

「指定通所介護」「指定通所介護相当サービス」

重要事項説明書

令和6年6月1日現在

当事業所はご契約者に対して通所介護サービスを提供させていただくに際し、厚生省令第37号第8条に基づいて、契約を締結する前に、知っておいていただきたい当事業所の内容を説明させていただきます。

1. 通所介護を提供する事業者について

事業者名称	医療法人社団 山岸内科
主たる事務所の所在地	山口県山口市小郡新町六丁目5番3号
代表者名	理事長 山岸 隆
電話番号	(083) 972-2788

2. ご契約者へ通所介護サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地など

事業所の名称	ケアホーム小郡デイサービスセンター
施設の所在地	山口県山口市小郡新町二丁目10番21号
開設年月	平成29年4月1日（指定通所介護） 平成30年4月1日（指定通所介護相当サービス）
介護保険事業所番号	3570302988
管理者の氏名	水津 知巳
サービス提供実施地域	山口市、宇部市、美祢市
電話番号	(083) 974-5111
FAX番号	(083) 974-5112

(2) 事業の目的、運営方針

事業の目的	要介護（要支援）状態又は事業対象者であるご契約者に対して、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、必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。
運営の方針	事業者は、ご契約者の心身の状態に応じた適切なサービスを提供します。事業の実施にあたっては、人員の確保、教育指導に努め、

	ご契約者個々の主体性を尊重し、地域の保健、医療、福祉との連携のもと総合的なサービスの提供に努めます。
--	--

(3) ご利用事業所の職員体制 (令和6年6月1日現在)

職種	従事する業務内容	人員
管理者	職員管理業務等	1名(常勤)
生活相談員	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行う	3名(常勤) 介護職員兼務2名
介護職員	利用者の日常生活上の介護並びに相談・助言等を行う	9名(常勤) 生活相談員兼務2名、機能訓練指導員、看護師兼務2名 10名(非常勤) 機能訓練指導員、看護師兼務6名
機能訓練指導員	利用者の日常の生活能力向上を目的とした対応を行う	2名(常勤) 介護職員、看護師兼務 7名(非常勤) 介護職員、看護師兼務6名
看護師	利用者の心身の状況、その置かれている環境等の把握に努める	2名(常勤) 機能訓練指導員、介護職員兼務 6名(非常勤) 機能訓練指導員、介護職員兼務

(4) サービス提供日時

営業日	月曜日から土曜日(12月31日から1月3日までを除く)
営業時間	8時30分から17時30分
サービス提供時間	8時50分から16時00分

3. 当事業所が提供するサービス(契約書第4条参照)

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

<サービスの概要>

○入浴加算Ⅰ(※加算対象サービス)

入浴介助を行います。

○排泄・食事

排泄・食事の介助を行います。

○送迎サービス

ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、片道概ね10km未満で100円、片道おおむね10km以上で200

円を実費、地域を越えた地点から路程km当たり20円を実費としてご負担いただきます。

○個別機能訓練Ⅰ（イ）（※加算対象サービス）

生活動作に関連した動きを反復する訓練（要介護）

○運動器機能向上加算（※加算対象サービス）

要支援者が要介護状態になることを防止するために行う運動器機能の訓練（要支援）

○口腔機能向上加算Ⅰ（※加算対象サービス）

口腔清掃の指導や、摂食・嚥下機能に関する訓練

☆ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた通所介護計画に定められます。

4. ご利用料金（契約書第5条、第8条参照）

サービスをご利用の場合は、原則として介護報酬の1割又は2割、3割がご契約者の自己負担額（料金表）となります。

ただし介護保険の支払限度額を超えてサービスをご利用になった場合は、超過分は全額ご契約者の自己負担になります。

なお、保険対象外のご依頼に対しては、全額自己負担となり別途契約が必要となります。

（1）料金表（単位：円）

通所介護

2時間以上3時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	272円	311円	351円	392円	432円
2割	544円	622円	702円	784円	864円
3割	816円	933円	1,053円	1,176円	1,296円

3時間以上4時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	370円	423円	479円	533円	588円
2割	740円	846円	958円	1,066円	1,176円
3割	1,110円	1,269円	1,437円	1,599円	1,764円

4時間以上5時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	388円	444円	502円	560円	617円
2割	776円	888円	1,004円	1,120円	1,234円
3割	1,164円	1,332円	1,506円	1,680円	1,851円

5時間以上6時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	570円	673円	777円	880円	984円

2割	1,140円	1,346円	1,554円	1,760円	1,968円
3割	1,710円	2,019円	2,331円	2,640円	2,952円

6時間以上7時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	584円	689円	796円	901円	1,008円
2割	1,168円	1,378円	1,592円	1,802円	2,016円
3割	1,752円	2,067円	2,388円	2,703円	3,024円

7時間以上8時間未満の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	658円	777円	900円	1,023円	1,148円
2割	1,316円	1,554円	1,800円	2,046円	2,296円
3割	1,974円	2,331円	2,700円	3,069円	3,444円

加算について

入浴加算 (I)	個別機能訓練 加算 I (イ)	口腔機能 向上加算 (I)
40円 (1割)	56円 (1割)	150円 (1割)
80円 (2割)	112円 (2割)	300円 (2割)
120円 (3割)	168円 (3割)	450円 (3割)

介護職員 処遇改善加算 II
料金に9%を 乗じた金額

減算について

同一建物減算	送迎減算
94円 (1割)	47円 (1割)
188円 (2割)	94円 (2割)
282円 (3割)	141円 (3割)

通所介護相当サービス

	事業対象者 要支援1	事業対象者 要支援2	事業対象者 要支援2 (週1回)
1割	1,798円	3,621円	1,798円
2割	3,596円	7,242円	3,596円
3割	5,394円	10,863円	5,394円

加算について

口腔機能向上加算Ⅰ
150円 (1割)
300円 (2割)
450円 (3割)

介護職員 処遇改善加算Ⅱ
料金に9%を 乗じた金額

減算について

	事業対象者 要支援1	事業対象者 要支援2
同一建物減算	376円 (1割)	752円 (1割)
	752円 (2割)	1,504円 (2割)
	1,128円 (3割)	2,256円 (3割)

(2) 介護保険給付対象とならないサービス (契約書第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①食事提供

- ご利用者に提供する食事にかかる費用です。

料金：640円

- 栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 12:00 ~ 13:00

②おやつ

- ご契約者の希望によりおやつを提供します。

料金：80円

③レクリエーション、クラブ活動(任意の参加)

- ・ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動（生け花、書道など）に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

- ・ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき：20円

⑤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（おむつ代等）、ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

※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、変更を行う。

2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

利用料・その他費用の請求方法	<ul style="list-style-type: none">・ 毎月15日前後に当事業所が前月分の請求書を郵送、又は手渡し致します。
お支払い方法	<ul style="list-style-type: none">・ 山口銀行による「自動引落し」とさせて頂いておりますので、手続きをお願い致します。・ 毎月20日に引落しさせていただきます。・ 20日に引落しが出来ない場合は、指定口座に振込みをお願い致します。
	<ul style="list-style-type: none">・ 現金にてお支払いを希望される場合は、おつりがない様準備の上、請求月末日までにお支払い下さい。
領収書の発行	<ul style="list-style-type: none">・ 「自動引落し」の領収書は翌月の15日以降に発行致します。・ 「自動引落し」領収日は引落し完了日となります。
	<ul style="list-style-type: none">・ おつりがある場合は、おつりと領収書を後日お届けします。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービス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者へ申し出て下さい。

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、取消料として下記の料金をお支払い頂く場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

時 間	キャンセル料
サービス利用の24時間前までに連絡していただいた場合	無 料
サービス利用の12時間前までに連絡していただいた場合	負担額の50%
サービス利用の12時間前までに連絡がなかった場合	負担額の100%

5. 緊急時の対応（契約書9条参照）

サービスの提供中にご契約者の容態の変化等があった場合は、ご契約者の主治医、又は事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先（救急隊、ご家族、介護支援専門員等）に連絡いたします。

協力医療機関	名 称	医療法人 山岸内科
	院 長 名	山岸 隆
	所 在 地	山口県山口市小郡新町六丁目5番3号
	電 話 番 号	(083) 972-2788
	診 療 科	内科・循環器科

6. 事故発生時の対応（契約書第12条・13条参照）

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご契約者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご契約者がお住まいの市区町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所の通所介護サービスにより、ご契約者に対して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。

7. 守秘義務（契約書第10条参照）

(1) 事業者、サービス従事者等は、正当な理由がなくその業務上知り得たご契約者及びご家族等に関する事項を第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。

(2) 事業者は、ご契約者に医療上、緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご契約者又はご家族の個人情報を用いることができるものとします。

8. サービスに関する相談・要望・苦情申立（契約書第20条参照）

当事業所が提供した通所介護サービスに関する相談・苦情は、事業所のご契約者相談窓口までご連絡下さい。速やかに対応いたします。又、市や国民健康保険団体連合会等にも相談窓口があります。

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

<p>ケアホーム小郡デイサービスセンター</p>	<p>担当者 <u>水津 知巳</u> 午前8：30～午後17：30（月曜日～土曜日） TEL（083）974-5111 FAX（083）974-5112</p>
--------------------------	--

(2) 行政機関その他苦情受付期間

<p>山口県国民健康保険団体連合会</p>	<p>午前8：30～午後5：15（土日祝を除く） TEL（083）995-1010 FAX（083）934-3665</p>
<p>山口市役所 健康福祉部介護保険課</p>	<p>午前8：30～午後5：15（土日祝を除く） TEL（083）934-2805 FAX（083）973-8154</p>
<p>宇部市役所 健康福祉部高齢者総合支援課</p>	<p>午前8：30～午後5：15（土日祝を除く） TEL（0836）34-8396 FAX（0836）22-6026</p>
<p>美祢市役所 市民福祉部高齢福祉課</p>	<p>午前8：30～午後5：15（土日祝を除く） TEL（0837）52-5229 FAX（0836）52-1490</p>

令和 年 月 日

指定通所介護（指定通所介護相当）サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 所在地 山口県山口市小郡新町二丁目10番21号

事業所 ケアホーム小郡デイサービスセンター

氏 名 水津 知巳 印

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（指定通所介護相当）サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

上記代理人（代理人を選定した場合）

住 所 _____

続柄（ ） 氏 名 _____ 印