

# デイサービスセンター・カドタ

## 「介護予防通所サービス」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。

(岡山市指定・事業所番号 3370101812)

当事業所は契約者に対して指定介護予防通所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「要支援」と認定された方が対象となります。要支援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. 従業員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. サービス利用上の注意	5
7. 緊急時、事故発生時等の対応について	5
8. 身体拘束の禁止と虐待防止の為の措置について	5
9. 成年後見制度の活用支援について	6
10. 個人情報の取り扱いについて	6
11. 苦情の受付について	
・・・	7

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 松風会
- (2) 法人所在地 岡山県岡山市中区門田屋敷四丁目 5 番 13 号
- (3) 電話番号 086-273-1123
- (4) 代表者氏名 理事長 藪野 きょう香
- (5) 設立年月日 平成8年9月5日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防通所サービス事業所  
平成28年4月1日指定  
※当事業所はケアハウス サンライフ・カドタに併設されています。  
※当事業所は、アクティビティサービスを実施しています。
- (2) 事業所の目的 在宅の要支援高齢者に必要な支援を行いつつ、身体活動や創作活動を行うことにより生活機能の向上を目指します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター・カドタ
- (4) 事業所の所在地 岡山県岡山市中区門田屋敷四丁目 5 番 13 号
- (5) 電話番号 086-273-1123
- (6) 事業所長（管理者）氏名 檜原 伸二
- (7) 当事業所の運営方針 福祉サービスを必要とする方が心身ともに健やかに地域での生活が維持できるよう、環境、年齢及び心身の状況に応じ、必要な福祉サービスを提供します。
- (8) 開設年月日 平成9年3月21日
- (9) 利用定員 25名
- (10) 事業所が行っている他の業務  
当事業所では、次の事業も併せて実施しています。  
指定通所介護 平成12年4月1日指定  
指定生活支援通所サービス 平成29年11月1日指定

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 岡山市（ただし旧御津町、旧灘崎町、旧建部町、旧瀬戸町を除く）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土（12/30～1/3を除く）
営業時間	月～土（12/30～1/3を除く） 午前8時30分～午後5時00分
サービス提供時間	月～土（12/30～1/3を除く） 午前10時00分～午後3時30分

### 4. 従業者の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定介護予防通所介護サービスおよび指定通所介護サービスを提供する従業者として、以下の職種の従業者を配置しています。

<主な従業者の配置状況>※従業者の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	配置
1. 管理者	1名
2. 生活相談員	2名
3. 看護職員	2名
4. 機能訓練指導員	2名（再掲）
5. 介護職員	4名

### 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、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の利用料には、下記の2通りがあります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額を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、利用者の負担割合に応じ、利用料金の9割～7割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

- ①食事（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、栄養士の立てる献立により、栄養並びに契約者の身体の状況を考慮した食事を提供します。
- ②送迎サービス
  - ・契約者の希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、片道 40 単位の加算を頂きます。（料金表参照）
- ③入浴（一般浴・機械浴）
  - ・入浴又はシャワー浴の介助を行います。
- ④排泄
  - ・排泄の介助を行います。
- ⑤アクティビティサービス
  - ・集団でのレクリエーション、創作活動等を通じて機能訓練を行います。

<サービスの利用頻度>

利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画に沿いながら、契約者と協議の上決定し、介護予防通所サービス計画に定めます。

ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

<サービス利用料金（1月あたり）>（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、契約者の要支援度に応じ、岡山市が定めた額から給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（下記サービスの利用料金は、契約者の要支援度に応じて異なります。）

サービス利用料金一覧

	10割	1割	2割	3割
要支援1	16,954円/月	1,695円/月	3,390円/月	5,086円/月
要支援2	34,759円/月	3,475円/月	6,951円/月	10,427円/月

※当事業所では、岡山市が定める基準を満たす事業所として、下記の加算を算定しております。

	10割	1割	2割	3割
サービス提供体制加算・要支援1	892円/月	89円/月	178円/月	267円/月
サービス提供体制加算・要支援2	1,784円/月	178円/月	356円/月	535円/月
科学的介護推進体制加算	405円/月	40円/月	81円/月	121円/月
運動機能向上加算	2,281円/月	228円/月	456円/月	684円/月

※利用料金 10 割は、一回の利用単位数に 10.14 を乗じ、小数点を切り捨てた額です。

※当事業所では人材の確保とサービスの質の向上を目指し、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）および介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）を算定しています。

**※令和 3 年 4 月 1 日～令和 3 年 9 月 30 日のサービス提供分には、新型コロナウイルス感染症に対応するため、特例的に利用単位の 0.1% が加算されます。**

☆契約者がまだ要支援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一旦お支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、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）。

☆介護予防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、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。

☆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、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、利用料金の全額が契約者の負担となります。

〈サービスの利用料金〉

- ①介護保険給付の支給限度額を超える介護予防通所サービスの利用
  - ・介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が契約者の負担となります。
- ②食事の提供にかかる費用
  - ・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：510 円/1 回
- ③レクリエーション、クラブ活動
  - ・レクリエーションやクラブ活動にかかる材料代等の費用です。
- ④紙パンツ、パット代
  - ・貸し出した場合
  - 紙パンツ 140 円、パット 80 円。
- ⑤おやつ代
  - ・契約者の希望によりおやつを提供します。
  - おやつ代金：100 円/1 回
- ⑥複写物の交付
  - ・利用記録等の書類の発行を希望された場合にかかる費用です。

☆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、書面でご説明します。

## 6. サービス利用上の注意

### (1) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前述の料金・費用は、月末締めで翌月に請求します。請求のあった月の15日までにまでにお支払いください。

### (2) 利用の中止、変更（契約書第7条参照）

- ①利用予定日の前に、契約者の都合により、介護予防通所サービスの利用を中止、変更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所に申し出てください。
- ②サービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ③契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所サービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。
- ④月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始あるいは月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一、月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二、月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三、同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

- ⑤サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の都合により契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能な日を契約者に提示して協議します。

## 7. 緊急時、事故発生時等の対応について

当事業所は、契約者の病状等に急変やその他緊急対応の必要が生じた場合は、速やかに家族、主治医又は協力医療機関への連絡を行います。

当事業所は、契約者に対する指定介護予防通所サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、関係機関に連絡するとともに損害賠償を速やかに行います。

当事業所は契約者に対する損害賠償を行うための損害賠償責任保険に加入します。

## 8. 身体拘束の適正化と虐待防止の為の措置について

当事業所は、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないものとし、やむを得ず行う場合にはその様態及び時間、契約書の心身状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録します。

（緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合）

- ・契約者本人又は他の契約者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。
- ・身体拘束その他の拘束制限を行う以外に代替する介護方法がない場合。
- ・身体拘束その他の拘束制限が一時的なものである場合。

当事業所は、通所サービス事業の提供にあたり、事業者又は擁護者に虐待を受けたと思われる契約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。

## 9. 成年後見制度の活用支援について

当事業所は、契約者と適正な契約手続き等を行う為、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います。

## 10. 個人情報の取り扱いについて

### (1) 使用目的

- ・通所サービスを受けるにあたり、介護支援専門員と通所サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、契約者の状態、家族の状況を把握する為。
- ・上記の他、介護支援専門員やほかのサービス事業所との連絡調整の為。
- ・契約者が通所介護利用中に体調を崩し、医療機関へ搬送した際に、必要となる情報提供をする為。

### (2) 個人情報を提供する事業所

- ・居宅サービス計画に掲載されているサービス事業所等
- ・医療機関等

### (3) 使用期間

- ・原則としてサービスの提供を受けている期間。

### (4) 使用する条件

- ・個人情報の使用については、必要最小限の範囲で提供するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に洩れる事のないよう細心の注意を払うこと。
- ・個人情報を使用した会議では、会議の参加者や話し合った内容を記載すること。

## 11. 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相談は以下の専用窓口で受け付けます。また、「ご意見・ご要望箱」を喫茶コーナーに設置しています

○苦情受付窓口

〔電話〕 086-273-1123

〔担当〕 山根 美保

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

9:00～16:00

### (2) 第三者委員による苦情の受付

当事業所における苦情や相談の受付窓口としては、上記の苦情受付担当者だけでなく、第三者委員に直接苦情を申し立てることができます。

○第三者委員

- ・都筑 喜美子 (旭東地区愛育委員 連絡先：086-273-4702)
- ・西依 貴施 (岡山市薬剤師会 理事 連絡先：086-273-0566)

(3) 行政機関その他苦情受付機関

岡山県国民健康保険団体連合会	岡山市北区桑田町11-6 TEL : 086-223-8811
岡山市役所保健福祉局 介護保険課管理係	岡山市北区鹿田町1-1-1 TEL 086-803-1240
岡山市役所保健福祉局 事業者指導課	岡山市北区大供3丁目1-18 KSB会館4階 TEL : 086-212-1012

介護予防通所サービスの利用にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

デイサービスセンター・カドタ

氏名\_\_\_\_\_⑩

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、指定介護予防通所サービスの提供に同意しました。

契約者住所 岡山市\_\_\_\_\_

連絡先 自宅 : \_\_\_\_\_ 携帯 : \_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_⑩

代筆者氏名\_\_\_\_\_⑩ (続柄\_\_\_\_\_)

ご家族氏名 : \_\_\_\_\_⑩ (続柄\_\_\_\_\_)

緊急連絡先/自宅 : \_\_\_\_\_ 携帯 : \_\_\_\_\_

ご家族氏名 : \_\_\_\_\_⑩ (続柄\_\_\_\_\_)

緊急連絡先/自宅 : \_\_\_\_\_ 携帯 : \_\_\_\_\_

かかりつけ医/主治医 : \_\_\_\_\_