

「指定通所介護」重要事項説明書

特別養護老人ホーム
グリーンホーム
デイサービスセンター

当施設は介護保険の指定を受けています。

(栃木県指定 第0970500252号)

当事業所はご利用者に対して指定通所介護サービスを提供いたします。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。

◆◆ 目 次 ◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 苦情の受付について	7
7. 緊急時の対応について	8

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 緑風会
- (2) 法人所在地 栃木県鹿沼市下日向438-1
- (3) 電話番号 0289-63-3800
- (4) 代表者名 理事長 福田 英夫
- (5) 設立年月 平成5年2月8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12年2月15日指定
栃木県指定 第0970500252号
※当事業所は特別養護老人ホームグリーンホームに併設されています。

- (2) 事業所の目的 当事業所は、指定介護サービスについては、ご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ご家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため日常生活上の世話や動作訓練等の援助を行うことを目的とする。又、介護予防サービスについては、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービスを提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 グリーンホームデイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 栃木県鹿沼市下日向438-1
- (5) 電話番号 0289-63-3800
- (6) 事業所長(管理者) 氏名 小林 善和
- (7) 当事業所の運営方針 当事業所は、ご利用者の居宅サービス計画に基づき、ご利用者の意思や人格を尊重し常にご利用者の立場にたって、その居宅で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等の援助を行うものとする。
- (8) 開設年月 平成9年6月1日
- (9) 利用定員 30人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業実施地域 鹿沼市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日 ただし、1月 1日から1月 3日を除く
受付時間	午前8時30分から午後5時
営業時間	午前9時から午後5時

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定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》 ※職員の配置については指定基準を遵守しています。

職種	配置	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1名	1名
2. 生活相談員	1名以上	1名
3. 介護職員	4名以上	4名
4. 看護職員	1名以上	1名
5. 機能訓練指導員	1名以上	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週＝40時間）で除した数です。
（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では 1 名となります。（8 時間× 5 名÷40 時間＝ 1 名）

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利用者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

(1) 通所介護サービス

以下のサービスについては、食事を除き通常は利用料金の 9 割（通常 1 割が自己負担）が介護保険から給付されます。

※自己負担の割合は介護保険負担割合証によります。

〈サービスの概要〉

①食事

・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 昼食： 12：00～13：00

②栄養改善（該当者） 150単位 ※月2回まで。原則3か月

・低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、当事業者又は外部との連携により管理栄養士 1 名以上を配置し管理栄養士、看護職員等が共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切な栄養改善サービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等を行います。

③栄養スクリーニング（該当者） 5単位 ※6月に1回まで

・介護職員等が利用開始時及び利用中 6 か月ごとに利用者の栄養状態についての確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員と文書で共有します。

④口腔機能向上（該当者） 150単位 ※月2回まで。原則3か月

・口腔機能の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、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置し、共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを実施し、定期的な評価と計画の見直し等を行います。

⑤入浴 50単位/日

・入浴を行います。

・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

⑥排泄

・ご利用者の排泄の介助を行います。

⑦中重度者ケア体制加算 45単位

・中重度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活継続に資するサービスを提供します。

⑧認知症加算（該当者） 60単位

・認知症高齢者を積極的に受け入れ、在宅生活継続に資するサービスを提供します。

⑨若年性認知症利用者受入加算(該当者) 60単位

・若年性認知症利用者毎に、個別の担当者を定め、サービス提供に当たります。

**⑩機能訓練(個別機能訓練) (I) 46単位
(II) 56単位**

・専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置し、ご利用者ごとの心身等の状況に応じて機能訓練実施計画を策定し、日常生活を送るに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。

**⑪生活機能向上連携 200単位
(個別機能訓練加算を算定している場合は100単位)**

・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等が当事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同して利用者ごとに個別機能訓練計画を作成した上で、当該計画に基づき計画的に機能訓練を実施します。

**⑫ADL維持等 (I) 3単位
(II) 6単位**

・自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に加算されます。

**⑬サービス提供体制強化 (I) イ 18単位
ロ 12単位
(II) 6単位**

・ご利用者に対し、質の高いケアを実施致します。

⑭送迎を行わない場合(片道につき) -47単位

・家族等が送迎を行う場合等で、事業所が送迎を実施していない場合は、基本報酬より減算致します。

〈サービス利用料金(1回あたり)〉

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じた介護、及び加算等の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)と食費に係る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に応じて異なります。)

※下記の料金表は代表的な時間区分によるものとなります。

- ① ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

- ② 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、ご利用者の負担額を変更します。

※介護報酬の改定が行なわれ、1カ月の利用料金の合計額に、国家公務員の地域手当に準じた地域割りが介護報酬単価に含まれます。(自己負担は介護保険負担割合証による)

※介護職員処遇改善加算の要件を満たす場合には、1カ月の利用料金の合計額にサービス別加算率を乗じた額をお支払い頂きます(自己負担は介護保険負担割合証による)

※1 割負担の場合、所要時間 4時間～5時間未満の場合金額例（日）

ご利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 介護サービス利用料金	3,853円	4,421円	4,999円	5,556円	6,134円
2. 入浴サービス	507円	507円	507円	507円	507円
3. 内介護保健から給付される金額	3,924円	4,435円	4,955円	5,456円	5,976円
4. サービスに係る自己負担金 (1+2-3)	436円	493円	551円	607円	665円
5. 食事に係る自己負担額	600円	600円	600円	600円	600円
6. 自己負担額合計 (4+5)	1,036円	1,093円	1,151円	1,207円	1,265円

※世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、施設利用及び食費が軽減されます。

※1 割負担の場合、所要時間 7時間～8時間未満の場合の金額例（日）

ご利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 介護サービス利用料金	6,540円	7,716円	8,953円	10,170円	11,397円
2. 入浴サービス	507円	507円	507円	507円	507円
3. 内介護保健から給付される金額	6,342円	7,400円	8,514円	9,609円	10,713円
4. サービスに係る自己負担金 (1+2-3)	705円	823円	946円	1,068円	1,191円
5. 食事に係る自己負担額	600円	600円	600円	600円	600円
6. 自己負担額合計 (4+5)	1,305円	1,423円	1,546円	1,668円	1,791円

※世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、施設利用及び食費が軽減されます。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食費

ご利用者に提供する食事にかかる費用です。

利用料金；昼食費として600円を徴収いたします。（なお、夕食を提供した場合は500円を加算させていただきます。）

②通常の事業実施地域以外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、次の料金をいただきます。

利用料金：通常の事業実施地域を越えてから、1キロメートルあたり20円を徴収させていただきます。

③保険適用時間外のサービス提供

介護保険適用時間以外の時間にサービスを提供した場合は、介護費用として次の料金をいただきます。 利用料金；1時間あたり700円

④日常生活上必要となる諸費用費

ご利用者が日常生活に要する費用で、利用者に負担していただくことが適当と認められるものに係る費用は実費をいただきます。

⑤レクリエーション、クラブ活動

ご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頂くことができます。 利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑥おむつ代

当事業所に備え付けのおむつを使用した場合は、次の料金をいただきます。

利用料金：パンツ型　　：1枚あたり200円　　：平おむつ　　：1枚あたり150円
：尿取りパット：1枚あたり120円

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、御請求時にお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、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、ご利用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
利用予定日の午前8時30分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、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. 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け付けします。

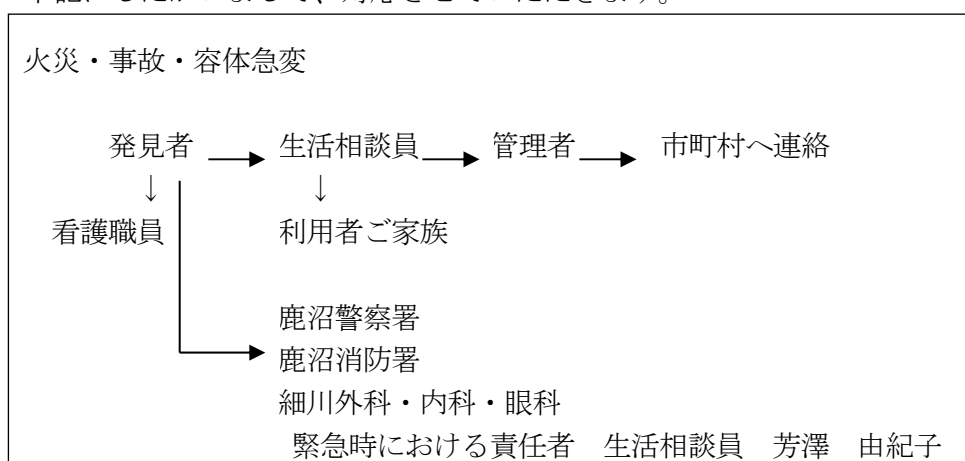
苦情受付窓口(担当者)	生活相談員	芳澤 由紀子
受付時間	毎週月曜日～土曜日	午前9時から午後5時
電話	0289-63-3800	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿 沼 市 介護保険課	鹿沼市今宮町1688-1 電 話 0 2 8 9 - 6 3 - 2 2 8 6 F A X 0 2 8 9 - 6 3 - 2 2 8 4 受付時間 午前9時から午後5時
栃木県国民健康保険 団体連合会	宇都宮市本町3-9栃木県本町合同ビル6階 電 話 0 2 8 - 6 4 3 - 2 2 2 0 F A X 0 2 8 - 6 4 3 - 5 4 1 1 受付時間 午前8時30分から午後5時 平日(月曜日～金曜日)

7. 緊急時の対応について

・下記にしたがいまして、対応させていただきます。



但し、状況によって変更する場合があります。

※その他のことにつきましても、事務所までお気軽にご相談下さい。

平成 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。

指定通所介護

グリーンホームデイサービスセンター

説明者職名

生活相談員

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意し、受領いたしました。

利用者住所

氏 名

印

家族住所

氏 名

印