

ファミリーケア心の家 上池台

株式会社ライトサンズグループ

「地域密着型通所介護」重要事項説明書

(平成 26年 12月 1日)

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(東京都 1371110139)

当事業所はご利用者に対して地域密着型通所介護サービスを提供します。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通り説明します。

※ 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」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社ライトサンズグループ |
| (2) 法人所在地 | 東京都中央区八丁堀3丁目23番8号ニュー石橋ビル4階 |
| (3) 電話番号 | 03-5540-6722 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 石原 浩之 |
| (5) 設立年月日 | 平成23年7月6日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|-------------------|
| (1) 事業所の種類 | 地域密着型通所介護 |
| (2) 事業所の名称 | ファミリーケア心の家 上池台 |
| (3) 事業所の所在地 | 東京都大田区上池台5丁目27番8号 |
| (4) 電話番号 | 03-6425-6328 |
| (5) 管理者 | 鈴木 千春 |
| (6) 開設年月日 | 平成26年12月1日 |
| (7) 利用定員 | 10人 |

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域

大田区

- (2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月～土
営 業 時 間	9：00～18：00
サービス提供時間	月～土 9：00～17：30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。（平成 30 年 4 月 1 日現在）

- 1 管理者（常勤1名） 介護職員・生活相談員兼務

管理者は、事業所の従業員の管理及び、業務の管理を一元的に行う。

- | | | | | |
|----------------|---------|-------|---|------------|
| 2 地域密着型通所介護従業者 | 生活相談員 | 1 名以上 | } | うち常勤 1 名以上 |
| | 介護職員 | 1 名以上 | | |
| | 機能訓練指導員 | 1 名以上 | | |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (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ご負担いただく場合

があります。

- ### (1) 介護保険の給付対象となるサービス

〈サービスの概要〉

- ① 入浴

- ・入浴または清拭を行います。

- ## ② 排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

- ### ③ 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。

- #### ④ 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、身体機能の低下を防止するよう努めます。特に心身機能の向上の為、散歩に重点的に取り組んでいます。

⑤ 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や健康体操等を実施します。

⑥ 健康チェック

- ・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

⑦ 相談及び援助

- ・利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。

※ 介護保険制度改定に伴いサービスに変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明、ご利用者の同意をいただきます。

〈サービス料金（1回あたり）（1）介護給付費〉

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービス料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります）

☆ご利用者に提供する食事にかかる費用は別途いただきます。（下記表参照）

☆介護保険の給付額や負担率に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

■介護報酬告示額

（1）基本料金（1回につき）

3 時間以上 4 時間未満

介護度	単位数（単位）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	地域区分
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要介護 1	416	454	907	1,361	10.9
要介護 2	478	521	1,042	1,563	
要介護 3	540	589	1,178	1,766	
要介護 4	600	654	1,308	1,962	
要介護 5	663	723	1,446	2,168	

4 時間以上 5 時間未満

介護度	単位数（単位）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	地域区分
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要介護 1	436	476	951	1,426	10.9
要介護 2	501	546	1,092	1,638	
要介護 3	566	617	1,234	1,851	
要介護 4	629	686	1,372	2,057	
要介護 5	695	758	1,515	2,273	

5 時間以上 6 時間未満

介護度	単位数（単位）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	地域区分
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要介護 1	657	717	1,433	2,149	10.9
要介護 2	776	846	1,692	2,538	
要介護 3	896	977	1,954	2,930	
要介護 4	1,013	1,105	2,209	3,313	
要介護 5	1,134	1,236	2,472	3,708	

6 時間以上 7 時間未満

介護度	単位数（単位）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	地域区分
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要介護 1	678	739	1,478	2,217	10.9
要介護 2	801	873	1,746	2,619	
要介護 3	925	1,009	2,017	3,025	
要介護 4	1,049	1,144	2,287	3,431	
要介護 5	1,172	1,278	2,555	3,833	

7 時間以上 8 時間未満

介護度	単位数（単位）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	地域区分
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要介護 1	753	821	1,642	2,463	10.9
要介護 2	890	971	1,941	2,911	
要介護 3	1,032	1,125	2,250	3,375	
要介護 4	1,172	1,278	2,555	3,833	
要介護 5	1,312	1,430	2,860	4,290	

8 時間以上 9 時間未満

介護度	単位数（単位）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	利用者負担額 （円）	地域区分
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要介護 1	783	854	1,707	2,561	10.9
要介護 2	925	1,009	2,017	3,025	
要介護 3	1,072	1,169	2,337	3,506	
要介護 4	1,220	1,330	2,660	3,990	
要介護 5	1,365	1,488	2,976	4,464	

※ 介護報酬告示額に、地域区分別単価割合（10.90 円）をかけて計算した 1 回当りの金額です。

(1) 同一建物に対する減算

但し、例外として下記①に該当する場合は、(1) 基本料金に記載されている一日あたりの単位数から、94単位を減算します。

- ① 事業所と同一建物に居住するもの又は同一建物から当該事業所に通い地域密着型通所介護サービスを利用する。
- ② 疾病などにより一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者の送迎を行う場合は減算を行わないこと。

(2) 利用者に対して、その居宅と地域密着型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算をします。

(厚生労働省 平成27年度解釈通知文より引用)

(3) 加算料金など

入浴介助加算(1回につき)	40単位	1割負担	44円
		2割負担	87円
		3割負担	131円

処遇改善加算(Ⅲ)1ヶ月の介護保険ご利用単位数に10.5%を乗じた単位数に、地域区分単価を乗じた処遇改善加算の1割か2割、又は3割をご利用者様にご負担いただきます。

<計算式>

$$\frac{1\text{ヶ月のご利用単位数} \times 10.5\% \text{ (端数は四捨五入)} \times \text{地域区分単価}}{\text{(端数は切り捨て)}} = \text{処遇改善加算 100\%}$$

$$\text{処遇改善加算 100\%} - (\text{処遇改善 100\%} \times 90\% \text{ か } 80\% \text{、又は } 70\%) = \text{ご利用者様 1割か2割、又は3割負担 (端数は切り捨て)}$$

(4) その他自費負担となるもの

- ① 昼食材料費 780円/1食
- ② おやつ代 100円/1回
- ③ おむつ・リハビリパンツ・パット代

当施設のものを利用される場合は実費(180円/枚)が必要となります。

- ④ 延長料金

サービス提供時間前後の延長利用に関しましては、介護保険内延長加算の対象にならない時

間について、30分当たり550円がお客様の自己負担となります。

⑤ その他費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに
係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担と
なります。

⑥ キャンセル料

無料です。

(5) 利用料金お支払い方法

① 前記(1)～(3)の料金・費用はサービス利用終了後翌月15日前後に請求書を発行します。

② お振込みの方法で、お支払いは、翌月25日までとさせていただきます。

(手数料はご利用者様負担となっております)

(6) サービス利用の中止

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、地域密着型通所介護サービスの利用を中止するこ
とができます。この場合には、実施日の当日午前8時までに事業所に申し出てください。

【連絡先】(電話番号) 03-6425-6328

(7) サービス利用の変更

利用者が地域密着型通所介護サービスの変更等を希望する場合は、いつでも事業所に申し出
てください。該当利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡、その他の必要な援助を行います。

6. 苦情の受付について

当事業所は苦情受付窓口を設置しており利用者・家族からの苦情に迅速、適切に対応します。
また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 [職名] 管理者：鈴木 千春

○受付時間 月曜日～土曜日(9:00～18:00) 電話番号 03-6425-6328

(2) 行政機関その他苦情受付機関

大田区保険福祉部 管理課 保険福祉支援担当	所在地 大田区蒲田 5-13-14 電話番号 03-5744-1655
--------------------------	--

	受付時間 8:30～17:15
東京都国民健康保険団体連合 会介護福祉部介護相談指導課	所在地 東京都千代田区飯田橋 3-5-1 電話番号 03-6238-0177 受付時間 8:45～17:00（土・日・祝日は除く）

7. 事故の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、区市町、家族、居宅介護支援事業所への連絡など必要な措置を講じ、事故の状況や事故に関して採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

8. サービス利用に当たっての留意事項

利用者様が入浴室及び機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用してください。また、体調が思わしくない利用者様はその旨を職員に申し出てください。

9:人権擁護・虐待等防止のための取り組み

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、担当者を定めて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定期的な研修の実施
- ②利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③虐待防止のための指針整備
- ④虐待防止のための対策を検討する委員会の設置と従業者への周知

事業所は、サービス提供中に当該事業所従業員又は、擁護者（利用中の家族など高齢者を現に擁護する者）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、速やかにこれを市区町村に通報します。

10：ハラスメント防止のための取り組み

事業所は適切なサービスの提供を確保する観点から、従業員に対する次に示すハラスメントの防止の為に必要な措置を講じます。

- ①身体的な力を使って危害を及ぼす行為（回避して危害を免れた場合も含む）
- ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり貶めたりする行為
- ③意に沿わない性的な誘い掛け、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ

11：感染症対策・業務継続に向けた取り組み

事業所は、感染症や災害が発生した場合でも必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築する為に、次の措置を講じます。

- ①感染症対策・業務継続に関する定期的な委員会の開催
- ②感染対策・業務継続に関する指針の整備（業務継続計画などの策定）
- ③定期的な研修及び訓練の実施

12：身体的拘束などの適正化のための取り組み

事業所は、利用者に対する身体的拘束、その他行動を制限する行為は行いません。ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等、記録の整備や適正な手続きを経たうえで身体などの拘束を行うものとします。

利用者に対する身体的拘束適正化のため、以下の措置を講じます。

- ①身体的拘束等の適正化のための指針の整備
- ②身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催
- ③介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施

地域密着型通所介護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。

令和 年 月 日

ファミリーケア心の家 上池台

説明者 職名 管理者 氏名 鈴木 千春 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、地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

※ この重要事項説明書は、厚生省令第 34 号（平成 11 年 3 月 31 日）に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

※ 介護保険制度改定についての内容説明とご利用者同意について

説明年月日	介護保険制度改定についての内容	担当者 説明印	同意年月日	ご利用者同意 (サインまたは 印)
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	