

重要事項説明書

通所介護

事業所名

デイサービスキリン堂

株式会社 キリンドウベスト

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、契約上ご注意頂きたい事を次の通り説明します。

| 目次 |
|----------------------------|
| 1. 事業者 |
| 2. 事業者の概要 |
| 3. 事業実施地域及び営業時間 |
| 4. 職員の配置 |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金 |
| 6. 緊急時の対応について |
| 7. 秘密の保持と個人情報の保護について |
| 8. 事故発生時の対応方法について |
| 9. 非常災害対策 |
| 10. 苦情の受付について |
| 11. 記録の保管 |

1. 事業者

- (1) 会社名 株式会社 キリンドウベスト
- (2) 所在地 兵庫県小野市中町413-5
- (3) 連絡先 電話:0794-62-3700 FAX:0794-62-2202
- (4) ホームページ <https://www.kirindobest.co.jp>
- (5) 代表者 代表取締役 金子 孝
- (6) 事業内容 介護事業(通所介護・介護予防通所介護・居宅支援事業所)
- (7) 設立年月日 平成19年10月2日

2. 事業所概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所 ・閉じこもり予防型通所サービス事業所
事業所番号 第2871900615号
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご契約者(利用者)がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、ご契約者に日常生活を営むために必要な介護並びに健康保持の為に相談・助言等を行い、通所介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 デイサービス キリン堂
- (4) 施設所在地 兵庫県小野市王子町25番地の1
- (5) 連絡先 電話番号 :0794-63-9722
ファックス :0794-63-9723
- (6) 管理者 氏名 坂本 達也
- (7) 開設年月日 平成24年3月1日
- (8) 利用定員 30名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常事業の実施地域

小野市・三木市・加東市・加西市

実施地域内の交通費はサービス利用料金に含まれます

(2) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日、祝日(定休日は日曜日、12月31日～1月3日)祝日は営業 |
| サービス提供時間 | 8時45分～16時45分 |

4. 職員の配置

当事業所では、ご契約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 〉

| 職員体制 | 常勤(非常勤) | 兼務者 | 資格など |
|------------|---------|-----|------------------|
| 1. 管理者 | | | 介護福祉士 |
| 2. 生活相談員 | | | 介護福祉士 |
| 3. 介護職員 | | | 介護福祉士・ホームヘルパー2級等 |
| 4. 機能訓練指導員 | | | 理学療法士・柔道整復師等 |
| 5. 看護師 | | | 看護師・准看護師 |
| 6. 調理員 | | | 調理師 |

〈 主な職員の勤務体系 〉

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|------------|--------------------------|
| 1. 介護職員 | 勤務時間 8時15分～17時30分 (シフト制) |
| 2. 生活相談員 | 勤務時間 8時30分～17時30分 |
| 3. 機能訓練指導員 | 勤務時間 8時30分～17時30分 |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所は、ご利用者様に対して以下のサービスを提供します。

5.1 通所サービス

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、ご利用料金の7割～9割が介護保険から給付されます。

〈 サービスの概要 〉

① 基本内容

- ・ ご利用者様の状態に合わせ身体を動かしたり、ご利用者様間でのコミュニケーションを取ることで、張りのある楽しい時間を提供いたします。

② 入 浴

- ・ 入浴介助にて安心して入浴していただきます。(希望されておられる方でも、当日の健康状態により、やむなく中止させていただく場合もあります。)

③ 排 泄

- ・ ご利用者様の排泄介助を行います。

④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご利用者様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、維持するための訓練を行います。

⑤ 健康管理

- ・ 看護師・介護職員が健康管理を行います。

⑥ 送迎サービス

- ・ ご利用者様のご自宅と事業所間の送迎を行います。

⑦ 一日のサービス内容

- ・ 当施設では「居宅サービス計画」に沿って、「通所介護計画書」を作成いたします。
ご利用者様やご家族様の意向や心身の状況を踏まえて、ご説明を行い同意をいただき、サービスの提供を行います。

(サービス日課例)

| 時 間 | 内 容 |
|---------------|---------------------------|
| 8時15分～ | 送 迎 |
| 9時00分～ | バイタルチェック(体温、血圧等) お茶 |
| 10時00分～12時00分 | 機能訓練、レクリエーション活動、入浴等 |
| 12時00分～13時00分 | 昼 食 |
| 13時00分～15時00分 | 機能訓練、静養、入浴、レクリエーション活動、外出等 |
| 15時00分～16時00分 | おやつ、レクリエーション他 |
| 16時00分～16時30分 | カラオケ、帰宅準備、送迎 |

(ご利用者様の状況、天候等で変更有)

〈 サービス利用料金 〉

別紙料金表1より、ご利用者様の要介護度とご利用時間に応じた料金となります。

お支払い頂く金額は、介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)ををお支払いいただきます。金額は記載単位に10を乗じた金額となり、ご利用者様の負担金額は料金の10%～30%となります。

また、ご利用者様が法定代理受領サービスを利用できないことにより償還払いとなる場合には、いったん利用料を全額負担していただくこととなります。この場合はサービス提供証明書を発行させていただきますので、後日役所にて残金を受領いただけます。

＊)別紙料金表介護費用1を参照してください

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者様の負担となります。

利用料金を変更させていただく場合は、1ヶ月前までに文書にてご連絡させていただきます。

① 食事の提供(食事代)

ご利用者様に提供する食事及びおやつ等材料費等に係る費用

料 金： 昼食(おやつ代含む) 600円

- ・ 当施設では、ご利用者様のご意見、希望を出来るだけ取り入れ、健康状態に適応し、また、ご利用者様の状況、嗜好を考慮した食事の提供に努めてまいります。

昼食時間： 12時00分～13時00分

② レクレーション・クラブ活動費、教材費

ご利用者様の希望等によりレクレーションやクラブ活動に参加して頂く事があります。

利用料金： 材料代等の実費をご負担いただきます。

③ 複写物の交付

ご利用者様は、サービス提供の記録はいつでも閲覧できますが、複写物を必要とされる場合は実費をご負担いただきます。

1枚につき 20円

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利用者様の日常生活に要する費用でご利用者様に負担いただくことが適当である物に係る費用をご負担いただきます。

⑤ その他の料金

| 項 目 | 料 金 |
|----------|--------|
| パンツ型おむつ | 150円/枚 |
| フラット型おむつ | 100円/枚 |
| 尿パット | 50円/枚 |
| 日用品費 | 実 費 |

5. 2 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービス等の利用を追加することが出来ます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出て下さい。

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、取消料をいただく場合があります。但し ご利用者様の体調不良等の正当な理由がある場合は、この限りではありません。

5. 3 支払いの方法

毎月10日前後に前月分の請求書をお届けいたしますので、当月中にお支払いください。

お支払方法は現金、銀行振込、口座引落としの中からお選びいただけます。

銀行振り込みの場合は下記口座へお願いします。

| | | | |
|-------------|------------------|-------------|------------|
| みなと銀行(0562) | 小野支店(106) | 口座番号 | (普)3872161 |
| 名義 | カブシキガイシャキリンドウベスト | ダイョウトリシマリヤク | カネコ タカシ |
| | 株式会社キリンドウベスト | 代表取締役 | 金子 孝 |

(恐れ入りますが振込手数料はお支払者様のご負担でお願いします)

5. 4 サービス利用の方法

① サービス利用の申し込み

- ・ 介護支援専門員にご相談の上、ご利用開始等についてご協議させていただきます。

- ・ 利用契約成立後施設の生活相談員が利用ご案内いたします。

② サービス利用契約の終了

- ・ ご利用者様の都合でサービス利用契約を終了される場合サービスの終了を希望される、1週間前までにお申し出ください。契約を終了させていただきます。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・ ご利用者様が介護保険施設等に入所された場合。
- ・ 要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ・ 被保険者資格を喪失した場合。
- ・ ご利用者様がお亡くなりになった場合。

④ その他

次の場合、30日前までに文書等で通知することにより、サービス利用契約を終了させて頂くことがございます。なお、この場合、予約は無効となります。

- ・ ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2カ月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内にお支払いいただけない場合。
- ・ ご利用者様が、当該施設や、当該職員に対して本契約を継続し難い程の不法行為を行った場合。
- ・ やむを得ない事情により、閉鎖又は縮小する場合。

5. 5 当施設の特徴

① 運営方針

当施設の理念は、『在宅生活支援とQOL(生活の質)の向上』です。そのため、ご利用者様の人間としての尊厳や人格を尊重し、自立した家庭生活を営むことの支援、および 社会的孤立感の解消を目指した運営をいたします。

| | | |
|-------------|---|----------------------|
| 男性介護職員の有無 | 有 | |
| 職員への研修の実施 | 有 | 外部研修への積極的参加・施設内研修の実施 |
| サービスマニアルの作成 | 有 | |

② 当施設利用にあたっての留意事項

※ 送迎時間

- ・ ご利用者様の要望をお聞きし、送迎時間を決めさせていただきます。
- ・ 道路事情等により、送迎時間が多少前後したり、変更をお願いすることもあります。

※ 服装等

- ・ 活動しやすい服装でご利用ください。上履き・着替え・紙おむつ等のご持参下さい。

※ 健康管理

- ・ 活動開始及び終了時は、看護師等スタッフにより健康チェックをいたします。食前 食後の飲み薬・点眼及び褥瘡・皮膚病等に使用する塗布薬・ガーゼなどをご持参いただければ、可能な範囲で処置のお手伝いをいたします。当該施設は、医療機関ではありませんので、診断・治療・薬の処方・販売はできません。

※ 金銭、貴重品の管理

- ・ 人の出入りの多い場所です。多額の金銭、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- ※ 食 事
 - ・ おひとり おひとりの状態に合ったお食事を提供させていただくよう努めます。
- ※ 設備・器具の利用
 - ・ ご利用者様のための設備・器具等は、介護職員の指導のもとにご利用ください。
- ※ 喫 煙
 - ・ 原則として禁煙です。（やむを得ない場合職員介助の上、指定の場所にてお願いします
また 歩き煙草等は防災上厳禁です。）
- ※ 宗教活動・政治活動
 - ・ 個人の信仰は自由ですが、他人に影響を及ぼすような活動は禁止とします。政治活動も同様です。
- ※ ペットの持込み
 - ・ 団体生活の中において個々人の嗜好、趣味が共通でないことから、禁止させていただきます。
- ※ 各種書類への同意署名
 - ・ 個人情報使用同意書に署名をしていただきます。

6. 秘密の保持と個人情報の保護について

- ① 事業所は、ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 事業所及び事業所の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続いたします。

7. 緊急時の対応について

ご利用者様の容体の変化、急変等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族様に速やかに連絡いたします。

…… 緊急連絡先 ……

| | | |
|-------|---------|-----|
| お 名 前 | | |
| ご 関 係 | (続 柄) | |
| | ご 自 宅 | — — |
| | 連 絡 先 | — — |

| | | | |
|------|---------|---|---|
| 電話番号 | 携帯電話 | — | — |
| | 主治医 | | |
| | 医療機関連絡先 | — | — |
| | | — | — |
| | | — | — |
| その他 | | | |

8. 事故発生時の対応方法について

ご利用者様に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者様のご家族、ご利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者様に対する指定通所介護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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|-------|----------------------------|
| 保険会社名 | 東京海上日動火災保険株式会社 |
| 保険名 | 介護サービス事業者賠償責任保険 |
| 保険の目的 | ①デイサービスに伴う賠償責任 ②使用者賠償責任 |

9. 非常災害対策

- ・ 災害時の対応
公共連絡機関に急報、ご利用者様の安全確保、連絡網による職員の招集、ご家族様へ速やかに連絡いたします。
- ・ 防災設備
自動火災報知機設備・消火器設備・誘導標識、消防法による基準適合の上、定期点検をおこないます。
- ・ インフルエンザ・流感等の場合に備え、常に施設内の消毒、衛生管理に努めます。
- ・ 防災訓練
消火訓練、避難誘導訓練、地震訓練等日時を決めて定期訓練を行っています。
- ・ 防火管理者……………小林 阿由

10. 苦情の受付について

当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口にて受け付けます。

- 苦情受付担当者 : 管理者
- 受付時間 : 8:30 ~ 17:30
- 電話番号 : 0794-63-9722
- 又 苦情受付ボックスを専用窓口に設置しています。

【 行政機関その他苦情受付 】

| | | |
|----------------------------|------|------------------------|
| 小野市高齢介護課 介護保険係 | 所在地 | 小野市中島町531 |
| | 電話番号 | 0794-63-1509 |
| | 受付時間 | 8:45～17:15 |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会 | 所在地 | 神戸市中央区三宮町1丁目9番地1-1801号 |
| | 電話番号 | 078-332-5601 |
| | 受付時間 | 8:45～17:15 |
| 社会福祉協議会内 福祉サービス運営適正化委員会 | 所在地 | 神戸市中央区坂口通2丁目1番18号 |
| | 電話番号 | 078-242-4633 |
| | 受付時間 | 8:45～17:15 |

11. 記録の保管

ご利用者様のサービス提供記録の閲覧をご希望の場合はご家族様ならびにご本人様のみ閲覧および写しの交付をさせていただきます。但し写しの交付をご希望の場合1枚20円の費用をご請求させていただきます。サービス提供記録はご利用終了後から5年間保管いたします。

令和 年 月 日

指定通所介護・閉じこもり予防型通所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。

株式会社 キリンドウベスト

デイサービス麒麟堂

説明者職名 生活相談員 氏 名 ㊞

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 ㊞ _____

別紙料金表1 介護費用

〈 通所介護サービス費 料金表 〉

| 要介護 1 | 所要時間 | 単位 | ご利用者様ご負担金額(円) | | |
|----------|------------|-----|---------------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| | 3時間以上4時間未満 | 368 | 368 | 736 | 1104 |
| | 4時間以上5時間未満 | 386 | 386 | 772 | 1158 |
| | 5時間以上6時間未満 | 567 | 567 | 1134 | 1701 |
| | 6時間以上7時間未満 | 581 | 581 | 1162 | 1743 |
| | 7時間以上8時間未満 | 655 | 655 | 1310 | 1965 |
| | 8時間以上9時間未満 | 666 | 666 | 1332 | 1998 |

| 要介護 2 | 所要時間 | 単位 | ご利用者様ご負担金額(円) | | |
|----------|------------|-----|---------------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| | 3時間以上4時間未満 | 421 | 421 | 842 | 1263 |
| | 4時間以上5時間未満 | 442 | 442 | 884 | 1326 |
| | 5時間以上6時間未満 | 670 | 670 | 1340 | 2010 |
| | 6時間以上7時間未満 | 686 | 686 | 1372 | 2058 |
| | 7時間以上8時間未満 | 773 | 773 | 1546 | 2319 |
| | 8時間以上9時間未満 | 787 | 787 | 1574 | 2361 |

| 要介護 3 | 所要時間 | 単位 | ご利用者様ご負担金額(円) | | |
|----------|------------|-----|---------------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| | 3時間以上4時間未満 | 477 | 477 | 954 | 1431 |
| | 4時間以上5時間未満 | 500 | 500 | 1000 | 1500 |
| | 5時間以上6時間未満 | 773 | 773 | 1546 | 2319 |
| | 6時間以上7時間未満 | 792 | 792 | 1584 | 2376 |
| | 7時間以上8時間未満 | 896 | 896 | 1792 | 2688 |
| | 8時間以上9時間未満 | 911 | 911 | 1822 | 2733 |

| 要介護 4 | 所要時間 | 単位 | ご利用者様ご負担金額(円) | | |
|----------|------------|------|---------------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| | 3時間以上4時間未満 | 530 | 530 | 1060 | 1590 |
| | 4時間以上5時間未満 | 557 | 557 | 1114 | 1671 |
| | 5時間以上6時間未満 | 876 | 876 | 1752 | 2628 |
| | 6時間以上7時間未満 | 897 | 897 | 1794 | 2691 |
| | 7時間以上8時間未満 | 1018 | 1018 | 2036 | 3054 |
| | 8時間以上9時間未満 | 1036 | 1036 | 2072 | 3108 |

| 要介護 5 | 所要時間 | 単位 | ご利用者様ご負担金額(円) | | |
|----------|------------|------|---------------|------|------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| | 3時間以上4時間未満 | 585 | 585 | 1170 | 1755 |
| | 4時間以上5時間未満 | 614 | 614 | 1228 | 1842 |
| | 5時間以上6時間未満 | 979 | 979 | 1958 | 2937 |
| | 6時間以上7時間未満 | 1003 | 1003 | 2006 | 3009 |
| | 7時間以上8時間未満 | 1142 | 1142 | 2284 | 3426 |
| | 8時間以上9時間未満 | 1162 | 1162 | 2324 | 3486 |

〈 加算及び減算 〉

次表のような内容の場合、加算及び減算の介護保険給付の取り扱いをいたします。

① 通所介護 加算内容

(単位)

| 加 算 名 | 単 位 数 | 内 容 |
|-------------------|-------------------|------------------------------|
| 延 長 加 算 | 50単位／回 | 9時間以上10時間未満の場合 |
| | 100単位／回 | 10時間以上11時間未満の場合 |
| | 150単位／回 | 11時間以上12時間未満の場合 |
| | 200単位／回 | 12時間以上13時間未満の場合 |
| | 250単位／回 | 13時間以上14時間未満の場合 |
| 中重度者ケア体制加算 | 45単位／日 | 指定基準規定を満たす職員を有す |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100単位／月 | 3ヶ月に1回を限度、(Ⅱ)に準ずる |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200単位／月 | 個別機能訓練加算を算定の場合100単位／月 |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | 30単位／月 | 指定基準規定を満たすこと |
| ADL維持等加算(Ⅱ) | 60単位／月 | 指定基準規定を満たすこと |
| 認知症加算 | 60単位／日 | 指定基準規定を満たす職員を有す |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 60単位／日 | 個別の担当者を定めている |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ | 56単位／日 | 指定基準規定を満たす職員を有す |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ | 85単位／日 | 指定基準規定を満たす職員を有す |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20単位／月 | 加算(Ⅰ)に上乗せ、指定基準規定を満たす職員を有す |
| 栄養アセスメント加算 | 50単位／月 | 指定基準規定を満たす改善を行う |
| 栄養改善加算 | 200単位／回 | 指定基準規定を満たす改善を行う |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20単位／回 | 指定基準規定を満たす改善を行う |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5単位／回 | 指定基準規定を満たす改善を行う |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 150単位／回 | 指定基準規定を満たす改善を行う |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 160単位／回 | 指定基準規定を満たす改善を行う |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位／月 | 指定基準規定を満たす改善を行う |
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 40単位／日 | 計画を作成し入浴介助を行う |
| 入浴介助加算(Ⅱ) | 55単位／日 | 計画を作成し入浴介助を行う |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22単位／回 | 指定基準規定を満たす職員を有す |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18単位／回 | 指定基準規定を満たす職員を有す |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6単位／回 | 指定基準規定を満たす職員を有す |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数に5.9%を乗じた単位数 | 指定基準を満たし 職員の処遇改善を 行う場合 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数に4.0%を乗じた単位数 | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 所定単位数に2.2%を乗じた単位数 | |
| 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数に1.2%を乗じた単位数 | |
| 介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数に1.0%を乗じた単位数 | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 所定単位数に1.1%を乗じた単位数 | |

② 通所介護 減算内容

(単位)

| 減 算 名 | 単 位 数 | 内 容 |
|-------|-------|-----|
|-------|-------|-----|

| | | |
|----------------------|----------|--|
| 事業所が送迎を行わない場合 | 47単位／片道 | 利用者の送迎を行わない場合 |
| 利用者の数が利用定員を超える場合 | 所定単位の70% | 利用者の数が労働大臣の定める利用者定数の基準を超える場合 |
| 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 | 所定単位の70% | 看護職員・介護職員が員数が指定基準に満たない場合 |
| 2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合 | 所定単位の70% | 利用者の心身状況にて長時間のサービスが困難で2時間以上3時間未満のサービス提供の場合 |