

「一般型通所介護 いしかわ」

重要事項説明書

当事業所は利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。
当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
説明致します。

医療法人健康会

2025年 6月 ~

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 健康会
- (2) 法人所在地 愛媛県四国中央市上分町732番地1
- (3) 電話番号 0896-59-2215
- (4) 代表者名 理事長 石川 繁一
- (5) 設立年月日 平成23年 6月 1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所
- (2) 事業所の目的 指定地域密着型通所介護事業所は、介護保険法令に従い、利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るように支援することを目的として、利用者に日常生活を営むために必要な共用施設をご利用いただき、地域密着型通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 一般型通所介護いしかわ
- (4) 介護保険事業所番号 3871300772
- (5) 事業所の所在地 愛媛県四国中央市上分町738番地2
- (6) 電話番号 0896-56-3209
- (7) 管理者……………氏名 鈴木 智洋
- (8) 当事業所の運営方針
良好な環境の中で自己決定に基づく日常生活の介護・リハビリ・生活指導を通じ、明るく・楽しく・利用者が安心して暮らせる施設作りをする。
- (9) 開設年月日 平成 25 年 4 月 1 日
- (10) 通常の事業の実施地域 四国中央市内

(11) 営業日及び営業時間・サービス提供時間

営業日	月～土 【 日曜日・年末年始（12/31～1/3）除く 】
営業時間	月～土 8：30～17：30
サービス提供時間	月～土 9：15～16：30

(12) 利用定員 18名

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

職 種	指 定 基 準
1、管理者	1名
2、看護職員	1名以上
3、生活相談員	1名以上
4、介護職員	2名以上
5、機能訓練指導員	1名以上

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、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負担していただく場合 |

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の1割2割もしくは3割が利用者様の負担になります。

【サービスの概要】

① 入 浴

入浴又は清拭の援助を行います。

② 排 泄

ご利用者の排泄の援助を行います。

③ 機能訓練

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師等により、ご利用者の身体機能及び生活機能の向上を図り、ご利用者の心身の状況に応じた機能訓練を実施します。

- ④ 健康管理
看護職員が、健康管理を行います。
- ⑤ 介護
居宅サービス計画又は地域密着型通所介護計画書に基づいて実施します。
- ⑥ 送迎サービス
ご利用者の要望に応じて、送迎サービスを行います。

＜サービス利用料（1回あたり自己負担分）＞介護保険の給付対象サービス（単位：円）

下記の料金表によって、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）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度及び所要時間に応じて異なります）

要介護度とサービス時間帯	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上 4時間未満	1割	416円	478円	540円	600円	663円
	2割	832円	956円	1,080円	1,200円	1,326円
	3割	1,248円	1,434円	1,620円	1,800円	1,989円
4時間以上 5時間未満	1割	436円	501円	566円	629円	695円
	2割	872円	1,002円	1,132円	1,258円	1,390円
	3割	1,308円	1,503円	1,698円	1,887円	2,085円
5時間以上 6時間未満	1割	657円	776円	896円	1,013円	1,134円
	2割	1,314円	1,552円	1,792円	2,026円	2,268円
	3割	1,971円	2,328円	2,688円	3,039円	3,402円
6時間以上 7時間未満	1割	678円	801円	925円	1,049円	1,172円
	2割	1,356円	1,602円	1,850円	2,098円	2,344円
	3割	2,034円	2,403円	2,775円	3,147円	3,516円
7時間以上 8時間未満	1割	753円	890円	1,032円	1,172円	1,312円
	2割	1,506円	1,780円	2,064円	2,344円	2,624円
	3割	2,259円	2,670円	3,096円	3,516円	3,936円

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する地域密着型通所介護事業所において、事業を行った場合は、所定単位数を算定する。

これ以外に介護保険給付対象となる加算項目について

加算料金	1割	2割	3割
入浴介助加算Ⅰ	40円/日	80	120
入浴介助加算Ⅱ	55円/日	110	165
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100円/月	200	300
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200円/月	400	600
個別機能訓練加算Ⅰ1	56円/日	112	168
個別機能訓練加算Ⅰ2	76円/日	152	228
ADL維持機能加算Ⅰ	30円/月	60	90
ADL維持機能加算Ⅱ	60円/月	120	180
認知症加算	60円/日	120	180
科学的介護推進体制加算	40円/月	80	120
口腔機能向上加算Ⅰ	150円/月2回	300	450
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円/日	44	66
送迎減算片道につき	-47円/片道	-94	-141
介護職員等処遇改善加算Ⅰ 1ヶ月の介護報酬総額に1000分の92を乗じて算出された金額の1割、2割若しくは3割が利用者負担となります。			

※ 上記の利用料金は、法改正により改定することがあります。

※ 上記の料金は主な算定の一部の表示であり、全体の表示ではありません。

(高齢者虐待防止措置未実施減算)

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること)が講じられていない場合に、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

(業務継続計画未策定減算)

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

(入浴介助加算Ⅰ)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出て当該基準により入浴介助を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき上記利用料金に400円(国の基準)の1割(40円)、2割(80円)、3割(120円)を加算します。

(入浴介助加算Ⅱ)

自宅にて浴室環境の確認を行い評価し、多職種連携の元、個別入浴計画書の作成をした上で自宅での入浴継続を視野に入れた支援を実施した場合に日につき550円(国の基準)の1割(55円)、2割(110円)、3割(165円)を加算します。

(生活機能向上連携加算)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所において、外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に加算します。

(1) 生活機能向上連携加算Ⅰ

3月に1回を限度、1月につき1000円(国の基準)の100円(1割)、200円(2割)、300円(3割)

(2) 生活機能向上連携加算Ⅱ

1月につき2000円(国の基準)の200円(1割)、400円(2割)、600円(3割)

(個別機能訓練加算)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護の利用者に対して、機能訓練を行っている場合に加算します。

(1) 個別機能訓練加算Ⅰイ

1日につき560円(国の基準)の56円(1割)、112円(2割)、168円(3割)

(2) 個別機能訓練加算Ⅰロ

1日につき760円(国の基準)の76円(1割)、152円(2割)、228円(3割)

(ADL維持機能加算)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所において、利用者に対して指定密着型通所介護を行った場合は、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、加算します。

(1) ADL維持機能加算Ⅰ

1月につき300円(国の基準)の30円(1割)、60円(2割)、90円(3割)

(2) ADL維持機能加算Ⅱ

1月につき600円(国の基準)の60円(1割)、120円(2割)、180円(3割)

(認知症加算)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める利用者に対して指定地域密着型通所介護を行った場合は、1日につき600円(国の基準)の60円(1割)、120円(2割)、180円(3割)を加算します。

(科学的介護推進体制加算)

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所が、利用者に対し指定地域密着型通所介護事業所を行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき400円(国の基準)の40円(1割)、80円(2割)、120円(3割)を加算します。

(口腔機能向上加算)

口腔機能が低下している利用者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として、口腔機能改善管理指導計画に従い医師、歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、個別に実施される口腔機能向上サービスを行った場合は、口腔機能向上加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として、1回につき加算します。

(1)口腔機能向上加算(Ⅰ)

1回につき1,500円(国の基準)の1割(150円)、1割(300円)、3割(450円)

(送迎減算)

利用者に対して、その居宅と通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき470円(国の基準)の1割(47円)、2割(94円)、3割(141円)を減算します。

(サービス提供体制強化加算)

以下の基準を満たした場合に、所定単位数に加算します。

(1)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の70以上

1日につき220円(国の基準)の1割(22円)、2割(44円)、3割(66円)

(2)サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

1日につき180円(国の基準)の1割(18円)、2割(36円)、3割(54円)

(介護職員等処遇改善加算)

介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所が、利用者に対し、指定地域密着型通所介護を行った場合に、当該基準に掲げる区

分に従い、次に掲げる単位数を加算する。

- (1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)総単位数の1,000分の92に相当する単位数
- (2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)総単位数の1,000分の90に相当する単位数

(2) 介護対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金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 レクリエーション、クラブ活動

利用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きます。

② 複写物の交付

利用者は、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きます。1枚につき 10円

③ 食事代

1食600円を頂きます。急なキャンセルの際は食事代を徴収する場合があります。

④ 日常生活に要する費用（身の回り品費・教養娯楽費）

実費相当額を頂きます。

⑤ おむつ代

実費相当額を頂きます。

⑥ 請求書、領収書の再発行 1枚当たり 50円（税別）を徴収致します。

(3) 利用料金支払い方法

(1) の介護保険給付対象及び(2) の介護保険給付対象とならない料金については1ヶ月ごとに計算してご請求しますので、特別な事情のない限り、翌月25日までにしてお支払い下さい。お支払いは、原則Eネット（金融機関預金口座自動引落）でお願いしております。現金でのお支払いも可能です。

(4) 連帯保証人

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用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。その額は利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、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、本会及び事業所は、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、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

5. 緊急時の対応

地域密着型通所介護従事者は、通所介護を実施中に、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに家族へ連絡・主治医に連絡する措置を講ずるとともに、管理者に報告します。

6. 事故発生時の対応

- (1) 指定地域密着型通所介護事業所は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 指定地域密着型通所介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (3) 指定地域密着型通所介護事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償の手続きを行います。

7. 苦情の受付について

(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付けています。

- 苦情受付窓口
- 連絡先 TEL (0896) 56-3209
 FAX (0896) 56-3209
- 担当者 鈴木 智洋
- 受付時間 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
 (年末年始12月30日の午後～1月3日)は除く
- 管理者 鈴木 智洋
- 公的機関苦情受付窓口
 受付時間 毎週月曜日 ～ 金曜日 8:30～17:15
 (日・祝日・年末年始)は除く

愛媛県国民健康保険団体連合会

住 所 愛媛県松山市高岡町101-1

TEL (089) 968-8800 (代表)

四国中央市介護保険課

住 所 愛媛県四国中央市三島宮川4丁目6番55号

TEL (0896) 28-6025 (代表)

○ 第3者委員会

高橋 功 (元四国中央市民生児童委員)	0896-58-3001
山崎八重子 (元四国中央市民生児童委員)	0896-56-3304

8. 非常災害対策について

非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

9. 地域との連携について

- (1) 運営に当たっては、地域住民又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に努めます。
- (2) 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね6月に1回以上運営推進会議を開催します。
- (3) 運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

10. 福祉サービス第三者評価事業について

社会福祉事業の経営者が福祉サービス第三者評価を受けることは、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置の一環です。

平成30年度4月1日より、取組み強化が謳われ、利用者の適切なサービス選択に資するものとなり得ることから、福祉サービス第三者評価を積極的に受審することが望ましいとされている。

福祉サービス第三者評価の受審

有

無

11. 虐待防止に関する事項

- (1) 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
 - 1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともにその結果について、従業者に周知徹底を図ります。
 - 2) 虐待の防止のための指針を整備します。
 - 3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。
 - 4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いています。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかに市町に通報するものとします。

1 2. 感染症対策の強化について

事業所は、感染症の発生及びまん延等に関する取り組みとして、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練の実施を行うものとします。

1 3. 業務継続計画に向けた取り組みの強化について

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画（BCP）等の策定、研修の実施、訓練の実施を行うものとします。

1 4. 災害への地域と連携した対応の強化について

事業所は、災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。

1 5. ハラスメント対策の強化について

事業所は、適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえ、必要な措置を講じるものとします。

1 6. 身体的拘束等の適正化について

事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 利用者又は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を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- (2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

指定地域密着型通所介護利用同意書

指定地域密着型通所介護事業所 一般型通所介護 いしかわ を利用するにあたり、
地域密着型通所介護利用契約書及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、
担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護事業所 一般型通所介護 いしかわ 管理者 鈴木 智洋 殿

<利用者>

住 所	
氏 名	印

<家族代表者>

住 所	
氏 名	印
続 柄	

【契約書第17条の連帯保証人】

住 所	
氏 名	印
続 柄	
電話番号	

【契約書第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

住 所	
氏 名	
続 柄	
電話番号	

【契約書第11条、12条の緊急時の連絡先】

第一連絡先

住 所	
氏 名	
続 柄	
電話番号	

第二連絡先

住 所	
氏 名	
続 柄	
電話番号	

JUST PDF TRIAL