

# 「指定地域密着型通所介護・通所介護相当サービス」重要事項説明書

樹楽デイサービス ひなたぼっこ栄町

当事業所は介護保険の指定を受けています。

事業所番号 地域密着型通所介護：1392700207

第一号通所事業：13A2700170

当事業所は利用者様に対して指定地域密着型通所介護、第一号通所事業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・要支援」と認定された方、又は「事業対象者」が対象となります。要介護・要支援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. 事業者

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名   | 株式会社 カームオン       |
| (2) 法人所在地 | 東京都世田谷区成城6-30-11 |
| (3) 電話番号  | 03-6324-0664     |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 阿部 博樹      |
| (5) 設立年月日 | 平成27年10月9日       |

## 2. 事業所の概要

- |             |                      |
|-------------|----------------------|
| (1) 事業所の種類  | 地域密着型通所介護・通所介護相当サービス |
| (2) 事業所の名称  | 樹楽デイサービス ひなたぼっこ栄町    |
| (3) 事業所の所在地 | 東京都東村山市栄町二丁目39-9     |
| (4) 電話番号    | 042-306-2622         |
| (5) 管理者     | 北村 幸恵                |
| (6) 開設年月日   | 平成30年10月1日           |
| (7) 利用定員    | 13人                  |

## 3. 事業の目的

株式会社 カームオンが実施する指定地域密着型通所介護、第一号通所事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護・要支援状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

#### 4. 運営の方針

本事業の運営の方針は、以下のとおりとする。

- (1) 指定地域密着型通所介護、第一号通所事業は、利用者の要介護・要支援状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- (2) 事業者自らその提供する指定地域密着型通所介護、第一号通所事業の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- (3) 指定地域密着型通所介護、第一号通所事業の提供に当たっては、地域密着型通所介護計画、第一号通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。
- (4) 指定地域密着型通所介護、第一号通所事業の提供に当たる従業者は、指定地域密着型通所介護、第一号通所事業の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- (5) 指定地域密着型通所介護、第一号通所事業の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- (6) 指定地域密着型通所介護、第一号通所事業は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症の状態にある要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

2 事業実施に当たっては、市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努める。

3 事業所は、以下の場合を除いて、正当な理由なくサービス提供を拒まない。

- (1) 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- (2) 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切な指定地域密着型通所介護を提供することが困難な場合。

#### 5. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

東村山市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	9:15～16:45
延長サービス	

## 6. 職員の配置状況

当事業所では、利用者様に対して指定地域密着型通所介護、第一号通所事業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。

管理者	常勤	1名以上	計 1名以上
生活相談員	常勤	1名以上	計 2名以上
	非常勤	1名以上	
介護職員	常勤	1名以上	計 2名以上
	非常勤	1名以上	
機能訓練指導員	非常勤兼務	1名以上	計 1名以上
看護職員	非常勤	1名以上	計 1名以上

## 7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者様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<br>(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

以下のサービスについては、利用者の負担割合による額によって介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

#### ① 入浴

・入浴またはシャワー浴を行います。

#### ② 排泄

・利用者様の排泄の介助を行います。

#### ③ 送迎サービス

・利用者様の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

#### ④ 食事

・家庭的な美味しい食事を提供します。

(食事時間) 12:00～13:00

#### ⑤ 機能訓練

・機能訓練指導員により利用者様の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持・低下を防止するよう努めます。

⑥ 生活指導

- ・利用者様の生活面での指導・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。

⑦ 健康チェック

- ・血圧測定等利用者様の全身状態の把握を行います。

⑧ 相談及び援助

- ・利用者様とそのご家族からの各種ご相談や問題解決に向けて取り組みます。

⑨ 延長サービス

- ・サービス提供時間より9時間以上経過後から最大20時までの間は、介護保険による延長サービスのご利用が可能です。

※ 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し利用者様の同意をいただきます。

〈サービス料金 介護給付費〉

利用者様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、利用者様の要介護度に応じて異なります）

☆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、利用者様の負担額を変更します。

☆介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付が直接事業者を支払わない場合があります。その場合には、一旦1日当たりの利用料（全額自己負担）を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

☆サービス提供証明書を後日、市の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

■地域密着型通所介護費

7時間以上8時間未満

基本料金／日	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	805円	1,609円	2,413円
要介護2	951円	2,205円	2,852円
要介護3	1,103円	2,205円	3,307円
要介護4	1,252円	2,504円	3,755円
要介護5	1,402円	2,803円	4,204円

■第一号通所事業

基本料金／月	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者	1,921円	3,841円	5,761円
要支援1	1,921円	3,841円	5,761円
要支援2	3,868円	7,735円	11,602円

■保険内サービス一覧

加算名	算定状況	1割負担	2割負担	3割負担
入浴加算（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/>	43円	86円	129円
入浴加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	59円	118円	177円
延長加算	<input type="checkbox"/>	54円	107円	161円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/>	60円	120円	180円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/>	82円	163円	244円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	22円	43円	64円
運動器機能向上加算	<input type="checkbox"/>	241円	481円	721円
認知症対応加算	<input type="checkbox"/>	64円	128円	192円
若年性認知利用者受入加算	<input type="checkbox"/>	64円	128円	192円
中重度ケア体制加算	<input type="checkbox"/>	48円	96円	144円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	107円	214円	321円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	214円	428円	641円
ADL維持等加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	32円	64円	96円
ADL維持等加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	64円	128円	192円
ADL維持等加算(Ⅲ)	<input type="checkbox"/>	0円	0円	0円
栄養アセスメント加算	<input type="checkbox"/>	54円	107円	161円

栄養改善加算	<input type="checkbox"/>	214円	428円	641円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	22円	43円	64円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	6円	11円	16円
口腔機能向上加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	161円	321円	481円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	171円	342円	513円
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/>	43円	86円	129円
地域通所介護感染症災害3%加算	<input type="checkbox"/>	ひと月の利用料金の3.0%		
送迎減算(片道)	<input type="checkbox"/>	-51円	-101円	-151円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	24円	47円	71円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	20円	39円	58円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	<input type="checkbox"/>	7円	13円	20円
処遇改善加算Ⅰ	<input type="checkbox"/>	ひと月の利用料金の9.2%		
処遇改善加算Ⅱ	<input checked="" type="checkbox"/>	ひと月の利用料金の9.0%		
処遇改善加算Ⅲ	<input type="checkbox"/>	ひと月の利用料金の2.3%		
特定処遇改善加算Ⅰ	<input type="checkbox"/>	ひと月の利用料金の1.2%		
特定処遇改善加算Ⅱ	<input type="checkbox"/>	ひと月の利用料金の1.0%		
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/>	ひと月の利用料金の1.1%		

※送迎料金は、サービス料金に含まれます。

当施設で送迎サービスを行わない場合は送迎減算が適用されます。

※利用者様が要支援認定を受けている期間中の介護保険適用日数は、要支援1の場合は月間4回程度、要支援2の場合は月間8回程度とします。

## (2) 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、利用料金の金額が利用者様の負担とさせていただきます。

### ① 食事の提供（食費）

食費は1食 650 円とさせていただきます。

おやつ代は 100 円とさせていただきます。

### ② レクリエーション、クラブ活動

利用者様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もあります。

### ③ おむつ 1枚 150 円

リハビリパンツ 1枚 100 円

バット類 1枚 50 円

当施設のものを利用される場合は実費が必要となります。

### ④ 時間外利用料金

ご利用時間が8時間以降の利用に関しましては、前項（1）の⑨での延長加算を利用されない場合は1時間当たり 1000 円がお客様の自己負担となります。

### ⑤ その他費用

地域密着型通所介護、第一号通所事業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わる費用であって、利用者様に負担いただくことが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

### ⑥ キャンセル料

利用者がサービス提供日の午前8時までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業者は利用者に対して、料金の全部または一部を請求することができます。

この場合の料金は運営規程第9条のその他の料金の支払いと合わせて請求します。

### ⑦ 介護保険の適用を受けない地域密着型通所介護、第一号通所事業サービスを利用する場合の実費は利用者様の負担となります。

## (3) 利用料金お支払い方法

① 前記（1）、（2）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ので、翌月末日にお振込にてお支払いいただきます。

② 現金でのお支払いも翌月末日までとさせていただきます。

## (4) サービス利用の中止

利用予定日の前に利用者様の都合により、地域密着型通所介護、第一号通所事業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） 042-306-2622

---

## (5) サービス利用の変更

利用者様が地域密着型通所介護、第一号通所事業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。

該当利用者様に係る居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへの連絡、その他の必要な援助を行います。

## 8. 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様・ご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。

苦情受付担当者： 北村 幸恵

月曜日～日曜日（8：30～17：30）

電話番号： 042-306-2622

### (2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

#### ① 苦情原因の把握

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問をし、状況の聞き取りや事情確認を行う。

#### ② 検討会の開催

管理者は機能訓練指導員、介護職員、生活相談員等に事実関係の確認を行う。  
相談担当者は把握した状況をスタッフとともに検討を行い、対応を検討する。

#### ③ 改善の実施

検討会の結果を踏まえ、改善策を実施する。

#### ④ 解決困難な場合

事業所において処理しえない内容については、行政窓口や国民健康保険団体連合会等の関係機関との協力により、対応方法を利用者様の立場に立って検討、対処する。

#### ⑤ 再発防止

改善内容を元に再発防止に向けた研修や設備を整える。

#### ⑥ 事故発生時の対応

事故発生時には、管理者が事実確認を速やかに行い、把握した状況を関係者に報告する。  
対処方法を事業所内で検討し、対処した上で関係者へ結果報告する。

事業所において処理しえない内容については、行政窓口や国民健康保険団体連合会等の関係機関との協力により、対応方法を利用者様の立場に立って検討、対処する。

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

東村山市役所 健康福祉部 介護保険課	所在地	東京都東村山市本町1丁目2番地3
	電話番号	042-393-5111 (内線3133~3137、3143~3145)
	受付時間	8:30~17:00
		(土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日~1月3日)を除く)
東京都国民健康保険団体連合部 介護サービス苦情相談窓口	所在地	東京都千代田区飯田橋3-5-1東京区政会館11階
	電話番号	03-6238-0177
	受付時間	9:00~17:00
		(土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日~1月3日)を除く)

## 9. 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、市町村、家族、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター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。

## 10. 地域との連携について

- 1 事業所は、地域密着型通所介護、第一号通所事業の運営に当たっては、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 地域密着型通所介護事業所の適正な運営の確保とサービスの質の向上に寄与し、地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスにするために、運営推進会議を設置します。
- 3 運営推進会議の開催は、概ね6ヶ月に1回以上とします。
- 4 運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員及び密着型通所介護について知見を有するものとしします。
- 5 会議の内容は、事業所のサービス提供内容の報告・評価、地域との意見交換・交流等とします。
- 6 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

### 1 1. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者様または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者様に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

### 1 2. 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとお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	北村 幸恵
-------------	-------

- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ 前4号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

### 1 3. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

#### 14. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及 び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先1 (家族等)	氏名(続柄)	( )
	住所	
	電話番号	
緊急時連絡先2 (家族等)	氏名(続柄)	( )
	住所	
	電話番号	

#### 15. 非常災害対策

- ① 事業者は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します
- ② 事業者は、防災計画に基づき、年2回、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ③ 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ます。

#### 16. 衛生管理等

- (1) 指定地域密着型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、防災計画に基づき、年2回、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 17. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### サービス利用に当たっての留意事項

- 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。
- 他の利用者様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様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

指定地域密着型通所介護、第一号通所事業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

樹楽デイサービス ひなたぼっこ栄町

説明者 職名 管理者 氏名 北村 幸恵 印

私は、上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 住所 東村山市

氏名 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所

氏名 印