

「指定通所介護」「指定通所型サービス(介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所介護)」
重要事項説明書
 ～デイサービスセンター北原の里～

医療法人関越中央病院
 介護・福祉村 北原の里
 理事長 小林 功
 群馬県高崎市北原町 179-1
 TEL 027-384-4611
 FAX 027-384-4612

当事業所は介護保険の指定を受け、次のサービスを提供します。
 通所介護、通所型サービス(介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所介護)
 (高崎市指定 第 1070204381 号) 管理者名 中澤 沙友里

デイサービスセンター北原の里(以下、「事業所」という。)は、ご契約者に対して指定通所介護サービスまたは指定通所型サービス(介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所介護)(以下、「サービス」という。)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とおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援・事業対象」と認定された方が対象となります。要介護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。

1. 通常の事業の実施地域 高崎市、前橋市、渋川市、吉岡町、榛東村の一部

2. 営業日及び営業時間

営業日	日曜日・年末年始(12/30～1/3)を除く全日。なお、随時必要により営業を行うことがある。	
営業時間	月曜日～土曜日	午前 8 時 00 分～午後 5 時 00 分
サービス提供時間	月曜日～土曜日	午前 9 時 00 分～午後 4 時 00 分

3. 利用定員 80 名

4. 設備等の概要

・ホール(食堂、機能訓練室) ・和室静養室 ・浴室 ・相談室 ・車椅子用トイレ ・厨房 他

5. 職員体制

従業者の職種	員数
管理者	1 名
生活相談員	1 名以上(うち 1 名以上は常勤)
看護職員	1 名以上
介護職員	常勤換算方法で 9 名以上(うち 1 名以上は常勤)
機能訓練指導員	1 名以上
栄養士	1 名

6. 当事業所が提供するサービス

サービス内容

- ①送迎を行います。
- ②入浴／入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ③排泄／ご契約者の排泄の介助を行います。
- ④機能訓練／機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

7. 利用料金

＜サービス内容と利用料金＞

それぞれのサービスについて、次の２種類に分けられます。

①利用料金が介護保険から給付される場合

②利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

(1) 通所介護：介護保険の給付の対象となるサービス

原則、限度額の範囲内で利用した場合、9割又は8割、7割が介護保険から給付され、1割又は2割、3割が自己負担となります。高崎市は、地域区分が「6級地」であるため、所定の単位数に「10.27」を乗じた額が自己負担となります。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

【通所介護費】下記の料金表によりご契約者の要介護度に応じた「自己負担額」をお支払いください。

《大規模型通所介護（Ⅰ）：基本報酬》＜所定単位数＞

介護度\時間	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	358 単位	376 単位	544 単位	564 単位	629 単位	647 単位
要介護2	409 単位	430 単位	643 単位	667 単位	744 単位	765 単位
要介護3	462 単位	486 単位	743 単位	770 単位	861 単位	885 単位
要介護4	513 単位	541 単位	840 単位	871 単位	980 単位	1,007 単位
要介護5	568 単位	597 単位	940 単位	974 単位	1,097 単位	1,127 単位

※送迎を含む。

【加算内容】

項 目	金 額
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位/日
中重度者ケア体制加算	45 単位/日
生活機能向上連携加算（Ⅰ）（3 か月以内 月 1 回）	100 単位/月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 単位/月（個別機能訓練加算算定している場合 100 単位/月）
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位/日
口腔機能向上加算（月 2 回迄）	（Ⅰ）150 単位/回・（Ⅱ）160 単位/回
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日
栄養アセスメント加算	50 単位/月
栄養改善加算（月 2 回迄）	200 単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算（6 ヶ月毎）	（Ⅰ）20 単位/回・（Ⅱ）5 単位/回
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
同一建物利用者減算	▲94 単位/日
当該事業所において送迎対応を行わない場合	▲47 単位/片道
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）22 単位/回・（Ⅱ）18 単位/回・（Ⅲ）6 単位/回
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	利用サービスの総単位数に「9.2%」を乗じた額。

☆入浴介助加算

入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。及び、入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行っている場合。

☆中重度者ケア体制加算

厚生労働大臣が定める基準で中重度の要介護者を受入れる体制がある場合。

☆生活機能向上連携加算

理学療法士等が、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成した場合。
個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、見直しを行った場合。

☆個別機能訓練加算

利用者に対して個別の機能訓練計画に基づき機能訓練を行った場合。

☆口腔機能向上加算

口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して口腔機能の向上を目的に指導を行った場合。

☆若年性認知症利用者受入加算

満 40～64 歳の若年性認知症利用者を受入れた場合。

☆栄養アセスメント加算

管理栄養士が栄養状態について確認を行い、文書で情報共有した場合。

☆栄養改善加算

低栄養状態の改善等を目的に個別に栄養食事相談等を行った場合。

☆口腔・栄養スクリーニング加算

利用者の口腔の健康状態または栄養状態のスクリーニングを行なった場合。

☆科学的介護推進体制加算

利用者全員の情報を LIFE へ提供し、必要に応じて計画を見直すなど情報を活用している場合。

☆同一建物利用者減算

事業所と同一建物に居住し通所する利用者に対してサービス提供した場合。

☆送迎未実施減算

当該事業所において送迎を行わない場合(家族送迎等)

☆サービス提供体制強化加算

厚生労働大臣の定める基準により利用者へのサービス提供体制に対し加算。

☆介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

厚生労働大臣が定める基準により、利用されたサービスの所定単位数の合計額に「9.2%」を乗じた額。
但し、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象外となります。

『延長利用』＜所定単位数＞

通常の利用時間を超過して臨時に延長介護サービスを行う場合は、朝・夕にかかわらず次の料金をご負担いただきます。

利用時間	9時間以上 10時間未満	10時間以上 11時間未満	11時間以上 12時間未満	12時間以上 13時間未満	13時間以上 14時間未満
金額	50 単位／回	100 単位／回	150 単位／回	200 単位／回	250 単位／回

(2) 通所型サービス: 介護保険の給付の対象となるサービス

原則、限度額の範囲内で利用した場合、9 割又は 8 割、7 割が介護保険から給付され、1 割又は 2 割、3 割が自己負担となります。高崎市は、地域区分が「6 級地」であるため、所定の単位数に「10.27」を乗じた額が自己負担となります。(前橋市、渋川市、吉岡町、榛東村は「7 級地」であるため、所定の単位数に「10.14」を乗じた額、神流町、東吾妻町は「その他」であるため、所定の単位数に「10.00」を乗じた額)ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

【通所型サービス】下記の表よりご契約内容に応じた「自己負担額」をお支払いください。

区 分		金 額
1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	1,798 単位／月
	事業対象者・要支援2	3,621 単位／月
1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	436 単位／回
	事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で8回まで	447 単位／回

【加算内容】

項 目		金 額
若年性認知症利用者受入加算		240 単位／月
生活機能向上グループ活動加算		100 単位／月
一体的サービス提供加算※栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと		480 単位／月
口腔機能向上加算		(Ⅰ)150 単位／月・(Ⅱ)160 単位／月
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)は3月に1回を限度		(Ⅰ)100 単位／月・(Ⅱ)200 単位／月
口腔・栄養スクリーニング加算 ※6月に1回を限度		(Ⅰ)20 単位／回・(Ⅱ)5 単位／回
栄養改善加算		200 単位／月
栄養アセスメント加算		50 単位／月
科学的介護推進体制加算		40 単位／月
同一建物減算	要支援1(1週当たりの標準的な回数を定める場合)	▲376 単位／月
	要支援2(1週当たりの標準的な回数を定める場合)	▲752 単位／月
	1 月当たりの回数を定める場合	▲94 単位／回
送迎減算		▲47 単位／回
サービス提供体制強化加算	事業対象者・要支援1	(Ⅰ)88 単位／月 (Ⅱ)72 単位／月 (Ⅲ)24 単位／月
	事業対象者・要支援2	(Ⅰ)176 単位／月 (Ⅱ)144 単位／月 (Ⅲ)48 単位／月
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		利用サービスの総単位数に「9.2%」を乗じた額

☆若年性認知症利用者受入加算

満 40～64 歳の若年性認知症利用者を受入れた場合。

☆生活機能向上グループ活動加算

利用者の生活機能の向上を目的とし、共通の課題を有する複数の利用者でグループを作り、日常生活上の支援のための活動を行った場合。

☆一体的サービス提供加算

栄養改善サービスと口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合。

☆口腔機能向上加算

口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して口腔機能の向上を目的に指導を行った場合。

☆生活機能向上連携加算

理学療法士等が、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成した場合。

個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、見直しを行った場合。

☆口腔・栄養スクリーニング加算

利用者の口腔の健康状態または栄養状態のスクリーニングを行った場合。

☆栄養改善加算

低栄養状態の利用者に改善を目的として個別に栄養食事相談等を行った場合。

☆栄養アセスメント加算

管理栄養士が栄養状態について確認を行い、文書で情報共有した場合。

☆科学的介護推進体制加算

利用者全員の情報を LIFE へ提供し、必要に応じて計画を見直すなど情報を活用している場合。

☆同一建物減算

事業所と同一の建物に居住、又は同一建物から利用する場合に減算。

☆送迎未実施減算

当該事業所において送迎を行わない場合(家族送迎等)

☆サービス提供体制強化加算

厚生労働大臣の定める基準により利用者へのサービス提供体制に対し加算。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

厚生労働大臣が定める基準により、利用されたサービスの所定単位数の合計額に「9.2%」を乗じた額。

但し、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象外となります。

※上記の料金は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

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ご契約者の負担額を変更します。

(3) 介護保険の給付の対象とならないサービス

※以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事（食材料費及び調理費）

・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、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。

・ご契約に提供する食事の材料費、調理費等食事提供にかかる費用です。

・朝食代	500 円	・昼食代（おやつ代含む）	850 円	・夕食代	700 円	・おやつみの場合	110 円
------	-------	--------------	-------	------	-------	----------	-------

②送迎費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。（通常の事業実施地域を超えた距離に対して）1回につき1[※]未満200円（+税）、以後1[※]毎に200円（+税）の加算料金をいただきます。

③サービス提供記録の閲覧及び複写物の交付

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。

なお、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10円（+税）

④レクリエーション

ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をご負担いただきます。（但し、一律に行うものについては徴収を行わない。）

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ご契約の日常生活に要する費用でご契約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。

内 容	金 額
おむつ代	1枚 100 円（+税）
尿とりパット	1枚 30 円（+税）

8. 利用の中止、変更、追加

◎利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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できます。この場合、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。

◎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いただく場合があります。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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10%又は20%、30%（自己負担相当額）

◎サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

9. 利用料金のお支払い方法

料金、費用は次のとおりお支払いください。

料金、費用は1ヵ月ごとに計算し、翌月15日前後にご請求しますので27日までにお支払いください。

※お支払いは、原則「口座引落し」でお願いいたします。

①口座引落し

お支払いは、「利用者（ご家族）名義の預金口座から自動引落し」となります。お支払い忘れやお金やり取り等の心配がなく、安心、便利です。

(注)手数料のご負担はありません。

(1ヵ月分のご利用料金をまとめて翌月の27日(金融機関が休日の場合は翌営業日)に引落としとなります。)

②お振込

お振込を希望される方は、以下の金融機関にお支払いください。

(注)手数料は契約者様にてご負担ください。

下記の指定口座へ振込ください

金融機関:群馬銀行 総社支店 普通預金 0412662

名義:医療法人関越中央病院 関越中央病院 介護・福祉村北原の里 施設長 小林 功

(イ)カンエツチュウオウヒョウイン カンエツチュウオウヒョウイン カイゴフクシムラキタハラノサト シセツチョウ コバヤシ イサオ)

10. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態の急変等が発生した場合には、契約時の打合せに従って主治医、救急隊、ご家族等への連絡をさせていただきます。また、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

※利用者の主治医又は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、緊急連絡先に連絡いたします。		
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人関越中央病院
	所在地	高崎市北原町 71
	電話番号	027-373-5115
	入院設備	有
	救急指定	有
緊急連絡先	各利用者のご家族	

11. 事故発生時の対応

- (1)利用者に対する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、利用者のご家族、当該利用者にかかる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに適切な対応を行います。
- (2)サービスの提供により、事故が発生した場合には、その事故の状況及び事故に際してとった処置の具体的手順と内容を記録保存し、再発防止に努めます。
「損害賠償について」
利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

12. 感染症の予防及びまん延の防止のための対策

- (1)事業所の施設、設備又は飲用の水について、衛生的な管理に努め感染症の予防及びまん延の防止のための対策を講じます。
- (2)感染症発生時には、速やかに市町村、利用者、ご家族等、関係者の方々に連絡を行うとともに、適切な対応を行います。

13. 災害発生時の対応

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

- (1)防災に努め、研修及び防災訓練を実施します。
- (2)台風、地震等、自然災害発生時は、安全を第一に行動し、市町村等関係者と連絡をとり対応します。

14. サービス提供に関する相談、苦情について

- (1)提供したサービスに対する利用者及びそのご家族からの苦情に対し迅速かつ適切に対応いたします。ご不明な点や苦情等がございましたら当事業所苦情受付窓口の担当者にお気軽にご相談ください。また、苦情受付ボックスを受付に設置しています。
○苦情受付窓口(担当者) デイサービスセンター北原の里 管理者 中澤 沙友里
○受付日時 月曜日～土曜日 午前8時00分～午後5時00分
○電話番号 027-384-4611

- (2) 苦情処理を行うための体制は、次のとおりです。
- ①直ちに相談担当者が詳しい事情を把握します。
 - ②相談担当者が必要と判断した場合には、管理者を含めて検討会議を行います。
 - ③検討の結果、翌日までには具体的な対応をします。
 - ④記録を台帳に保管し、再発防止に役立てます。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

高崎市役所 福祉部 介護保険課	所在地 群馬県高崎市高松町 35-1 電話番号 027-321-1111
高崎市役所 群馬支所 市民福祉課	所在地 群馬県高崎市足門町 1658 電話番号 027-373-1211
前橋市役所 福祉部 介護保険課	所在地 群馬県前橋市大手町 2-12-1 電話番号 027-224-1111
渋川市役所 福祉部 介護保険課	所在地 群馬県渋川市石原 80 電話番号 0279-22-2111
吉岡町役場 健康福祉課 介護高齢室	所在地 群馬県北群馬郡吉岡町下野田 560 電話番号 0279-54-3111
榛東村役場 健康保険課 高齢福祉係	所在地 群馬県北群馬郡榛東村新井 790-1 電話番号 0279-54-2211
神流町役場 保健福祉課 介護保険係	所在地 群馬県多野郡神流町万場 90-6 電話番号 0274-57-2111
東吾妻町役場 健康福祉課	群馬県吾妻郡東吾妻町大字原町 1046 電話番号 0279-68-2111
国民健康保険団体連合会	所在地 前橋市元総社町 335-8 電話番号 027-290-1376
群馬県社会福祉協議会	所在地 前橋市新前橋町 13-12 電話番号 027-255-6669

15. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施	1 あり	②なし
-------------	------	-----

16. 秘密の保持

- (1) 事業所は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。
- (2) 事業者及び従業者がサービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族等の秘密を第三者漏らしません。
- (3) また、この秘密を保持する義務は、サービス提供が終了した後においても継続します。
- (4) 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (5) 事業者が得た利用者及びその家族等の個人情報については、サービスの提供以外の目的では原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族等の了解を得るものとします。

17. 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待防止のため次の措置を講じます
 - ①虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - ②利用者及びその家族等からの苦情処理体制の整備
 - ③その他虐待防止のために必要な措置
- (2) 事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者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町村に通報します。

18. ハラスメントの禁止

事業所では家族と従業者が利用者中心とした支援の協働者としてお互いを尊重した関係の中で、利用者本位のサービス提供を継続するため、従業者が安心して働ける職場環境維持のため、以下の例で示す類のハラスメント行為を禁止します。利用者や家族(および代理人、身元引受人)がハラスメント行為を行った場合は、当事業所は本契約の解除権を有するものとします。逆に、従業者が利用者にハラスメント行為を行った場合は、利用者は本契約の解除権を有するものとします。

(1) パワーハラスメント(身体的暴力、精神的暴力)

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、暴力的言動

①叩く、殴る、蹴る、つねる、ひっかく、首を絞める、手を払う、胸ぐらをつかむ、刃物をちらつかせる、物を投げる、つばを吐きかける等の暴力

②高圧的な態度で接する、暴言、怒鳴る、一方的に大声を発する、嫌がらせをする、脅迫

③名誉の棄損、人格を傷つけるまたは否定する

④その他上記に準ずるようなこと

(2) セクシャルハラスメント

意に添わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

①性的な冗談、性的なからかい、性的な質問、その他のわいせつ行為

②容姿あるいは身体的な特徴に関する発言や質問

③食事やデートへの執拗な誘い

④性的な書面、写真、動画、物品を見せつける、または渡してくる

⑤その他上記に準ずるようなこと

19. サービス利用に際してのお願い

(1) 職員に対する金品等の心付けはお断りしています。職員がお茶やお菓子、お礼の品物等を受けとる事も事業所として禁止しております。また、金銭・貴重品等の管理にご協力ください。

(2) 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

20. その他運営に関する重要事項

(1) 事業所は、従事者の資質向上のために研修を行います。

(2) 事業者は、サービスに関する諸記録を整備し、介護サービス終了の日から5年間保存するものとします。

通所介護・通所型サービス

年 月 日

指定通所介護サービス、指定通所型サービスの提供の開始に際し、利用者に対して契約書及び本書面に基つき重要な事項の説明を行いました。

《説明者》

事業所名 デイサービスセンター北原の里

職名

氏名

私は、契約書及び本書面に基つき事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス、指定通所型サービスの提供開始に同意しました。

また、指定通所介護サービス、指定通所型サービスの提供を受けるに際して、個人情報下記に記載する目的の範囲内において提供することに同意いたします。

1. 氏名、住所、健康状態、病歴、ご家族の状況等介護サービスの提供に必要な情報提供
2. 利用者の介護計画書を立案し、円滑にサービスが提供される為のサービス担当者会議での情報提供
3. 介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整等
4. 他の居宅サービス事業者及び居宅介護支援事業者からの照会
5. その他サービス提供に関して必要性がある場合
6. 行政機関への相談又は届出等
7. 医療機関、主治医との連携
8. 介護保険請求の為の事務関係
9. 賠償責任保険等にかかわる保険会社等への相談や届出等

利用者 住所
(契約者)

氏名

契約者の 住所
ご家族等

氏名

(続柄:)