

令和 6年 6月 1日

【指定通所介護・介護予防通所介護相当事業】

(青森市指定0270101439)

デイサービスセンター ポピー 重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 平 元 会
(2) 法人所在地 青森県青森市大字高田字川瀬187番地14
(3) 電話番号 017-763-5508
(4) 代表者氏名 理事長 藤 本 由美子
(5) 設立年月 平成元年11月28日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所 平成14年10月 1日指定
介護予防通所介護 平成18年 4月 1日指定
介護予防通所介護相当事業 平成29年 4月 1日変更
- (2) 事業所の名称 デイサービスセンターポピー
- (3) 事業所の所在地 青森市大野字片岡12番地16
- (4) 電話番号 017-718-0404
- (5) 事業所長(管理者) 田中 駿也
- (6) 当事業所の運営方針 在宅の要(支援)高齢者に対し、通所により各種サービスを提供し、自立・心身機能の維持向上を図るとともに家族の身体的・精神的負担の軽減を目的とします。
- (7) 開設年月 平成14年10月1日
- (8) 利用定員 40 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 青 森 市 内
(2) 営業日及び営業時間

| | |
|----------|------------------------|
| 営業日 | 月～日曜日 (12月31日～1月3日を除く) |
| 営業時間 | 月～日曜日 8時00分～17時 00 分 |
| サービス提供時間 | 月～日曜日 9時10分～16時10分 |

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防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。

<主な職員の配置状況>

| 職種 | 人数 |
|------------------------------|---------|
| 1. 管理者 | 1名 |
| 2. 生活相談員 | 1名以上 |
| 3. 介護職員 | 6名以上 |
| 4. 看護職員(機能訓練指導員兼務) | 1名(1兼務) |
| 5. 機能訓練指導員(1名看護職員兼務) | 2名(1兼務) |
| 6. 運転手(生活相談員・介護職員・機能訓練指導員兼務) | 6名(兼務) |
| 7. 調理員 | 業者委託 |

※職員の配置は、青森市が定める指定基準を遵守しています。
※職員の欠員により上記と異なる場合もあります。

<主な職種の勤務体制>

| 職種 | 勤務体制 |
|------------|--|
| 1. 介護職員 | 勤務時間 8:00 ~ 17:00 8:00 ~ 13:00 ☆ 原則として6名以上の介護職員が勤務します。 |
| 2. 看護職員 | 勤務時間 8:00 ~ 17:00 9:10 ~ 16:10 ☆ 原則として1名の看護職員が勤務します。 |
| 3. 機能訓練指導員 | 勤務時間 8:00 ~ 17:00 8:15 ~ 17:00 ☆原則として柔道整復師・理学療法士が勤務します。 (看護職員も兼務いたします) |

※通所介護職員の資質の向上のため次のとおり研修の機会を設け委員会を設置するものとする。

- (1) 採用時研修 採用後1ヶ月以内、入浴介助研修
- (2) 継続研修 年2回
- (3) 虐待・身体拘束に関する委員会の設置、研修
- (4) 認知症ケアに関する委員会の設置、研修
- (5) 感染症対策に関する委員会の設置、研修
- (6) 業務継続計画を策定し、年に1回内容研修・訓練

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、ご契約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) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 (2) 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険給付の対象となるサービス） |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

①食費

- ・当事業所では、管理栄養士が作成する献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。
(食事時間) 12:00～ (金額) 食費 1日 1食 500円

②レクリエーション、クラブ活動

- ・ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。
利用料金:材料代等の実費をいただくことがあります。

③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が、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただくことがあります。
1枚につき 10円

※保険外サービスに関する詳細については「デイサービスセンターポピー保険外サービスについて」をご確認ください。

(2) 介護保険サービス利用料金

以下のサービスは、利用料金の1割が自己負担、なお、一定所得以上の方は、利用料金の2割、もしくは3割が自己負担となります。詳しくは、行政機関より交付される『介護保険負担割合証』をご確認ください。なお、『介護保険負担割合証』については、介護保険証と一緒に当事業所までご提示くださいますようお願い致します。更新や変更により介護保険証などが新しくなった場合は、速やかに提示いただきますようお願い致します。

介護給付

※自己負担額は負担割合により変動します。

①基本料金 (基本提供時間 7時間以上8時間未満)

| 大規模型 I 通所介護費 | ご契約者の介護度と サービス利用料金 | うち、介護保険から 給付される金額 | サービス利用料に係る 自己負担額 |
|-----------------|-----------------------|----------------------|---------------------|
| 要介護1 | 6,290円 | 5,661円 | 1割 629円 |
| | | 5,032円 | 2割 1,258円 |
| | | 4,403円 | 3割 1,887円 |
| 要介護2 | 7,440円 | 6,696円 | 1割 744円 |
| | | 5,952円 | 2割 1,488円 |
| | | 5,208円 | 3割 2,232円 |
| 要介護3 | 8,610円 | 7,749円 | 1割 861円 |
| | | 6,888円 | 2割 1,722円 |
| | | 6,027円 | 3割 2,583円 |
| 要介護4 | 9,800円 | 8,820円 | 1割 980円 |
| | | 7,840円 | 2割 1,960円 |
| | | 6,860円 | 3割 2,940円 |
| 要介護5 | 10,970円 | 9,873円 | 1割 1,097円 |
| | | 8,776円 | 2割 2,194円 |
| | | 7,679円 | 3割 3,291円 |

②各種加算

※自己負担額は負担割合により変動します。

| 各種サービス種類 | 保険分 | 自己負担(1割・2割・3割) |
|---------------|----------------------------|----------------------|
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 1日 400円 | 自己負担(40円・80円・120円) |
| 入浴介助加算(Ⅱ) | 1日 550円 | 自己負担(55円・110円・165円) |
| 個別機能訓練加算Ⅰ(イ) | 1日 560円 | 自己負担(56円・112円・168円) |
| 個別機能訓練加算Ⅰ(ロ) | 1日 760円 | 自己負担(76円・152円・228円) |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 1月 200円 | 自己負担(20円・40円・60円) |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 1回 1,500円 月に2回まで。原則3ヶ月間 | 自己負担(150円・300円・450円) |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 1回 1,600円 月に2回まで。原則3ヶ月間 | 自己負担(160円・320円・480円) |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 1月 1,000円 | 自己負担(100円・200円・300円) |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 1月 2,000円 | 自己負担(200円・400円・600円) |
| ADL維持等加算Ⅰ | 月 300円(初回評価期間) | 自己負担(30円・60円・90円) |
| ADL維持等加算Ⅱ | 月 600円(継続評価期間) | 自己負担(60円・90円・180円) |
| 科学的介護推進体制加算 | 月 400円 | 自己負担(40円・80円・120円) |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 1日 220円 | 自己負担(22円・44円・66円) |

③介護職員等処遇改善加算

所定単位数(①+②)に加算率9.2%を乗じた額

介護予防給付

※自己負担額は負担割合により変動します。

① 基本料金(介護予防の算定単位数は1月あたりで規定されております)

| 介護予防・日常生活支援総合事業対象者 | ご契約者の要介護度とサービス利用料金 | うち、介護保険から給付される金額 | サービス利用に係る自己負担額 |
|--------------------|--------------------|------------------|----------------|
| 要支援1(事業対象者) | 17,980円 | 16,182円 | 1割 1,798円 |
| | | 14,384円 | 2割 3,596円 |
| | | 12,586円 | 3割 5,394円 |
| 要支援2 | 36,210円 | 32,586円 | 1割 3,621円 |
| | | 28,968円 | 2割 7,242円 |
| | | 25,347円 | 3割 10,863円 |

②各種加算(1月あたり)

| 各種サービス | 保険分 | 自己負担 (1割・2割・3割) |
|----------------|-----------------|----------------------|
| 生活機能向上グループ活動加算 | 1月 1,000円 | 自己負担(100円・200円・300円) |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 1月 1,500円 | 自己負担(150円・300円・450円) |
| 〃 (Ⅱ) | 1月 1,600円 | 自己負担(160円・320円・480円) |
| 科学的介護推進体制加算 | 1月 400円 | 自己負担(40円・80円・120円) |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 1月 880円【要支援1】 | 自己負担(88円・176円・264円) |
| | 1月 1,760円【要支援2】 | 自己負担(176円・352円・528円) |

③介護職員等処遇改善加算

所定単位数(①+②)に加算率9.2%を乗じた額

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、申請してからの利用となります。サービス利用料金は認定結果が通知された事を受け、ケアマネージャーのプラン作成後に請求いたします。自立と認定された方は上記とは異なります。

☆個別機能訓練(Ⅰ)口及び個別機能訓練(Ⅱ)対象となった場合、専門職種が評価の後、状態に合わせて計画していきます。

☆入浴介助加算(Ⅱ)対象となった場合、自宅訪問し、専門職が調査評価の後、状態に合わせて計画していきます。

☆口腔機能向上加算(Ⅰ)、(Ⅱ)対象となった場合、専門職種が評価の後、状態に合わせて計画していきます。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。(上記5(1)①参照)

☆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。

☆介護報酬の改定や介護保険からの給付額に変更があった場合は変更された額に応じ、また、職員の欠員等による減算される場合や加算が追加される場合など負担額を適宜変更させていただきます。なお、介護報酬改定に当たっての利用料金変更につきましては重要事項説明書などの一部改正をもって合意形成とさせていただきます。

☆負担割合証に変更があった場合、変更された割合に合わせて、ご契約者様の負担額を変更します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、翌月に精算し、指定月に自動振替にてご清算いただきます。

※契約時に自動引落申込用紙を準備します。手続き完了までにはお時間を頂きます。

※お引き落としは当事業所契約銀行(青森銀行)のスケジュールに準じます。概ね翌月が引落予定になります。

※諸事情に応じ指定口座へのお振込み(手数料はご負担いただきます)も可能です。

<振り込み先>

青森銀行 大野支店(店番 119)

口座番号 1042660

口座名義 デイサービスセンターポピー 管理者 田中駿也

(4) 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、通所介護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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

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% (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、事業者の稼働状況により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契約者に提示して協議します。

6. 事業所からの申し出により契約解除をする場合について

- (1)ご契約者・身元保証人によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定め催告にも関わらず、これが支払えない場合は契約解除をする事とします。
- (2)長期的入院により利用再開が困難と判断された場合は契約解除のご相談をさせていただきます。また、ご契約者の諸事情による1か月以上の長期的な利用休止をする場合、利用再開時の事業所の状況により希望の曜日にご利用できない事がございますので、予めご了承下さい。

7. 身元保証人(契約書第22条、第23条参照)

- (1)契約者は、契約時に契約者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元保証人を定めて頂きます。事業者が身元保証人に求める役割とは、①利用料の支払に関する事、②緊急の連絡先に関する事、③各種計画書や医療行為への同意、④遺品の引き取り等に関する事、となります。また、引渡しにかかる費用については、身元保証人にご負担頂きます。
- (2)ご契約者または身元保証人の都合により身元保証人を変更される場合は、事業者へ変更後の身元保証人を速やかに通知し、新たに契約書を作成するものとします。

•8. 連帯保証人(契約書第 24 条参照)

連帯保証人となる方については、本契約から生じる契約者の債務について、極度額 50 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、契約者又は連帯保証人が亡くなった時に確定し、生じた債務についてご負担いただく場合があります。連帯保証人からの請求があった場合には、連帯保証人の方に利用料等の支払状況、滞納金の額、損害賠償の額等、契約者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

9. 苦情の受付について(契約書第 21 条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

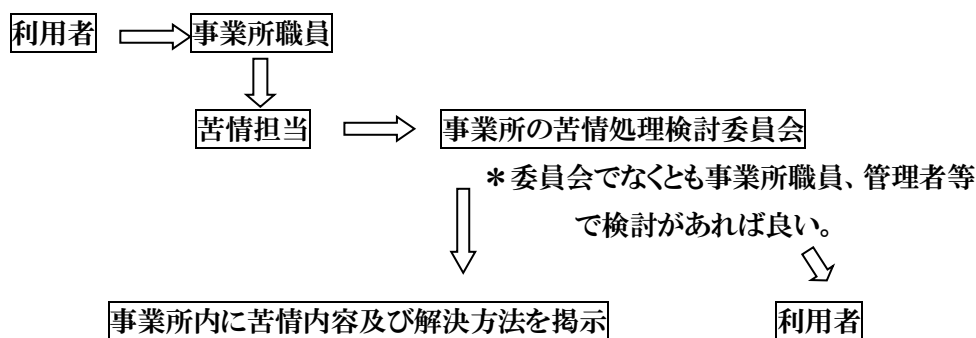
- 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。
- 明記される職員が不在時は管理者が代わり対応します。
- 受け付けた内容如何によっては迅速な対応を執ります。
- 苦情処理のプロセスに順次、懇切丁寧にご利用者様・ご家族様へ説明いたします。
- 定期的なアンケートは、随時受付いたします。

○苦情受付窓口(担当者)

〔職氏名〕 生活相談員 七尾 由美子

○受付時間 毎週月曜日～日曜日 8:00～17:00

(2) 苦情処理体制



・(3) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------------------|--|
| 青森市役所介護保険課 | 所在地 青森市新町1丁目3-7 電話番号 017-734-1111(代表) 電話番号 017-734-5257 受付時間 8:30～18:00 |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 青森市新町2丁目4-1 電話番号 017-723-1336 受付時間 9:00～16:00 |
| 青森県社会福祉協議会 (青森県運営適正化委員会) | 所在地 青森市中央3丁目20-30 電話番号 017-731-3039 受付時間 9:00～17:00 |

・(4) 第三者評価事業実施の有無 無

• 10. 事故発生時の対応

事故が発生した場合は、ご家族様、協力医療機関、関係機関等に速やかに報告し対応します。
事前に緊急連絡先、対応について確認させていただきます。

• 11. 緊急時における対応方法

現に通所介護及び指定介護予防通所介護サービスの提供を行っている時、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告し、指示を受けます。

• 12. 秘密保持・個人情報の提供について(契約書第 11 条参照)

- (1) 職員は正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密は漏らしません。
- (2) 当事業所の職員であった者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密は漏らしません。
- (3) サービス担当者会議、医療機関等各関係機関から依頼のあった下記の場合には本人の同意を得た上でのみ行います。

① 利用者の個人情報の提供をする場合

- ③ 利用者のご家族の個人情報を提供する場合

• 13. 非常災害時の対応

非常災害時は、利用者の安全第一を優先し、迅速適切な対応(避難、二次災害の防止等)に努めます。また、災害に備えるために、年2回以上の防災訓練を行います。

• 14. 損害賠償(契約書第 13 条、第 14 条、第 15 条参照)

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、過失の程度に応じ事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

契約者が故意または過失により、事業者の施設または設備・備品の利用につき通常の保守管理の程度を超える補修等が必要になった場合は、その費用を全額契約者が負担するものとします。事業者は明白な責任が無い場合、損害賠償責任を負いません。

(損害賠償を負わない事例等)

- 1、利用者がその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った事にもつぱら起因して損害が発生した場合
- 2、急激な体調の変化等、施設の介護サービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- 3、利用者が施設サービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

令和 年 月 日

指定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。

説明者

デイサービスセンターポピー

職名： _____ 氏名 _____

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。さらに、個人情報の提供についても同意しました。

契約者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

身元保証人1 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

身元保証人2 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規定に基づき、利用申込者又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。