15:00

要介護度 利用料金	要介護 1 6,102 円	要介護 2 7,200 円	要介護 3 8,318 円	要介護 4 9,941 円	要介護 5 10,533 円
自己負担額 1割	610 円	720 円	831 円	1,046 円	1,053 円
自己負担額 2割	1,220 円	1,440 円	1,662 円	2,092 円	2,106 円
自己負担額 3割	1,830 円	2,160 円	2,493 円	3,138 円	3,159 円

## ☆加算対象サービス

加算対象 サービス利用料金	個別機能 訓練加算 (I)イ 1日につき 585 円	個別機能 訓練加算 (II) 1月につき 209 円	生活機能 向上連携加算Ⅱ 1日につき 2,090 円	科学的介護推進体 制加算 1月につき 418 円	サービス体制強 化加算Ⅰ 1日につき 229 円
自己負担額	59 円	21 円	209 円	42 円	22 円

加算対象 サービス利用料金	栄養改善加算 1回につき 1567円 (月2回を限度)	認知症加算 1日につき 620円	介護職員処遇改善加算 (I) 介護保険利用分9.2%
自己負担額	157円	63円	月の利用単位数による

※以下のサービスを利用される場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス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)。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。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(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、第6条参照) \*

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

#### 〈サービスの概要と利用料金〉

##### ①食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり700円 (おやつ・飲み物代込)

##### ②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

##### ③複写物の交付

ご契約者は、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、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

#### ④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

☆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1か月前までにご説明します。

### (3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

- ・現金払い **※原則現金支払いをお願いしております。**
- ・口座振替
- ・銀行振込み 広島銀行 牛田支店 普通預金 3063317

### (4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止、変更、又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申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
----------------------	----

○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期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. 苦情の受付について (契約書第20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専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (担当者)

管理者 辰田 遥香

生活相談員 中司 菜々枝

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:00～17:00

## 介護サービス時の説明内容について

### 1. 誤嚥について

加齢により飲み込む機能が低下し、誤嚥による窒息、肺炎の発症という事態が生じることがあり、場合によっては死に至ることがあります。

### 2. 転倒・転落事故について

- ①. 転倒転落には注意しておりますが、職員が付きっきりで対応できないので、事故を未然に防ぐことができない事があり、その場合は責任を負いかねます。
- ②. 利用者の状態によって、身体拘束せざるを得ない状況になった場合、ご家族様の承諾をいただくことがあります。
- ③. 徘徊等により施設の外に出て行方が分からなくなった場合、至急連絡させていただきます。

### 3. 感染症について

集団での活動・生活のため、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症に感染し、身体レベルが非常に悪化し急変することや、死に至ることもあります。

令和      年      月      日

指定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。

牛田クリニックデイサービス

説明者職名      生活相談員      氏名      中司      菜々枝

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、指定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