

株式会社AssistLink

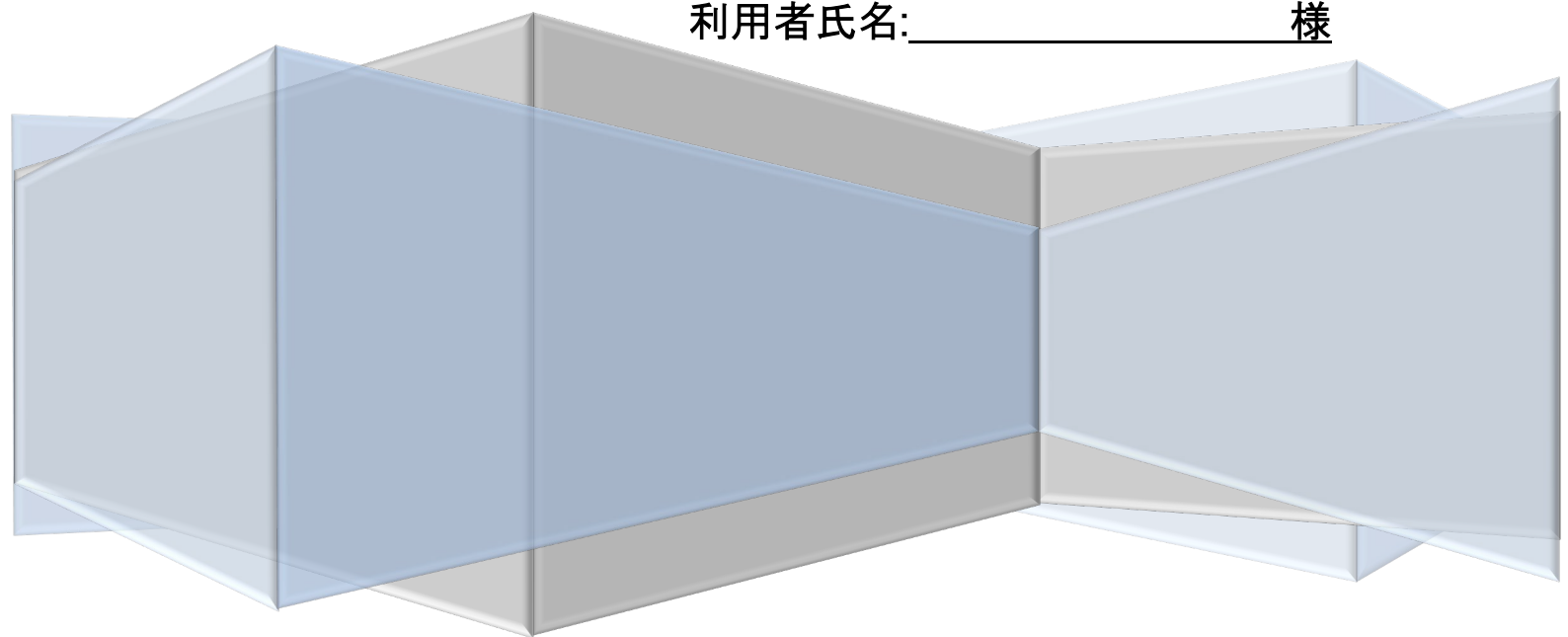
通所介護

介護予防通所介護相当サービス

重要事項説明書

デイサービスセンターあしすと

利用者氏名: _____ 様



通所介護 重要事項説明書

1 通所介護事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法人種別	株式会社 A s s i s t L i n k
代 表 者 名	前野 万葉
所 在 地・連 絡 先	（住所）大分市大字永興 846 番地 （電話）097-543-4141 （FAX）097-546-6603

2 事業所の概要

（1） 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	デイサービスセンターあしすと
所 在 地・連 絡 先	（住所）大分市大字永興 846 番地 （電話）097-543-4141(代) （FAX）097-546-6603
事 業 所 番 号	4470111693
管 理 者 氏 名	川崎 由香里

（2） 主な職種の勤務体制

従業者の職種	人数	職務の内容
管 理 者	1 名	1 従業者の管理及び利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行ないます。 2 従業者に規定を遵守させるために必要な指揮命令を行ないます。
生 活 相 談 員	1 名 以上	利用者、家族の相談に対して援助や助言をいたします。
介 護 職 員	6 名 以上	サービス提供（送迎時介助、移動介助、排泄介助、衣服着脱介助、入浴介助）
看 護 職 員	1 名 以上	日常生活のお世話及び健康管理（血圧・体温・脈拍・呼吸）、応急手当
機能訓練指導員	1 名 以上	機能訓練全般

(3) 事業実施地域

事業実施地域	大分市
--------	-----

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

営業日	営業時間
月～土曜日	8:00～17:00
休業日	日曜日
サービス提供時間	9:00～15:15

(5) 利用定員

利用定員は37名となっております。

3 サービス内容及び費用

(1) サービス内容

種類	内容
レクリエーション	各種レクリエーションを提供します。 季節ごとの行事を提供します。
入浴	入浴又は清拭を行ないます。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 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なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。
機能訓練	利用者の状況に適した機能訓練を行ない、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行ないます。
健康管理	血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行ないます。
相談及び援助	利用者及び、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ないます。 送迎サービスの利用は任意です。

(2) 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割もしくは2割または3割が利用者様の負担額となります。支給限度額を超える場合は、その超えた分が実費(10割)負担となります。

【料金表】

* 付属別紙 【サービス利用料金表】をご参照ください。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護又は要支援状態にある利用者に対し、適正な介護サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

事業者は、利用者の心身の状況や家族環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保険・医療・福祉サービス等と綿密に連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

(3) 従業員研修は年間計画に基づいて実施いたします。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	川崎 由香里
	ご利用時間	9:00～17:00
	ご利用方法	電話 097-543-4141(代)
		面接(当事業所相談室)
	大分市役所	長寿福祉課 537-5679
	大分県国民健康保険団体連合会	534-8475

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に体調の急変等が生じた場合は、速やかに緊急時連絡先(ご家族等)、主治医、救急医療機関、担当の居宅介護支援事業所等へ連絡をし、指示に基づき適切な対応をします。

7 非常災害時の対策

年2回の非常災害時を想定した避難訓練・災害招集訓練を計画的に実施するとともに、日頃から設備や備品の点検等を行い、非常災害時に備えています。

8 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する通所介護等の提供を継続的に実施する為及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じ、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

9 虐待防止について

事業者は、利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 川崎 由香里
連絡先	097-543-4141

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。

- (3) 苦情処理体制を整備しています。

- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

- (5) サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族、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町村に通報します。

10 ハラスメントの防止対策

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ハラスメントの防止に向けて取り組みます。

- 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。

1 1 秘密保持

従業者は業務上知りえた秘密を漏らしません。また、退職後もこれを守秘します。

1 2 サービス利用にあたっての留意事項

- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。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。
- 施設内での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

個人情報使用について

1. 使用する目的

- (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供
- (3) 在宅療養をサポートする病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所その他の関係者との連携を図るため、医療従事者や介護従事者その他の関係者が共有すべき介護情報を含む個人情報の提供

2. 個人情報の内容

- (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業者が【通所介護（介護予防通所介護相当サービス）】を行うために必要なご利用者やご家族の個人情報
- (2) その他ご利用者やご家族に関する個人情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

3. 使用する期間

契約締結日からサービス提供の終了日まで

4. 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

以上

令和 年 月 日

◎事業 者

住 所：大分市大字永興 846 番地

事業者（法人）名：株式会社 A s s i s t L i n k

事業所名：デイサービスセンターあしすと

事業所番号：4470111693

代表取締役：前野 万葉 (印)

◎説 明 者

職 名：_____

氏 名：_____ (印)

私は、本書面に基づいて、重要事項及び個人情報の取り扱いについて説明を受け、
同意いたしました。

令和 年 月 日

◎利 用 者

住 所：_____

氏 名：_____ (印)

電話番号：_____ () _____

◎家族の代表

住 所：_____

氏 名：_____ (印)

続 柄：() _____

電話番号：_____ () _____

◎利用者代理人

住 所：_____

氏 名：_____ (印)

続 柄：() _____

電話番号：_____ () _____

＊付属別紙

【サービス利用料金表】

(1) 介護保険給付対象サービス

【基本部分：通所介護費】

○所要時間3時間以上4時間未満の場合

サービス提供時間数	3時間以上4時間未満の場合			
	利用料 (1日あたり)	利用者負担金 (自己負担1割の場合)	利用者負担金 (自己負担2割の場合)	利用者負担金 (自己負担3割の場合)
要介護1	3700円	370円	740円	1110円
要介護2	4230円	423円	846円	1269円
要介護3	4790円	479円	958円	1437円
要介護4	5330円	533円	1066円	1599円
要介護5	5880円	588円	1176円	1764円

○所要時間4時間以上5時間未満の場合

サービス提供時間数	4時間以上5時間未満の場合			
	利用料 (1日あたり)	利用者負担金 (自己負担1割の場合)	利用者負担金 (自己負担2割の場合)	利用者負担金 (自己負担3割の場合)
要介護1	3880円	388円	776円	1164円
要介護2	4440円	444円	888円	1332円
要介護3	5020円	502円	1004円	1506円
要介護4	5600円	560円	1120円	1680円
要介護5	6170円	617円	1234円	1851円

○所要時間5時間以上6時間未満の場合

サービス提供時間数	5時間以上6時間未満の場合			
	利用料 (1日あたり)	利用者負担金 (自己負担1割の場合)	利用者負担金 (自己負担2割の場合)	利用者負担金 (自己負担3割の場合)
要介護1	5700円	570円	1140円	1710円
要介護2	6730円	673円	1346円	2019円

要介護 3	7770 円	777 円	1554 円	2331 円
要介護 4	8800 円	880 円	1760 円	2640 円
要介護 5	9840 円	984 円	1968 円	2952 円

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

サービス提供時間数	6 時間以上 7 時間未満の場合			
	利用料 (1 日あたり)	利用者負担金 (自己負担 1 割の場合)	利用者負担金 (自己負担 2 割の場合)	利用者負担金 (自己負担 3 割の場合)
要介護 1	5840 円	584 円	1168 円	1752 円
要介護 2	6890 円	689 円	1378 円	2067 円
要介護 3	7960 円	796 円	1592 円	2388 円
要介護 4	9010 円	901 円	1802 円	2703 円
要介護 5	10080 円	1008 円	2016 円	3024 円

○加 算

加算の種類	加算の要件	加算額
入浴介助加算 (Ⅰ)	利用者様の入浴介助を行った場合。 (1 日につき)	40 円/1 日
サービス提供体制加算 (Ⅱ)	当該加算の算定基準に適合し、介護職員の総数のうち 50%以上が介護福祉士であること。	18 円/1 日
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	当該加算の算定基準に適合し、介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していること。	基本料金+加算額-減算額 ×9.2%に相当する額

※介護職員処遇改善加算は、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り組みを行う事業所に認められる加算です。区分支給限度基準額の対象外となります。

○減 算

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	デイサービスと同一建物に居住している方が対象。	94 円/1 日
送迎減算（片道につき）	居宅と事業所の間の送迎を行わない場合。	-47 円/1 回

- ・ 上記の料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な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、事業者へ直接介護保険給付が行なわれない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

【基本部分：介護予防通所介護相当サービス費】

	介護報酬額	利用者負担金 (自己負担 1 割の場合)	利用者負担金 (自己負担 2 割の場合)	利用者負担金 (自己負担 3 割の場合)
事業対象者 要支援 1	16,720 円/月	1,672 円	3344 円	5016 円
要支援 2	34,280 円/月	3,428 円	6856 円	10284 円

○加 算

加算の種類	加算の要件	加算額	
サービス提供体制加算（Ⅱ）	当該加算の算定基準に適合し、介護職員の総数のうち 50%以上が介護福祉士であること。	事業対象者 要支援 1	72 円/1 月につき
		要支援 2	144 円/1 月につき
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	当該加算の算定基準に適合し、介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施していること。	基本料金+加算額-減算額×9.2% に相当する額	

※介護職員等処遇改善加算は、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り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。

○減 算

種 類	要 件		減算額
同一建物減算	デイサービスと同一建物に居住している方が対象	事業対象者・ 要支援1	－376円
		要支援2	－752円

(2) その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき200円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、末日までに下記口座に振り込み、もしくは事務室にて現金でお支払いください。銀行引き落としの方は、自動振替日は23日です。

<振込先>

振込先金融機関名：西日本シティ銀行

□ 座 : 普通

□ 座 番 号 : 3061974

□ 座 名 義 : カ)アシストリンクダイマエノマヨ

株式会社AssistLink代表取締役 前野 万葉

※入金確認後、領収書を発行します。