

# 指定通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業

## 重要事項説明書

### 1 桂久会 通所介護事業所「湖水荘デイサービスセンター みずもと」の概要

#### (1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	湖水荘デイサービスセンター みずもと
所在地	青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字下桂井26-2
電話番号	0173-22-6750
FAX番号	0173-22-5030
事業所番号	通所介護 (指定事業所番号0272400888) 介護予防通所介護 (指定事業者番号0272400888)
サービスを提供できる地域※	鶴田町、五所川原(旧金木町、旧市浦村を除く)、板柳町、つがる市、弘前市の一部(鶴田町に隣接する地区)

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

#### (2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1			介護従業者及び業務の管理
生活相談員	社会福祉士他				通所介護に関する調整全般 相談助言、技術指導等
看護師	看護師				心身状況把握、健康管理等
	准看護師				
介護職員					心身状況把握、健康管理等
機能訓練指導員	(准)看護師兼務				心身機能維持、訓練指導等
	作業療法士				
	理学療法士				
	柔道整復師				

※ 機能訓練指導員は看護師・准看護師と理学療法士と作業療法士と柔道整復師が実施

※ 生活相談員のうち2名は介護職員を、管理者は介護職員を兼ねる

※ 看護職員が介護職員として従事することもある

#### (3) 当事業所の設備の概要

定員	40人	静養室	78.78㎡
食堂兼 機能訓練室	311.07㎡	相談室	1室 17.13㎡
		送迎車	6台
浴室(2室)	男子浴室 21.9㎡	その他	
	女子浴室 24.29㎡		

(4) サービスの提供時間帯

	営業時間	サービス提供時間
平日	午前8時～午後5時	午前9時～午後3時30分
土・祝日	午前8時～午後5時	午前9時～午後3時30分
休業日	日曜日、1月1日～1月3日	日曜日、1月1日～1月3日

※サービス提供時間は、夏季・冬季により30分程度の調整をさせて頂くことがあります。

※時間延長サービスが有ります。やむを得ない事情により、時間延長を希望される場合は、事前にお知らせください。

2 当事業所の通所介護の特徴等

(1) 運営の方針

- ・本事業所において提供する通所介護は、介護保険法（平成9年法律第123号）並びに関係する厚生労働省令の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ・援助に当たっては、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提供に努めるものとする。
- ・事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、市長村、その他の保健医療サービス及び福祉サービス提供者との連携を図るものとする。

(2) サービス利用のために

事項	備考
従業員への研修の実施	随時行います（感染症・災害・介護技術や危険予知などに関する項目）
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

送迎時間の連絡	送迎時間はおおよその時間をお伝えします。ただし、道路事情によりお伝えした時間が前後する場合がありますが、何卒ご理解をお願い致します。また、行事等で送迎時間が異なる場合が有りますが、その都度別途ご連絡申し上げます。
体調確認	体調の確認は、皆様にお渡しする連絡帳でもご連絡をいただきますが、来所時に看護師による健康チェックを致します。
体調不良等によるサービスの中止・変更	当事業所は福祉施設ですので、医療対応は応急的なことしか出来ません。体調不良の場合でサービスの提供が困難と事業所側で判断した場合は、ご家族に迎えに来ていただく場合がございますので、ご了承ください。
食事のキャンセル	食事のキャンセルについては、原則としてご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡下さい。（この場合のキャンセル料は無料です）ご利用当日に食事をキャンセルする場合は食材料費600円をいただきます。
時間変更	原則としてご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡下さい。
設備、器具の利用	当事業職員までお申出下さい。

### 3 サービスの内容

- ①送迎
- ②食事
- ③入浴
- ④機能訓練
- ⑤生活相談

### 4 利用料金

#### (1) 利用料

##### ①通所介護

※介護保険適用時の1日あたりの自己負担額とは1割負担の場合となっております。

ア-1 通所介護利用料（通常規模通所介護費：サービス提供時間6時間～7時間）

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護度1	5,840円	584円
要介護度2	6,890円	689円
要介護度3	7,960円	796円
要介護度4	9,010円	901円
要介護度5	10,080円	1,008円

ア-2 通所介護利用料（通常規模通所介護費：サービス提供時間7時間～8時間）

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護度1	6,580円	658円
要介護度2	7,770円	777円
要介護度3	9,000円	900円
要介護度4	10,230円	1,023円
要介護度5	11,480円	1,148円

ア-3 通所介護利用料（通常規模通所介護費：サービス提供時間3時間～4時間）

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護度1	3,700円	370円
要介護度2	4,230円	423円
要介護度3	4,790円	479円
要介護度4	5,330円	533円
要介護度5	5,880円	588円

ア-4 通所介護利用料（通常規模通所介護費：サービス提供時間4時間～5時間）

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護度1	3,880円	388円
要介護度2	4,440円	444円
要介護度3	5,020円	502円
要介護度4	5,600円	560円
要介護度5	6,170円	617円

ア-5 通所介護利用料（通常規模通所介護費：サービス提供時間5時間～6時間）

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要介護度1	5,700円	570円
要介護度2	6,730円	673円
要介護度3	7,770円	777円
要介護度4	8,800円	880円
要介護度5	9,840円	984円

イ 付加サービスの利用料

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
個別機能訓練加算（I）イ	560円	56円
個別機能訓練加算（I）ロ	760円	76円
個別機能訓練加算（II）	200円（1月当たり）	20円（1月当たり）
科学的介護推進体制加算	400円（1月当たり）	40円（1月当たり）
ADL維持等加算（I）	300円（1月当たり）	30円（1月当たり）
入浴介助加算	400円	40円
口腔機能向上加算	1500円（1回当たり） ※1月2回、3ヶ月以内を限度とする。（状態に応じ延長あり）	150円（1回当たり）
介護職員処遇改善加算（I）	サービス費総単位数の 5.9%×10	サービス費総単位数の 5.9%
介護職員等特定処遇改善加算（I）	サービス費総単位数の 1.2%×10	サービス費総単位数の 1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	サービス費総単位数の 1.1%×10	サービス費総単位数の 1.1%
サービス提供体制強化加算	220円/日	22円/日
送迎を行わない場合	－470円/片道	－47円/片道
中山間地域等に居住する者への サービス提供加算	所定単位数の 5%×10	所定単位数の5%
食材料費	600円/日	
おむつ代	実費	
レクリエーション等費用	実費	

学習療法費（実施者のみ）	2, 200円/月（税抜き 2000 円）
CSセット	日額 100 円～（税抜き 91 円～）
口腔ケア用品（使用した場合）	実費

## ②介護予防・日常生活支援総合事業

### ア 市町村独自の利用料

別表 1 をご覧ください。

### イ その他

CSセット	日額 100 円～（税抜き 91 円～）
学習療法費（実施者のみ）	2, 200円/月（税抜き 2000 円）
食材料費	600円/日
おむつ代	実費
レクリエーション費用、クラブ活動費、口腔ケア用品等は実費負担となります。	

## (2) 料金の支払い方法

毎月、5日までに前月分の請求を致しますので、その月の15日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中から自由によります。なお、口座自動引落は毎月10日になります。

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）又は介護予防支援・介護予防ケアマネジメント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1週間前までに申し出ください。

② 当事業所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業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が、その場合は、終了1か月前までに文書で通知します。

### 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要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。ただし、一般介護事業に移行し、サービスが継続される場合をのぞきます。

- ・お客様が亡くなった場合

- ・天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当事業所を利用させることができない場合

④ その他

- ・当事業所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、お客様や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、または当事業所が破産した場合、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できます。
- ・お客様が、当事業所、当事業所の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行なった場合

## 6 サービス内容に関する苦情

### (1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 寺山善輝

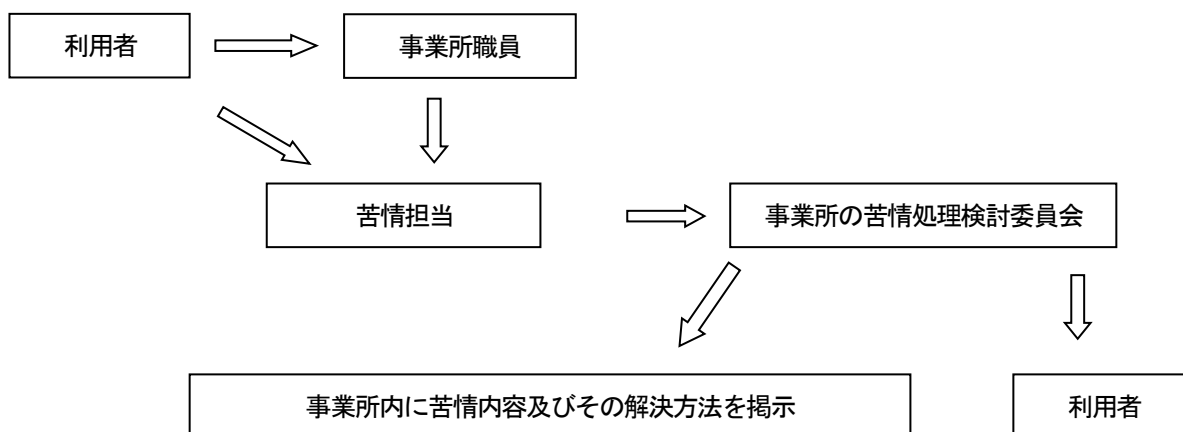
電話 0173-22-6750 FAX 0173-22-5030

受付日 年中（ただし、日曜日、1月1日～1月3日を除く）

受付時間 午前8時～午後5時

### (2) 苦情処理体制

苦情処理フロー



### (3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 鶴田町介護福祉課

0173-22-2111

イ 青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）

017-723-1336

## 7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体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、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	病院名		受診科	
	氏名		電話番号	
ご家族	氏名		続柄	
	自宅 電話番号		その他 連絡先	
緊急 連絡先	氏名 続柄	続柄 ( )	連絡先	

## 8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡をするおともに、必要な措置を講じます。

またお客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当時業所はあいおいニッセイ同和損保と損害賠償保険契約を結んでおります。

## 9 非常災害対策

防災設備	消火器：7個、自動火災報知機：1回線・73箇所、誘導灯：5台
防災訓練	年2回実施
防火責任者	會津大作

非常災害対策の計画を策定し、鶴田町及び関係機関との連携を密にして、災害訓練は施設周辺地域との連携を考慮して行います。また、感染症の発生・蔓延に備え、委員会の開催、計画の策定、研修・訓練を実施します。

## 10 秘密の保持について

(1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を第三者には漏らしません。

お客様やご家族の個人情報を用いる場合には、あらかじめ文書による同意を得てから行います。

## 11 身体の拘束等・虐待防止について

当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行ないません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行為を制限する行為を行なうことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

虐待・拘束の防止のための指針を整備し、検討をする委員会を定期的で開催し、検討事項を従業者に周知するとともに、研修を定期的実施します。

## 12 その他

- ・共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ・職員が把握困難な金品等の紛失につきましては、当施設は一切責任を負いません。

令和 年 月 日

通所介護・介護予防通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

### 事業所

所在地 青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字下桂井26-2  
名称 湖水荘デイサービスセンターみずもと

説明者氏名

印

私は、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、サービス提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印



# 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

事業所の名称 湖水荘デイサービスセンターみずもと 殿

住所

氏名

印

(家族) 住所

氏名

印

別表1 介護予防・日常生活支援総合事業

通所型サービス費

	1月当たりの利用料金	介護保険適用時の 1月当たりの自己負担額	
		1割負担	2割負担
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円

付加サービスの利用料

	1月当たりの 利用料金	介護保険適用時の 1月当たりの自己負担額	
		1割負担	2割負担
口腔機能向上加算Ⅰ (一月につき2回まで)	1,500円	150円	300円
サービス提供体制 強化加算	要支援1 880円/月 要支援2 1,760円/月	要支援1 88円/月 要支援2 176円/月	要支援1 176円/月 要支援2 352円/月
中山間地域等に 居住する者への サービス提供加算	所定単位数の $5\% \times 10$	所定単位数の5%	所定単位数の $5\% \times 2$
科学的介護推進体制 加算	400円	40円	80円
送迎減算(片道につき)	470円	47円	94円
介護職員処遇改善 加算(Ⅰ)5月末まで	サービス費総単位数の $5.9\% \times 10$	サービス費総単位数の 5.9%	サービス費総単位数の $5.9\% \times 2$
介護職員等特定処遇 改善加算(Ⅰ) 5月末まで	サービス費総単位数の $1.2\% \times 10$	サービス費総単位数の 1.2%	サービス費総単位数の $1.2\% \times 2$
介護職員等ベースアッ プ等支援加算 5月末まで	サービス費総単位数の $1.1\% \times 10$	サービス費総単位数の 1.1%	サービス費総単位数の $1.1\% \times 2$
介護職員等処遇改善加 算(Ⅰ)6月から	サービス費総単位数の $9.2\% \times 10$	サービス費総単位数の 9.2%	サービス費総単位数の $9.2\% \times 2$

別表1 介護予防・日常生活支援総合事業

生きがい型デイサービス

	介護保険適用時の自己負担額	
	1割負担	2割負担
1回当たり利用料	315円	630円

		介護保険適用時の利用料自己負担額	
		1割負担	2割負担
生きがい型サービス（Ⅰ） 要支援1 事業対象者	週1回利用 月5回以上	限度額 1,368円	限度額 2,736円
生きがい型サービス（Ⅱ） 要支援2	週1回利用 月9回以上	限度額 1,368円	限度額 2,736円
	週2回利用 月9回以上	限度額 2,792円	限度額 5,584円
介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）5月末まで	サービス費総単位数の $5.9\% \times 10$	サービス費総単位数の 5.9%	サービス費総単位数の $5.9\% \times 2$
介護職員等特定処遇 改善加算（Ⅰ） 5月末まで	サービス費総単位数の $1.2\% \times 10$	サービス費総単位数の 1.2%	サービス費総単位数の $1.2\% \times 2$
介護職員等ベースア ップ等支援加算 5月末まで	サービス費総単位数の $1.1\% \times 10$	サービス費総単位数の 1.1%	サービス費総単位数の $1.1\% \times 2$
介護職員等処遇改善 加算（Ⅰ）6月から	サービス総単位数の $9.2\% \times 10$	サービス総単位数の 9.2%	サービス総単位数の $9.2\% \times 2$

入浴介助料	100円
-------	------

予防相当通所介護サービス費

	1月当たりの利用料金	介護保険適用時の 1月当たりの自己負担額	
		1割負担	2割負担
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円

付加サービスの利用料

	1月当たりの 利用料金	介護保険適用時の 1月当たりの自己負担額	
		1割負担	2割負担
口腔機能向上加算	1,500円	150円	300円
サービス提供体制 強化加算	要支援1 880円/月 要支援2 1760円/月	要支援1 88円/月 要支援2 176円/月	要支援1 176円/月 要支援2 352円/月
中山間地域等に居住 する者への サービス提供加算	所定単位数の5%×10	所定単位数の5%	所定単位数の 5%×2
介護職員処遇改善 加算(Ⅰ)5月末まで	サービス費総単位数の 5.9%×10	サービス費総単位数 の5.9%	サービス費総単位数 の5.9%×2
介護職員等特定処遇 改善加算(Ⅰ) 5月末まで	サービス費総単位数の 1.2%×10	サービス費総単位数 の1.2%	サービス費総単位数 の1.2%×2
介護職員等ベースア ップ等支援加算 5月末まで	サービス費総単位数の 1.1%×10	サービス費総単位数 の1.1%	サービス費総単位数 の1.1%×2
介護職員等処遇改善 加算(Ⅰ)6月から	サービス総単位数の 9.2%×10	サービス総単位数の 9.2%	サービス総単位数の 9.2%×2
科学的介護推進体制 加算	400円	40円	80円
送迎減算 (片道につき)	470円	47円	94円