

## 通所介護・介護予防型通所サービス重要事項説明書

## 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 天真会
主たる事務所の所在地	〒791-1112 松山市南高井町333番地
代表者（職名・氏名）	理事長 清水 恵太
設立年月日	昭和57年3月15日
電話番号	089-976-7777

## 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	みなみの杜デイサービスセンター	
管理者	木築 加奈	
サービスの種類	通所介護サービス・介護予防型通所サービス	
事業所の所在地	〒791-1112 松山市南高井町320番地1	
電話番号	089-970-7370	
指定年月日・事業所番号	平成16年5月11日指定	松山市3870104035号
実施単位・利用定員	1単位	月曜日～土曜日：35名
通常の事業の実施地域	松山市、東温市、伊予市、伊予郡砥部町、伊予郡松前町とする。 ただし、島嶼部及び旧北条市、旧中山町、旧広田村、旧双海町を除く。	
第三者評価	(1) 第三者による評価の実施状況： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (2) 実施した直近の年月日： 2023年 5月 12日 (3) 実施した評価機関の名称：ビューロー・ベリタスジャパン株式会社 (4) 当該結果の開示状況： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護・要支援又は事業対象者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話又は支援及び機能訓練の適切な通所介護、介護予防型通所サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	事業の実施に当たっては、要介護者等となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が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できるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話又は支援、機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

#### 4. 提供するサービスの内容

- |                |            |
|----------------|------------|
| 一 日常生活上の世話及び支援 | 五 レクリエーション |
| 二 食事の提供        | 六 健康チェック   |
| 三 入浴           | 七 送迎       |
| 四 機能訓練         |            |

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時00分まで

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態	勤務の人数
	職務内容	
管理者	常勤	1名（介護職員と兼務）
	従業者の管理、利用申し込みに係る調整、業務の実施状況等の一元管理	
生活相談員	常勤	2名以上（介護職員と兼務）
	利用者・家族からの相談受付、利用申し込みに係る調整の補助	
看護職員	常勤	2名以上（機能訓練指導員と兼務）
	利用者の健康管理	
介護職員	常勤・非常勤	8名以上（管理者、生活相談員と兼務）
	利用者の日常生活上の世話又は支援	
機能訓練指導員	常勤	2名以上（看護職員兼務）
	利用者の機能訓練の実施	

## 7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた額**となります。ただし、介護保険の支給限度額に含まれないサービスを利用する場合、利用料の全額をご負担いただきます。

### (1) 介護予防型通所サービス

#### 【基本料金】

	松山市・伊予郡松前町	東温市・伊予市・伊予郡砥部町
事業対象者 要支援1	月に4回以上： 17,980円/月	月に4回以上： 17,980円/月 日割： 590円/日
	月に3回まで： 4,360円/回	
	日割： 590円/日	
支援2	月に8回以上： 36,210円/月	月に8回以上： 36,210円/月 日割： 1,190円/日
	月に7回まで： 4,470円/回	
	日割： 1,190円/日	

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額
		基本利用料
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	事業対象者・要支援1	720円/月
	事業対象者・要支援2	1,440円/月
科学的介護推進体制加算	事業対象者・要支援1・要支援2	400円/月
口腔機能向上加算（Ⅰ）	利用者ごとに口腔機能改善について計画を立て評価した場合	月に1回を限度とし 1回につき1,500円/月
介護職員等処遇 改善加算（Ⅰ）	介護職員の処遇改善に関して、 一定の改善基準を超えた場合	保険算定報酬合計の9.2%

【減算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額
		基本利用料
同一建物減算	事業対象者・要支援1	3,760円/月
	事業対象者・要支援2	7,520円/月

(2) 通所介護サービス

【基本利用料（通常型通所介護費：1日につき）】

利用内容	3時間以上4時間未満	4時間以上5時間未満	5時間以上6時間未満
要介護1	3,700円	3,880円	5,700円
要介護2	4,230円	4,440円	6,730円
要介護3	4,790円	5,020円	7,770円
要介護4	5,330円	5,600円	8,800円
要介護5	5,880円	6,170円	9,840円

利用内容	6時間以上7時間未満	7時間以上8時間未満
要介護1	5,840円	6,580円
要介護2	6,890円	7,770円
要介護3	7,960円	9,000円
要介護4	9,010円	10,230円
要介護5	10,080円	11,480円

注1：利用者負担につきましては、原則として介護保険負担割合証に応じた額となります。

注2：特別な事情で2時間～3時間の利用をした場合、4時間以上5時間未満の料金の7割の金額をいただきます。

注3：同一建物利用に該当する方は、1日につき基本利用料より940円減算となります。

注4：送迎を事業所にて行わない場合は、片道につき基本利用料より470円減算となります。

注5：介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦利用料の全額を支払っていただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日お住まいの市町村窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

【加算：1日につき】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算額
入浴介助加算（Ⅰ）	400円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	180円/日
科学的介護推進体制加算	400円/月
口腔機能向上加算（Ⅰ）	月に2回を限度として、 1回につき 1,500円/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	保険算定報酬合計の9.2%

※入浴介助加算（Ⅰ）

入浴中の利用者の観察を含む介助を適切に行った場合に算定します。利用者側の事情により入浴を実施しなかった場合は算定しません。

※サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

事業所の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上である場合に算定します。

※科学的介護推進体制加算

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて通所介護計画書を見直すなど、必要な情報を活用している場合に算定します。

※口腔機能向上加算（Ⅰ）

利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し定期的に記録、評価している場合に算定します。

※介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員について、職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系の整備及びキャリアパス要件Ⅳ相当の加算額の 2 分の 1 以上を月給の改善に充て、かつ職場環境の改善に取り組んでいる場合に算定します。

(3) その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき600円の食費をいただきます。
そ の 他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。
暫定利用	支援認定等の申請から認定通知までの期間について、支援認定等の結果が非該当の場合は、改めて利用開始日に遡り自費サービス契約による利用となります。

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
利用予定日の当日午前9時までにご連絡いただいた場合	利用料の10%
利用予定日の当日午前9時までにご連絡いただけなかった場合	利用料の20%

## 2. キャンセル料の同意

上記キャンセル料の支払いを受ける場合には、あらかじめ利用者又はその家族に対して説明を行い、利用者の同意を得ます。

### (5) 支払い方法

当月料金の合計額の請求に明細を付して、利用月の翌月 10 日までに利用者へ請求します。利用料金の自己負担分の合計を翌月 20 日までに現金（クレジットカードも使えます）または自動引き落としによりお支払いください。その他、詳細はお尋ねください。

## 8. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	相談担当 木築 加奈 電話番号 089-970-7370 営業：月曜日から土曜日 8：30～17：00
---------	-----------------------------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付 機関	松山市役所指導監査課 営業：月曜日から金曜日（祝日除）8：30～17：15	電話番号 089-948-6968
	愛媛県福祉サービス運営適正化委員会 営業：月曜日から金曜日 9：00～12：00 （祝日除） 13：00～16：30	電話番号 089-998-3477
	愛媛県国民健康保険団体連合会 営業：月曜日から金曜日（祝日除）8：30～17：00	電話番号 089-968-8700

## 9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待等の防止のために次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催。
- (2) 虐待防止委員会での検討結果を従業者に周知。
- (3) 虐待防止のための指針を整備。
- (4) 虐待を防止するための研修を定期的開催。
- (5) 前四号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置。

虐待防止に関する責任者	管理者 木築 加奈
-------------	-----------

(6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

## 10. 非常災害対策

- (1) 非常災害に関する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、事業所の見やすい場所に掲示します。
- (2) 前項の計画に基づき、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。

## 11. 衛生管理対策

- (1) サービスの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 当事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 利用者様及びご家族の食中毒又は感染症により、他の利用者様のご迷惑となる場合はサービスの提供をお断りすることがあります。また、インフルエンザ発症の場合は、診断日から7日間のサービス利用を休みとさせていただきます。
- (4) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

## 12. 秘密保持等

- (1) 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (3) 事業者は、従業者であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (4) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得ます。

## 13. その他運営に関する重要事項

- (1) 事業者は、従業者の質的向上を図るため、研修機関が実施する研修や事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保します。
- (2) 事業者は、サービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- (3) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、事業者と事業所の管理者との協議に基づいて別途定めます。

14. 緊急／事故発生時の対応方法

(1) サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター、市町村等必要箇所へ連絡します。

緊急連絡先		
	①	②
氏名	続柄	続柄
住所	〒	〒
電話番号		
	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日
	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日
	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日
主治医連絡先		
医療機関名		
医師名		
住所		
電話番号		

(2) 利用者に対する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、速やかに損害賠償を行います。

■緊急を要する際の搬送先決定権者の確認

緊急時の医療機関等への搬送先については、

( 家族へ確認 ・ サービス事業者の判断 ) で対応したので構いません。

※重要事項説明者 : \_\_\_\_\_

