

通所介護重要事項説明書

< 年 月 日 現在 >

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 (078) 934-8256 (受付時間：月曜日～土曜日 午前9時～午後4時まで)

担当 _____

1. (株) ケアネットデイサービスセンター明石の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	(株) ケアネットデイサービスセンター明石
所在地	明石市大久保町大窪 1 8 2 6 - 1 4
介護保険事業所番号	2872000738
事業所の種類	指定通所介護事業所
設立年月日	平成 1 2 年 9 月 2 9 日
管理者	尾崎 薫
電話	(0 7 8) 9 3 4 - 8 2 5 6
ファックス	(0 7 8) 9 3 4 - 0 5 8 4
事業の実施地域	明石市・神戸市西区岩岡、玉津地区

※ 上記以外の地域の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業の目的

当事業所は、介護保険に関する法令の趣旨に従い、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食事、入浴、排泄の介護その他日常生活の援助及び機能訓練、口腔機能向上等による通所介護サービスを提供します。

(3) 事業所の職員体制

区分	常勤	非常勤
管理者	1 名	
生活相談員	1 名以上	
看護師	2 名以上	
介護福祉士	1 名以上	
ヘルパー 2 級・介護職員初任者研修取得者	7 名以上	

(4) 営業日・営業時間

営業日	祝日を含む月曜日～土曜日、ただし、年末年始（1 2 月 3 0 日～1 月 3 日）を除く
サービスの提供時間	午前 9 時 5 分～午後 4 時 2 0 分

(5) 事業所の設備の概要

定員	4 5 名
構造	S 造（耐火）
延床面積 (内食堂及び機能訓練室の面積)	1, 7 3 4. 4 0 m ² 2 2 5. 6 2 m ²
送迎車	1 0 人乗り 2 台以上
	7 人乗り 2 台以上
	4 人乗り 1 台以上

2. サービス内容

- ① 送迎
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ レクリエーション
- ⑤ 機能訓練
- ⑥ 健康チェック
- ⑦ 口腔機能向上
- ⑧ 生活相談（指導・援助等）

3. 料金

(1) 介護保険給付対象利用料金

① 通所介護利用料(サービスにかかる自己負担額)

■ 5 時間以上 6 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	6,381 円	7,534 円	8,698 円	9,851 円	11,016 円
1 割負担	638 円	753 円	870 円	985 円	1,102 円
2 割負担	1,276 円	1,507 円	1,740 円	1,970 円	2,203 円
3 割負担	1,914 円	2,260 円	2,609 円	2,955 円	3,305 円

■ 6 時間以上 7 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	6,358 円	7,713 円	8,911 円	10,087 円	11,284 円
1 割負担	654 円	771 円	891 円	1,009 円	1,128 円
2 割負担	1,307 円	1,543 円	1,782 円	2,017 円	2,257 円
3 割負担	1,961 円	2,314 円	2,673 円	3,026 円	3,385 円

■ 7 時間以上 8 時間未満

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本料金	7,366 円	8,698 円	10,075 円	11,452 円	12,852 円
1 割負担	737 円	870 円	1,007 円	1,145 円	1,285 円
2 割負担	1,473 円	1,740 円	2,015 円	2,290 円	2,570 円
3 割負担	2,210 円	2,609 円	3,022 円	3,436 円	3,855 円

※上記の基本サービス料金には送迎(往復)、サービス(費用)、介護職員等処遇改善加算Ⅱ(9.0%)が含まれています。

② その他の利用料

項 目	全額自己負担の場合	介護保険適用時の自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
中重度者ケア体制加算	1回あたり 504 円	51 円	101 円	152 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1回あたり 68 円	7 円	14 円	21 円
入浴介助加算「Ⅱ」	1回あたり 616 円	62 円	124 円	185 円
または、入浴介助加算「Ⅰ」	1回あたり 448 円	45 円	90 円	135 円
個別機能訓練加算「Ⅰ（イ）」	1回あたり 627 円	63 円	126 円	189 円
個別機能訓練加算「Ⅰ（ロ）」	1回あたり 851 円	86 円	171 円	256 円
個別機能訓練加算「Ⅱ」	月あたり 224 円	23 円	45 円	68 円
口腔機能向上加算(月 2 回)	1回あたり円 1,680	168 円	336 円	504 円
口腔・栄養スクリーニング 加算 (6 月 1 回)	月あたり 224 円	23 円	45 円	68 円
科学的介護推進体制加算	月あたり 448 円	45 円	90 円	135 円
認知症加算	1回あたり 672 円	68 円	135 円	202 円

※上記の基本サービス料金には送迎(往復)、サービス(費用)、介護職員等処遇改善加算Ⅱ(9.0%)が含まれています。

(2) 介護保険給付対象外利用料金

上記の他、食費（765 円）おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

(3) 支払い方法

当月料金の合計額の請求書に明細を付して翌月 20 日頃にお渡しします。

お支払い方法は、毎月 26 日に金融機関の口座引き落としにて支払っていただきます。

(4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡ください。(連絡先 078-934-8256)

ただし、体調不良等やむを得ない場合でも、16 時以降にご連絡いただいた場合は食費が発生しますので、ご了承ください。

ご利用日の前営業日午後 4 時までにご連絡いただけた場合	無料
ご利用日の前営業日午後 4 時以降にご連絡いただけた場合	食費 765 円
全くご連絡いただけなかった場合	サービスにかかる自己負担分と食費

(5) 償還払いについて

お客様が、要介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額をいったんお支払いいただ

きます。後日、要支援、要介護の認定を受けた後、当社発行のサービス提供証明書を、住民票のある市町村に提出していただきますと自己負担額を除いた全額が介護保険から払い戻されます。ただし、「自立」と認定された場合は、全額自己負担となります。

(6) 介護保険の給付対象とならないサービス

介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービスの利用料金の全額がご契約者様の負担となります。

(7) その他

利用者および家族へのサービス実施記録の写しが必要な場合は、コピー代として1枚20円をいただきます。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でご相談ください。当社職員がお伺いします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前迄に文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

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いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

当センターが

- ・ 正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・ 守秘義務に反した場合
- ・ お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ または当社が破産した場合

お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

お客様が

- ・ サービス利用料金の支払い1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合
- ・ 正当な理由なく利用のキャンセルをしばしば繰り返した場合
- ・ 入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
- ・ またはご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの行為を行った場合

当センターは文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

5. 当事業所の通所介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 当事業所のサービス従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護その他日常生活の支援及び機能訓練、口腔機能向上等による通所介護サービスを提供します。
- ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保険医療サービスまたは福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- ③ 介護事業を通じ、高齢化社会に貢献し、介護保険制度の発展に寄与します。

(2) サービス提供にあたって

- ① 従業員の研修を定期的実施しています。
- ② ケアネット独自のサービスマニュアルを作成し、サービス向上に努めています。
- ③ サービス利用当日に、お客様の体調不良等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、サービス内容と時間に応じたサービス利用料金とさせていただきます。
- ④ 時間延長については、ご相談に応じます。その場合、変更したサービス内容と時間に応じたサービス利用料金とさせていただきます。

(3) 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる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し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対して、虐待を防止するために年2回の研修を実施しています。
- ④ 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 尾崎 薫
-------------	----------

- ⑤提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。
- ⑥成年後見制度の利用を支援します。
- ⑦苦情解決体制を整備しています。
- ⑧従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

（４）身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ①切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ②非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- ③一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

（５）衛生管理等

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、次に掲げる措置を講じます。

- ①指定通所介護の用に供する施設、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指定通所介護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。
- ④感染対策として、送迎時の検温、マスクの着用、手指の消毒、換気を徹底いたします。
- ⑤事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底しています。
- ⑥事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
- ⑦従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

（６）認知症介護基礎研修の受講

事業所は、事業所において介護に直接携わる職員のうち、医療、福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護にかかる基礎的な研修を実施します。

(7) サービス利用にあたっての留意事項

①送迎時間の連絡

送迎時間は契約時にあらかじめ契約書別紙にて定め、変更のある場合、その都度連絡します。

②持ち物について

- ・ 入浴サービスをご利用になるお客様は、浴用タオル2枚、バスタオル1枚、着替え等ご持参ください。
- ・ 昼食後、口腔ケアを行います。歯ブラシをご持参ください。
- ・ 紙おむつ、リハビリパンツ等をご使用のお客様は、普段ご使用の紙おむつ等をご持参ください。なお、実費をご負担いただければ当事業所でも用意いたしております。

③持ち込みの制限

ご利用にあたり、日常生活に必要なない貴重品や多量の食物、危険物、ペットなどの生き物等のご遠慮ください。特に貴重品につきましては、ご利用中に紛失等がございましたも、責任を負いかねるがありますので、ご注意ください。

また、施設内での携帯電話のご使用はご遠慮願います。

④施設・設備の使用上の注意

当施設および敷地はご利用者の共用施設ですので、本来の用途に従ってご利用ください。

故意に、また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・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により現状に回復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

⑤当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

⑥喫煙場所はございませんので、ご承知おきください。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前に打合せにより、主治医、救急医、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡します。

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

7. サービスの内容に関する相談・苦情

当事業所ご利用のお客様相談・苦情窓口

電話 (078) 934-8256

(受付時間：月曜日～土曜日 午前9時～午後4時まで)

苦情処理担当責任者 村上 学

苦情処理担当者 尾崎 薫

当事業所以外にも、介護保険全般について市町村の相談・苦情窓口等に相談していただけます。

市町村名 明石市高齢者総合支援室	電話 078-918-5091
市長村名 神戸市介護保険課	電話 078-322-6929

受付時間 9:00～17:00 平日のみ

兵庫県国民健康保険団体連合会	電話 078-332-5617
----------------	-----------------

受付時間 8:45～17:15 平日のみ

8. 当社の概要

名称・法人種別	株式会社 ケアネット
代表者役割・氏名	代表取締役社長 佐藤 彰彦
本社所在地	川崎市中原区上小田中4丁目1番1号
事業所数	居宅介護支援 12ヶ所
	訪問介護 9ヶ所
	通所介護 10ヶ所
	短期入所生活介護 4ヶ所
	認知症対応型共同生活介護 2ヶ所
	福祉用具貸与 3ヶ所

以上、通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所

＜事業者名＞ 株式会社 ケアネット 明石サービスセンター
(介護保険事業所番号 2872000738)

＜所在地＞ 明石市大久保町大窪 1826-14

＜代表者名＞ 明石サービスセンター長

村上 学 印

説明者 所属 デイサービスセンター明石
氏名

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____ 印 _____

(代理人) 住所

氏名 印

<別紙> その他の利用料（各加算）のご説明

項 目	内 容
中重度者ケア体制加算	在宅生活の継続を資するケアを計画的に実施するプログラムを作成するとともに、算定日が属する月の前3カ月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であること。時間帯を通して看護職員を1人以上配置し、看護職員または介護職員を常勤換算方法で2以上を確保していること。
サービス提供体制強化加算Ⅲ	介護福祉士40%以上、または勤続7年以上の介護職員が30%以上のいずれかに該当し、質の高いサービスを提供する体制にある事業所を評価する加算となる。
入浴介助加算（Ⅰ）	・入浴介助を適切に行うことができる人員・設備を有していること。 ・通所介護計画に基づき、入浴介助を行うこと。 ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。
入浴介助加算（Ⅱ）	・入浴介助加算(Ⅰ)の算定要件を満たすこと ・医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員、その他の職種の者（医師等）が利用者の居宅を訪問して、浴室における利用者の動作と浴室の環境を評価していること。 ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価・助言を行っても差し支えない。 ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種の者（機能訓練指導員等）が共同して、居宅を訪問した医師等と連携し、利用者の身体の状態、居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。
個別機能訓練加算（Ⅰ） イ・ロ	・専従の機能訓練指導員を1名以上配置すること（配置時間の定めなし）。 ・計画に基づき、機能訓練指導員が機能訓練を実施していること。 ・利用者の身体機能および生活機能が向上し、利用者の

	生活意欲が増進されるように援助し、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。 ・利用者の居宅を訪問し、個別機能訓練計画を作成していること。 ロの算定要件 ・（Ⅰ）イにより配置する機能訓練指導員に加えて、専従の機能訓練指導員を1名以上配置すること（配置時間の定めなし）。
個別機能訓練加算（Ⅱ）	・個別機能訓練加算（Ⅰ）イまたはロを算定していること。 ・利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を、LIFE を用いて厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たり、提出した情報とフィードバック情報を活用していること。
口腔機能向上加算（Ⅰ）	・言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置していること。 ・利用者の口腔機能を利用開始時に把握していること。 ・言語聴覚士、歯科衛生士、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利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 ・口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員が口腔機能向上サービスを行っていること。 ・利用者の口腔機能を定期的に記録していること。 ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。 ・評価の結果について、担当の介護支援専門員、主治医、主治歯科医に情報提供すること。 ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
口腔機能向上加算（Ⅱ）	・口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件を満たすこと。 ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の内容を LIFE を用いて厚生労働省に提出していること。 ・サービスの質の向上を図るため、LIFE への提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCA サイクル）により、サービスの質の管理を行う。

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、その他の入所者の心身の状況等の係る基本的な情報を厚生労働省に提出する。(LIFE の活用) また、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。
認知症加算	・人員基準で配置する人数に加え、看護職員または介護職員を常勤換算方法で 2 以上配置していること。 ・『前年度』または『加算の算定日の属する月の前 3 月間』の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状・行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者が占める割合が 15%以上あること。 ・通所介護を行う時間を通じて、専ら通所介護の提供にあたる認知症介護に係る専門的な研修等を修了した職員を 1 名以上配置していること。 ・事業所の従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催していること。