地域密着型通所介護　重要事項説明書

１．当社援助サービスについての相談窓口

電　話　：　０４２２－７９－２５７１（代）（午前８時３０分～午後５時３０分まで）

担　当　：　小暮　真理子(生活相談員)　　進藤　弥生（生活相談員）

２．事業所の概要

(1) 名称等

法　人　名	有限会社三鷹シルバーハウス
事 業 所 名	デイサービスセンター和（なごみ）
所　在　地	東京都三鷹市野崎１－５－１０
電 話 番 号	０４２２－７９－２５７１
代 表 者 名	代表取締役　山田 義剛
事業所番号	１３７３６０１０３６
開設年月日	平成 17 年４月１日
サービス提供・送迎地域	三鷹市・調布市(一部地域)・武蔵野市(一部地域)

(2) 職員体制　　令和　　年　　月　　日現在

	資格ほか	常勤		非常勤		計	
管理者	介護福祉士		名		名		名
生活相談員	介護支援専門員		名		名		名
	介護福祉士		名		名		名
	社会福祉主事		名		名		名
介護職員	介護福祉士		名		名		名
	２級修了者・介護職員初任者研修修了者		名		名		名
機能訓練指導職員（※）	看護師・准看護師		名		名		名
	理学療法士・作業療法士・柔道整復師等		名		名		名
	介護福祉士		名		名		名
	２級修了者・介護職員初任者研修修了者		名		名		名
看護職員（※）	看護師・准看護師		名		名		名
合計人数（兼務職員（※印）の人数を除く所属している実人数）							名

(3) 営業日、営業時間及び休日

営業日・営業時間	月曜日～土曜日・８：３０～１７：３０
休　　日	日曜・年末年始（12 月 29 日から１月３日まで）

(4) サービス提供時間帯

午前９時３０分～午後５時００分(月曜日から土曜日)

３．サービス内容

通所介護計画に基づき下記の援助を行います。

種　類	内　　容
食　事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。　（食事時間１２：００～１２：５０）
入　浴	入浴又はシャワー浴を行います。入浴サービスの利用は任意です。
排　泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、機能低下を防止するように努めます。（当施設の保有する器具：階段昇降・平行棒・上肢昇降器具・歩行器・車椅子）
生活指導	利用者の生活面での指導援助を行います。各種レクリエーションを実施します。
健康ﾁｪｯｸ	血圧・体温等の測定を行い、利用者の全身状態の把握を行います。
相談援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送　迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

４．利用料金等に関する内容

(1) 利用料は下記料金表の額であり、お支払いいただく利用者負担金は原則として介護保険負担割合証の負担額割合に応じた額となります。

地域密着型通所介護サービス（１日あたりの利用料金）

サービス提供時間 / 事業所区分 要介護度	5時間以上6時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護１	657	7,016円	701円	1,403円	2,104円
要介護２	776	8,287円	828円	1,657円	2,486円
要介護３	896	9,569円	956円	1,913円	2,870円
要介護４	1,013	10,818円	1,081円	2,163円	3,245円
要介護５	1,134	12,111円	1,211円	2,422円	3,633円
	6時間以上7時間未満				
要介護１	678	7,241円	724円	1,448円	2,172円
要介護２	801	8,554円	855円	1,710円	2,566円
要介護３	925	9,879円	987円	1,975円	2,963円
要介護４	1,049	11,203円	1,120円	2,240円	3,360円
要介護５	1,172	12,516円	1,251円	2,503円	3,754円
	7時間以上8時間未				
要介護１	753	8,042円	804円	1,608円	2,412円
要介護２	890	9,505円	950円	1,901円	2,851円
要介護３	1,032	11,021円	1,102円	2,204円	3,306円
要介護４	1,172	12,516円	1,251円	2,503円	3,754円
要介護５	1,312	14,012円	1,401円	2,802円	4,203円

(2)加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
通所介護個別機能訓練加算Ⅰイ	56	598円	59円	119円	179円	1日(対象者のみ)
通所介護個別機能訓練加算Ⅰロ	76	907円	90円	181円	272円	1日(対象者のみ)
通所介護個別機能訓練加算Ⅱ	20	213円	21円	42円	63円	1ヶ月1回(算定可能な対象者のみ)
中重度ケア体制加算	45	480円	48円	96円	144円	1日(常勤看護師配置した場合)
通所介護入浴加算Ⅰ	40	427円	42円	94円	128円	入浴対象者のみ
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の92/1000	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)
口腔機能向上加算	150	1,602円	160円	320円	480円	3ヶ月以内の期間に限り1月に2回を限度
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	192円	19円	38円	57円	1日

利用料金の算出(サービス単位数×10.68:3級地)

※入浴介護加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。

※中重度者ケア体制加算は、中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定します。

※個別機能訓練加算(Ⅰ)は、多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。個別機能訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、機能訓練加算(Ⅱ)を算定します。

※口腔機能向上加算は、口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。

※サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出した事業所が、利用者に対して地域密着型通所介護を行った場合に算定します。

※介護職員等処遇改善加算、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は区分支給限度基準額の対象外となります。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

※上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた時間を基準とします。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払ください。利用料のお支払と引き換えに領収書を発行いたします。

(2) 介護保険給付対象外サービス

① 食事の提供に要する費用(おやつ代を含む)　　７５０円

② おむつ代　　実費(原則持参願います)

③ アクティビティ利用料　　実費

④ 通常の実施地域を超えて送迎を行う場合　　６００円／１ｋｍ当たり

(3)キャンセル

急なキャンセルの場合は、下記料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。連絡先：０４２２－７９－２５７１

前日１７時までにご連絡いただいた場合	無料
当日キャンセルの場合（送迎時の不在・利用者の都合による）	２，０００円

※食事のキャンセルは利用前日の１７：００までにご連絡ください。

(4)その他費用

通所介護サービスの中で提供される便宜の内、日常生活においても必要となるものに係わる費用であって、利用者に負担して頂く事が適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

(5)料金の支払方法

利用料は一ヶ月ごとに計算し、翌月、１５日までに明細を付した請求書を発送いたしますので、双方で取り決めた方法でお支払いただきます。お支払いただきますと領収書を発行いたします。

５．サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込み下さい。当社職員がお伺いいたします。サービス提供の依頼を受けた後、契約の締結、通所介護計画を作成し、内容をご了承の上サービスの提供を開始いたします。

(2) サービスの終了

①利用者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週間前までに文書でお申し込み下さい。

なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申しつけ下さい。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員配置基準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。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・利用者が介護保険施設等に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていた利用者が要支援１・２、非該当と認定された場合

・利用者が亡くなられた場合および被保険者資格を喪失した場合

④その他

・当社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、利用者やご家族に対して社会理念を逸脱する行為を行った場合、また当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによってすぐサービスを終了することができます。

・利用者が正当な理由なくサービス料金の支払を２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、または利用者やご家族の方などが当社や

当社サービス従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合があります。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

①サービス利用の際には介護保険被保険者証を提示してください。

②施設内の備品や器具は本来の用法に従ったご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

③他の利用者の迷惑になる行為、施設内での他の利用者に対する宗教活動、政治活動、施設内への食品類の持込・持ち帰り、通所に必要ではない高価な金品の持ち込みはご遠慮願います。

④当施設または、職員への金品の饗応・贈与は一切ご遠慮願います。

6．当社の通所介護サービスの特徴等

(1) 運営方針

①利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにします。

②地域の高齢者福祉の拠点として、在宅生活の支えとなることを心がけます。

(2) 事業の実施に当たっては、関係市区町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(3) サービスの向上の為に下記の項目を実施しています。

項　　目	内　　容
通所介護計画の作成	利用者の直面している課題等を評価し、希望を踏まえて、通所介護計画を作成いたします。また、サービス提供の目標達成状況等を評価いたします。
従業員への研修の実施状況	毎月サービス・介護知識・技術研修、事例検討を実施
サービスマニュアルの作成状況	業務別マニュアル作成済
個人情報の使用同意書	書面にて交付
非常災害対策	年２回程度の避難訓練・非常災害時研修を実施 防火管理者設置

7．緊急時の対応方法

サービス提供中に変化等があった場合は、事前の取り決めに従い、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者へ連絡します。

医療機関等	主　治　医	（科名：　　）
	連　絡　先	
緊急時の ご連絡先	氏　　名	（続柄：　　）
	連　絡　先	

8．サービス内容に関する苦情

(1)　苦情の対応

利用者等から寄せられた苦情は、単に担当者だけの問題とせずに、事業所が組織として迅速かつ適切に対応します。当該苦情の内容などを記録し、その記録を 2 年間保存します。

①苦情の受け入れ（来社、電話、手紙など）	対応者は原則として管理者
②担当者、利用者又は家族、サービス事業者から事情を聞く。	

③苦情に関わる問題点を把握する。	管理者及び関係する者事業所が組織として対応
④対応策を検討する。	
⑤改善策をたてる。	
⑥苦情報告書に記入する。	
⑦利用者に説明する。	
⑧事業所所員に経過を公表して、サービス改善に役立てる（守秘義務は守る）。	
⑨必要に応じて、地域包括支援センター、市区町村へ連絡等をする。	原則管理者が連絡

(2)苦情の窓口

当事業所のサービスに関する苦情は、担当者または下記の苦情相談窓口までにお申し出下さい。

担 当 者：小暮　真理子(管理者)　　電話番号：０４２２－７９－２５７１（代表）
受付時間：月曜日～土曜日８：３０～１７：３０（日・年末年始は除く）

(3)当事業所以外に市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることが出来ます。

三鷹市　TEL：0422-45-1151(高齢者支援課)　調布市　TEL：042-481-7321(高齢者支援室)

武蔵野市　TEL：0422-60-2525(高齢者支援課)

東京都国民健康保険団体連合会連絡先：０３－６２３８－０１７７

９．提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有　・　無	実施した直近の年月日	年　月　日
実施した評価機関の名称		評価結果の開示状況	

１０．虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待防止等の為に、次に掲げる通り必要な処置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者の選定及び設置をしています。（担当者：小暮真理子）

②虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的な開催しており、その結果について従業者への周知をしています。

③苦情解決体制を整備しています。必要があれば、成年後見制度の利用支援を行います。

④従業員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を年１回実施しています。

⑤サービス提供中に当該事務所従業者又は養護者（現に扶養している家族. 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、これを市に通報します。

１１．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)緊急性・・・・・・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。

１２．業務継続計画の策定等

(1) 感染症に関わる業務継続計画及び災害に関わる業務継続計画を作成します。

(2) 非常災害その他緊急時に備え、防火教育を含む総合訓練を地域の消防署の協力を得た上で、定期的に(年２回以上)実施するなど、利用者の安全に対して万全の備えを行うものとします。

(3) 医療機関、他の社会福祉施設及び地域住民と非常災害時における連携及び協力関係を構築するよう努めます。

１３．非常災害対策

(1)事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：(　施設長　小暮真理子　)

(2)非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備しそれらを定期的に従業員に周知します。

(3)定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：毎年２回（５月・１１月ころ）

１４．衛生管理及び感染症対策について

事業者は、事業所内におけるに衛生管理について、衛生管理を十分に行うとともに、感染症の発生、及びまん延しないように、次の措置を講じる。

(1)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定期的に開催（１年に２回）し、その結果について職員に周知する。

(2)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する。

(3)事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修

(4)並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の定期的に実施する。(１年に１回)

１５．ハラスメント防止の対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようあらゆるハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1)事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2)ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3)職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4)ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

１６．サービスに関わる事故

(1)事故発生時の対応

通所介護事業の提供によって事故が発生した場合及び当事業所の作成した通所介護計画により提供を受けたサービスによって事故が発生した場合は、迅速に適切に対応します。

① 利用者の生命、身体に危険又はそのおそれがある場合には、主治医へ連絡します。必要な措置には救急車の出動要請も含まれます。

② 判断に迷う場合にも主治医に連絡し、利用者の反応や状態を具体的に報告して指示を仰ぎます。専門関係者・関係期間に早急に連絡をすることを第一とします。

③ 所属事業所に報告し、家族、緊急連絡先となっている方へ連絡をします。

④ 必要に応じて、地域包括支援センター、市区町村へ連絡等をします。

(2)サービス提供中に発生した事故の場合には、事実関係を把握し記録し2年間保存します。

〇利用者氏名　〇事故発生日時　〇事故発生現場　〇事故に至る経緯　〇現場の状況
〇事故の内容　〇利用者の状態　〇救急車の有無、出動要請時間等　　〇搬送先など

(3)当事業所の責めに負うべき事由により損害が発生した場合は、速やかに損害の賠償を行います。

令和　　年　　月　　日

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、契約書、重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

事 業 所 名　　有限会社　三鷹シルバーハウス
住　　所　　東京都三鷹市野崎１－５－１０
代 表 者 名　　代表取締役　　山田　義剛　　事業者番号　１３７３６０１０３６

説　明　者　　生活相談員　　＜氏　　名＞　　印

地域密着型通所介護サービス内容説明書兼合意書(契約書別紙)

１．通所介護を提供する場所

名　　称　有限会社三鷹シルバーハウス　デイサービスセンター和（なごみ）

住　　所　東京都三鷹市野崎１－５－１０

ご利用日　毎週　　月曜日　・　火曜日　・　水曜日　・　木曜日　・　金曜日　・　土曜日

（利用する日を〇で囲んでください。ただし、年末年始・8 月 12 日前後 3 日間を除く）

ご利用可能時間　午前９時３０分～午後５時００分（送迎時間を除く）

ご利用可能設備　食堂、趣味・ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ室、機能訓練室、相談室、浴室、お手洗い、送迎車両

２．通所介護の内容

通所介護計画に基づき重要事項説明書に記載された援助を行います。

３．通所介護の利用料

(1)利用料は介護保険の適用が有る場合は、原則として１ヶ月当たり、基本料金（料金表）の負担割合証に記載の割合となります。

該当する要介護度・通所時間・利用料金を記入

サービス内容/通所時間等		利用料金			
地域密着型通所介護 （要介護　　）	時間以上 時間未満	円／１回			
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ		イ	598 円（対象者のみ）	ロ	907 円（対象者のみ）
通所介護個別機能訓練加算Ⅱ		213 円（算定可能な対象者のみ）※1 ヶ月 1 回			
口腔機能向上加算		1,602 円（月２回まで）			
中重度ケア体制加算		480 円／１回			
通所介護入浴加算		427 円／１回（対象者のみ）			
介護職員処遇改善加算Ⅰ※		１ヶ月につき対象所定単位合計×９２／１０００			
サービス提供体制強化加算Ⅱ※		192 円（1 通所利用につき）			

1 日あたりの利用料金（基準単位数×10.68：3 級地）：三鷹市・調布市・武蔵野市

※印は区分支給限度基準額には含まれません。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

※上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた時間が基準となります。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者様は料金表の利用料金全額または負担割合証に記載された割合の料金をお支払ください。利用料のお支払と引き換えに領収書を発行いたします。

(2)介護保険給付対象外サービスの費用については、重要事項説明書に記載の費用を頂きます。

(3)キャンセル料について、急なキャンセルの場合は、重要事項説明書に記載の費用を頂きます。

(4)通所介護サービスの中で提供される便宜の内、日常生活においても必要となるものに係わる費用であって、ご利用者様に負担して頂く事が適当と認められる費用は、ご利用者様の負担となります。

４．利用料金の支払方法

現金、又は銀行振込みのいずれかを選択してください。　（　現金　・　銀行振込　）

利用料は一ヶ月ごとに計算し、翌月１５日までにご利用明細を付した請求書を発行いたします。

上記の方法でお支払いただき、入金確認後、領収書を発行させて頂きます。

令和　　年　　月　　日

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、サービス内容説明書兼合意書に基づいて説明を行いました。

事 業 所 名　　有限会社　三鷹シルバーハウス

住　　所　　東京都三鷹市野崎１－５－１０

代 表 者 名　　代表取締役　　山田　義剛　　事業者番号　１３７３６０１０３６

説　明　者　　生活相談員　　＜氏　　名＞　　印

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、契約書、重要事項説明書、並びにサービス内容説明書兼合意書の説明を受け、了承しました。

利　用　者

＜住　　所＞

＜氏　　名＞　　印

利用者家族

＜住　　所＞

＜氏　　名＞　　印　　（続柄　　）

代　理　人

＜住　　所＞

＜氏　　名＞　　印　　（関係　　）