

デイサービスセンター
あんきな家 清水ヶ丘
重要事項説明書

1. 事業所の概要

通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防通所介護相当サービス）

事業所名	デイサービスセンターあんきな家 清水ヶ丘
所在地	高知県土佐清水市清水ヶ丘 30-2 電 話 0880-82-3335 F A X 0880-82-3336
管理者名	宮崎 有希子
事業者指定番号	(通所介護) 第 3970800219 号 (日常生活支援総合事業) 第 39A0800022 号

管 理 者	1 名
生 活 相 談 員	配置なし
機 能 訓 練 指 導 員	配置なし
看 護 師 (非 常 勤)	1 名以上
介 護 職 員	5 名以上

サービス提供地域	土佐清水市内
----------	--------

2. 職員配置状況

当事業所では、利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

※介護職員数は利用定員数によって変動あり

※（指定地域密着型介護老人福祉施設に併設される場合で、処遇等が適切に行われる場合に、指定通所介護事業所に生活相談員及び機能訓練指導員を置かないことができる）

職種	勤務体制
1. 管理者（16：30～17：00）	《常勤》 8：30～17：00 9：00～17：30
2. 介護職員	
3. 看護職員	
4. 生活相談員	《非常勤》 9：00～15：30 9：30～12：30 9：30～16：00
5. 機能訓練指導員	
（理学療法士・作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師）	

※ 通所介護の利用者 35 人の職員配置については、指定基準を遵守しています。

3. 営業日・営業時間

サービス種類	通所介護 介護予防・日常生活支援総合事業 （介護予防通所介護相当サービス）
営業日	月曜日～金曜日・祝日
サービス提供時間	10：00～16：00（送迎時間を除く）
サービス延長時間	8：30～17：00（但し、送迎は原則家族等が行う）
休業日	土曜日・日曜日、年末年始（12/30～1/3 まで）

4. 事業所の利用定員

1 日の利用定員最大 35 人

5. 居宅サービスの内容

（1）通所介護及び介護予防通所介護相当サービス

利用者の居宅（自宅）から施設へ、当施設の送迎車両にて送迎を実施し、施設内にて養護、健康チェック、食事、入浴、レクリエーション、リハビリ等により、利用者の健康状態の確認や生きがいの増進、家族の方の介護負担の軽減を図るサービスです。

6. 居宅サービス利用料及び利用者負担

介護保険からの給付サービスを利用する場合の自己負担は、介護保険給付費の 1 割～3 割が利用者の自己負担額となります。（自己負担割合は、介護保険 の「負担割合証」に基づきます。）ただし、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。

(1)通所介護

ア. 基本利用料

利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
所要時間 6 時間以上 7 時間未満 自己負担額 (1 割)	584 円	689 円	796 円	901 円	1008 円
所要時間 7 時間以上 8 時間未満 自己負担額 (1 割)	658 円	777 円	900 円	1023 円	1148 円

イ. 各種加算料金

加算料金の算定基準

- ①運営規定「第 9 条」に定めるサービス（入浴介助）を受けた場合加算算定。
- ②若年性認知症利用者 介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条第六号に規定する初老期における認知症によって、法第 7 条第 3 項に規定する要介護者となった者）に対して、指定通所介護を行った場合「若年性認知症受入」加算算定。
- ③介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 指定通所介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 126 号）において当該事業者が要件を満たすことにより算定される加算であり、月総合計利用単位数×8.0%（通所介護交付率）の計算により算出された加算分の自己負担が必要となる。

加算 サービス	入浴介助加算 (Ⅰ)	介護職員処遇改善 加算 (Ⅲ)	若年性認知症 受入加算
自己負担 (1 割～3 割)	(1 割) 40 円/日 (2 割) 80 円/日 (3 割) 120 円/日	合計利用単位数×9.9% (通所介護交付率)	(1 割) 60 円/日 (2 割) 120 円/日 (3 割) 180 円/日

ウ. 実費負担分

- ・ 食事（昼食）・・・600 円

＊ サービス利用料は、ア. 基本利用料とイ. 各種加算料金（実際に利用したサービス）
ウ. 実費負担分の合計となります。

(2) 介護予防通所介護相当サービス

ア. 基本利用料 (1 割の場合)

サービス 提供区分		通所型サービス費 (事業対象者・要支援 1)		通所型サービス費 (事業対象者・要支援 2)	
		利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通常の場合	基本	17,980 円/月	1,798 円/月	36,210 円/月	3,621 円/月
日割の場合	基本	590 円/日	59 円/日	1,190 円/日	119 円/日

※原則日割計算は行わず、月途中からの利用、月途中までの利用及び医療機関に何日間か入院した場合も、月額満額の報酬で算定します。

例外として①要介護から要支援になった②要支援から要介護になった③同一保険者内の転居等により事業所を変更した場合④月途中で要支援度が変更になった場合は日割計算を行います。

また介護予防短期入所と当該サービスを利用する場合は、介護予防短期入所の利用日数を減じて得た日数により日割計算を行います。

ウ. 実費負担分

- ・ 食事 (昼食)・・・600 円

＊ サービス利用料は、ア. 基本利用料とイ. 各種加算料金 (実際に利用したサービス)

ウ. 実費負担分の合計となります。

(償還払いの場合)

サービス提供証明書を後日、所轄の市町村の窓口に提出しますと、自己負担を控除した金額の払い戻しを受けることができます。

(2) 利用料の支払い方法

毎月、10 日に前月分の利用料の請求書を発送いたしますので、請求月の末日までにお支払いください。

お支払方法は、指定口座からの自動引き落とし、または各銀行振り込みの中からお契約の際に選択できます。

四国銀行・ゆうちょ銀行 口座振替	毎月末締めで翌月 25 日 (土日祝祭日については翌営業日)
高知銀行・四国銀行・ゆうちょ銀行 銀行振込	当該合計金額を当月の末日までに銀行振込に てご入金してください。

※ 口座振替が 25 日にできなかった場合は、再度の振替手続きがとれませんので、請求月の末日までに銀行振込にてお支払いください。

※手数料について、引き落としの場合は施設が手数料を負担しますが、銀行振込の場合は利用者様負担となります。

※ 保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金（10割）をいただき、サービス提供証明書を発行します。（償還払い）

7. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者及びその家族は、指定通所介護及び介護予防通所介護相当サービスの提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意します。
- (2) 指定通所介護及び介護予防通所介護相当サービスの対象は、要介護状態及び要支援状態にあるものとします。
- (3) 従業者は、事前に利用者に対して次の点に留意するよう指示を行います。
 - ①気分が悪くなった時は速やかに申し出る。
 - ②共有の施設・設備は他の迷惑にならないよう利用する。
 - ③通常の営業時間外の送迎については家族等が行うこと。
 - ④火気の取り扱いには十分に注意することとし、喫煙は所定の場所で行うこと。

8. 緊急時等における対応方法

- (1) 指定通所介護及び介護予防通所介護相当サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合には、速やかに主治医等に連絡する等の必要な措置を講じます。
病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することがあります。

9. 非常災害対策

- (1) 指定通所介護及び介護予防通所介護相当サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。
また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を行います。

- (2) 非常災害に備え、定期的に避難、搬出その他必要な訓練を行います。また、別途定めるBCP（事業継続計画）により本事業が継続できる様に尽力します。

10. 衛生管理

- (1) 利用者が使用する施設、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るとともに、医薬品及び医療器具の管理を適正に行います。
- (2) 事業所において食中毒及び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、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに密接な連携を保ちます。
- (3) 従業者は個々の健康管理の徹底を図り、感染症等に関する知識の習得に努めます。

11. 利用中止、変更

- (1) 利用者の都合により、介護予防通所介護相当サービスの利用を中止又は変更する場合には利用日の前日までに申し出て下さい。

12. 相談、苦情の受付について

- (1) サービスに関する相談、苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所苦情相談窓口	担当者 形岡 洋明 連絡先 0880-82-3335 受付時間 月～金曜日（8：30～17：00） 受付時間以外の対応窓口（夜間、休業日等） あんきな家清水ヶ丘（特別養護老人ホーム等） 連絡先 0880-82-3335
事業所外苦情相談窓口	土佐清水市役所健康推進課 介護保険係 所在地 高知県土佐清水市天神町11番2号 電話0880-82-1111/0880-82-1254(直通)
	高知県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係 所在地 高知県高知市丸ノ内2丁目6番5号 電話088-820-8410（直通）088-820-8411 受付時間 9：00～12：00 13：00～16：00 *土、日、祝日および年末年始（12月29日～1月3日除く）
	高知県社会福祉協議会 運営適正化委員会 所在地 高知県高知市朝倉戊375-1 ふくし交流プラザ4階 電話088-844-3852 受付時間 月～金曜日 9時～16時

1 3. 事故発生時の対応

- (1) 通所介護及び介護予防通所介護相当サービス事業所は、利用者に対する通所介護及び介護予防通所介護相当サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族、利用者の居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 通所介護事業所及び介護予防通所介護相当サービス事業所は、事故の状況及び事故に際して採った処置、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。
- (3) 通所介護事業所及び介護予防通所介護相当サービス事業所は、利用者に対する通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

1 4. 身体拘束について

- (1) 当施設では、別途定める「身体拘束に関する指針」に基づき原則として、身体拘束は行いません。但し、生命や身体の保護の目的で緊急やむを得ない場合は指針に沿った手順で行います。

1 5. 高齢者虐待防止について

- (1) 当施設では、別途定める「高齢者虐待防止に関する指針」に基づき、全職員を挙げて虐待の防止に取り組みます。

1 6. 地域との連携について

- (1) 運営にあたっては、地域住民またはその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流を図ります。

1 7. 秘密保持

- (1) 通所介護事業所及び介護予防通所介護相当サービス事業所は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 通所介護事業所及び介護予防通所介護相当サービス事業所は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を予め文書で得ない限り、サービス担当会議等で個人情報を用いませぬ。

18. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 清和会
代 表 者 氏 名	理事長 溝渕 敏水
所在地 電話番号	高知県土佐清水市加久見 1464-279 TEL (0880) 82-0022
業 務 の 概 要	・ グループホーム あんきな家 ・ 認知症対応型デイサービスセンター あんきな家 ・ 居宅介護支援事業 あんきな家 ・ 共生サービスホーム あんきな家 ・ ヘルパーステーション あんきな家 ・ 小規模ケアハウス あんきな家 ・ 特別養護老人ホーム あんきな家 清水ヶ丘 ・ デイサービスセンター あんきな家 清水ヶ丘 ・ 認知症デイサービスセンター あんきな家 清水ヶ丘 ・ 放課後等デイサービスセンター あんきな家 清水ヶ丘 ・ ショートステイ あんきな家 清水ヶ丘 ・ 緊急ショート あんきな家 清水ヶ丘 ・ 高齢者生活支援ホーム 清水ヶ丘
第三者評価 実施の有無	無

19. 当事業所の運営方針

運営方針

- (1) 本事業所において提供する通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。
- (2) 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の提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- (3) 利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明します。
- (4) 適切な介護技術をもってサービスを提供します。
- (5) 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
- (6) 居宅サービスが作成されている場合は、当該計画に沿った通所介護及び介護予防通所介護相当サービスを提供します。

令和 年 月 日

通所介護及び介護予防通所介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者名 社会福祉法人 清和会 あんきな家
代 表 者 理事長 溝渕 敏水

説 明 者 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、介護予防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

代筆者 氏 名 印 (続柄)

身元引受人 住 所

氏 名 印

※ この重要事項説明書は、「厚生労働省令第 37 号（平成 11 年 3 月 31 日）指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第 105 条に準用する規定に基づき、利用者又はその家族等への重要事項説明のために作成しました。

平成31年 1月 1日改定	令和 4年 5月 1日改定
平成31年 4月 16日改定	令和 4年 10月 1日改定
令和 1年 5月 9日改定	令和 5年 5月 1日改定
令和 1年 10月 1日改定	令和 6年 4月 1日改定
令和 3年 4月 1日改定	令和 6年 6月 1日改定
令和 3年 8月 1日改定	令和 7年 5月 29日改定
令和 3年 10月 16日改定	令和 8年 4月 1日改定
令和 4年 4月 1日改定	令和 8年 6月 1日改定