「指定第1号通所事業通所介護」「指定通所介護」重要事項説明書

デイサービスセンターここから阿品

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（広島県指定　第　3472700594）

当事業所は契約者に対して指定第1号通所事業通所介護サービス・指定通所介護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。

※当デイサービスセンターの利用は、原則として介護保険の認定の結果「事業対象者」「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護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。

◇◆目次◆◇

1. 事業者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
2. 事業所の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3. 職員の配置状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金 ・・・・・・・・・ 3-6
5. 緊急時の対応について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
6. 事故発生時の対応について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
7. 高齢者虐待の防止について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
8. 苦情の受付について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
9. 関係機関との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
10. 関係機関との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
11. 組織体制表 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

１．事業者

(1) 会社名　　T&T　WAM サポート株式会社
(2) 会社所在地　　広島県広島市中区八丁堀 15 番 10 号　セントラルビル 9 階
(3) 電話番号　　082-227-4040
(4) 代表者氏名　　藤井　正大

２．事業所の概要

(1) 事業所の種類　　指定第１号通所事業通所介護事業所・指定通所介護事業所
(2) 事業所の目的　　居宅において事業対象者・要支援・要介護状態にある高齢者に対し、適切な第１号通所事業通所介護・通所介護を提供することを目的とします。
(3) 事業所の名称　　デイサービスセンターここから阿品
(4) 事業所の所在地　　広島県廿日市市阿品 3 丁目 1 番 6 号
(5) 電話番号　　0829-36-6355　FAX　0829-36-6886
(6) 事業所長（管理者）　　氏名　　山本　顕太
(7) 当事業所の運営方針　　事業対象者・要支援・要介護状態等の心身の特性を踏まえて、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出来るよう、日常生活上の世話及び心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
(8) 開設年月　　平成 17 年 4 月 1 日
(9) 営業日及び提供時間

営業日	月曜日～金曜日、祝日営業 (8 月 13 日～15 日、12 月 29 日～1 月 3 日は除く)
営業時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：30～16：30

(10) 利用定員　　40 人
(11) 通常の事業の実施地域　　廿日市市廿日市地域、大野地域（湯船を除く）。
その他応相談とする。

３．職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定第１号通所事業通所介護サービス・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	員数
１．事業所長（管理者）	１名
２．介護職員	6 名以上
３．生活相談員	2 名以上
４．看護職員	1 名以上
５．機能訓練指導員	2 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、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

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、「要支援・要介護度に応じたサービス利用単位×10.14 円」のうちご契約者様の自己負担割合に応じて、自己負担額が決定します。

〈サービスの概要〉

(1)運動器機能向上・個別機能訓練

機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るの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実施します。

(2)食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

当事業所では、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。

ご利用者の食事の自立について、必要な支援を行います。

(3)入浴

ご利用者の状況に応じた適切な入浴をしていただきます。

(4)送迎サービス

ご自宅と事業所間の送迎を行います。

(5)排泄

排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

(6)その他自立への援助

教養、趣味、娯楽などの活動をしていただく機会を作るよう配慮します。

ご利用者及びそのご家族の介護等に関する相談や助言を行います。

〈サービス利用料金〉

【指定第１号通所事業通所介護サービス】　　１月あたりの利用単位

基本料金	事業対象者・要支援１ 要支援２(週１回利用)	要支援２
ひと月につき	1,798 単位	3,621 単位

※4 時間以下の利用の場合 50 単位減算されます「要支援 2(週 1 回利用)を除く」

加算項目	事業対象者 要支援1	要支援2
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88単位	176単位
科学的介護推進体制加算	40 単位	
※口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位(月 1 回まで)	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の92/1000単位の加算	

※口腔機能向上加算は必要に応じて算定いたします。

※送迎を行わない場合は、所定単位数から片道につき 47 単位減算されます。

ひと月の減算上限　事業対象者・要支援 1：376 単位　要支援 2：752 単位

※上記の単位は月極の単位です。そのため何らかの都合で月に１回のみの利用となった場合も、この金額の負担が発生します。(食費等は別です)

【通所介護（通常規模）】　１回あたりの利用単位

利用時間	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
7 時間以上 8 時間未満	658 単位	777 単位	900 単位	1023 単位	1148 単位
6 時間以上 7 時間未満	584 単位	689 単位	796 単位	901 単位	1008 単位
5 時間以上 6 時間未満	570 単位	673 単位	777 単位	880 単位	984 単位
4 時間以上 5 時間未満	388 単位	444 単位	502 単位	560 単位	617 単位
3 時間以上 4 時間未満	370 単位	423 単位	479 単位	533 単位	588 単位
2 時間以上 3 時間未満	4 時間以上 5 時間未満の単位数に 0.7 を乗じた単位数				

加算項目	要介護 1～5 共通
入浴介助加算（Ⅰ）	1 日あたり 40 単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	1 日あたり 76 単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	1 日あたり 56 単位
個別機能訓練加算（Ⅱ）	1 月あたり 20 単位
※口腔機能向上加算（Ⅱ）	1 日あたり 160 単位（月 2 回まで）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 日あたり 22 単位
科学的介護推進体制加算	1 月あたり 40 単位
ADL維持等加算（Ⅰ）	1 月あたり 30 単位
ADL維持等加算（Ⅱ）	1 月あたり 60 単位
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 92/1000 単位の加算

※口腔機能向上加算は必要に応じて算定いたします。

※送迎を行わない場合は、所定単位数から片道につき 47 単位減算されます。

※職員の配置により個別機能訓練加算（Ⅰ）ロからイに算定が変わることがあります。

※ADL 維持等加算は年度によって、（Ⅰ）か（Ⅱ）、または算定されない場合がございます。

※送迎時に実施した居宅内介助等（電気の消灯・点灯、ベッドへの移乗、窓の施錠等）を行った場合、その時間を通所介護の所要時間に含めることとなります（30 分以内）。

介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

・食費、調理費を1日につき、普通食・糖尿食・やわらか食700円を頂きます。

・ご利用者が希望された場合、手芸等レクリエーションの材料費を頂きます。

・オムツ代を必要に応じて実費として頂きます。

・夕食持ち帰り弁当代金として、下記料金をいただきます（希望者のみ）

内容	値段
御膳セット（おかず・ご飯）	700円
食物除去・個別対応食（おかず・ご飯）	700円
おかずのみ	600円
みそ汁	上記に+50円
きざみ対応	上記に+100円

【持ち帰り可能日】デイサービスご利用日

＊配達の関係で16：30までご利用の方が対象となります。

【消費期限】当日20時まで

【お支払い方法】ご利用料金と一緒にご請求致します。

【申込期限】ご利用日**前日10時**。定期申込の方は前日申し込み必要ありません。

【キャンセル】キャンセルはご利用日当日の8時20分までになります。

当日、8時20分以降にキャンセルの申し出があった場合、キャンセル代として夕食持ち帰り弁当代を全額頂きます。なお、8時20分までに連絡がつかない場合は食事を注文させていただき、上記同様の対応となります。

＜利用料金のお支払い方法＞

前記料金・費用のお支払は、

・直接お支払いの場合は月末締めの翌月月初払いとなります。

・銀行での引き落としの場合は月末締めの翌月27日払いとなります。

＜利用の中止、変更、追加＞（契約書第8条参照）

・ご利用者の都合により、第1号通所事業通所介護サービス・通所介護サービスの利用を中止することができます。この場合にはサービス実施日の前日までに事業所に申し出てください。

・ご利用者の都合により、第1号通所事業通所介護サービス・通所介護サービスの利用を変更または追加することができます。この場合にはサービス実施日の7営業日前までに事業所に申し出てください。

・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ご利用者の希望する曜日にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能な曜日をご利用者に提示して協議します。

・ご契約者がサービス利用している期間中でも利用を中止出来ます。その場合、すでに実施されたサービスに係わる利用料金をお支払い頂きます。

５．緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに家族、主治医、居宅介護支援事業所及び市町村等に連絡し、適切な処置を講じます。

６．事故発生時の対応について

⑴サービスの提供により事故が発生した場合は、保険者、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業所及び市町村等に連絡し、適切な処置を講じます。

⑵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。

⑶サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

７．高齢者虐待の防止について

当事業所では利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

⑴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：　山本　顕太（管理者）

⑵虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報します。

⑶研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。

⑷個別支援計画の作成など適切な支援を行います。

⑸従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整え、利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

８．苦情・相談の受付について（契約書第 21 条参照）

(1)当事業所における苦情・相談の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付け、速やかに具体的な対応をします。

〇受付窓口（担当者）
　管理者　　山本　顕太
〇受付時間　　8：30～17：30
〇受付日　　月曜日～金曜日　祝日営業
　　（8 月 13～15 日、12 月 29～1 月 3 日は除く）
〇電話番号　　0829-36-6355
〇ＦＡＸ番号　　0829-36-6886

〇本社窓口(担当者)
　介護事業統括　小松　亮介
〇受付時間　　8：30～17：30
〇受付日　　082-227-4040

また、苦情受付ボックスを事業所に設置しています。

・担当者が不在の時は、基本的な事項は誰でも対応出来るようにし、担当者に引継ぎます。
・事実関係の調査をし、改善を講じるとともに記録の整備等を行い、ご利用者・その家族に説明します。
・第 3 者による評価の実施状況　なし

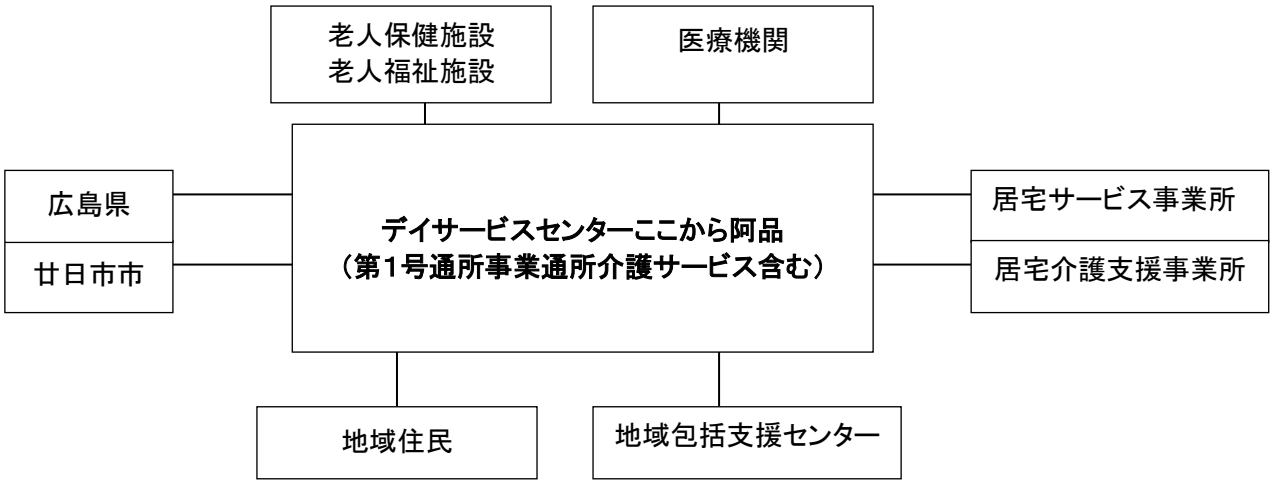
(2)行政機関その他苦情受付機関

廿日市市役所福祉保健部 高齢介護課	所在地　廿日市市下平良一丁目 11 番 1 号 電話番号　0829-30-9196 FAX 番号　0829-30-9131 受付時間　8:30～17:15
広島県国民健康保険団体連合会	所在地　広島市中区東白島町 19 番 49 号 電話番号　082-554-0782 受付時間　9:00～16:00
広島県社会福祉協議会 広島県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地　広島市南区比治山本町 12-2 電話番号　082-254-3419 FAX 番号　082-256-2228 受付時間　9:00～16:00

９．サービスの第三者評価の実施状況

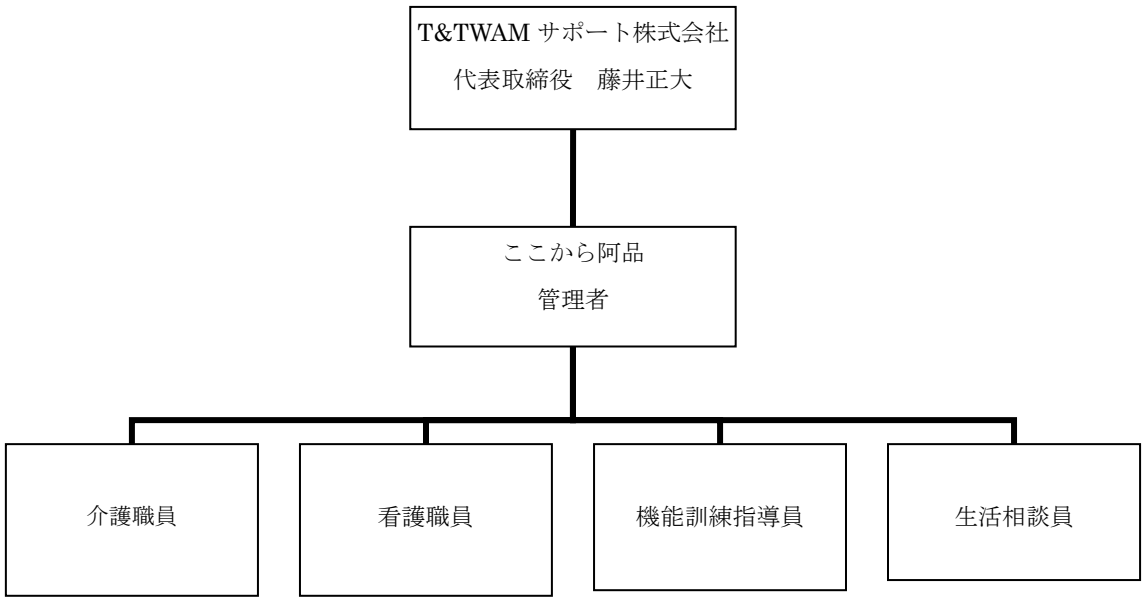
実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

１０．関係機関との連携



・適正な事業運営のため広島県、廿日市市の高齢介護課と連携を強化する。
・高齢者虐待及び困難事例の対応など、各地域括支援センター、関係介護サービス事業所、医療機関と連携を密にし、利用者の自立支援、自己決定が支援できるよう協働していく。

１１．組織体制表



令和　　年　　月　　日

事業者名　　Ｔ＆Ｔ　ＷＡＭサポート株式会社

代表者　　藤　井　　正　大

第１号通所事業通所介護サービス・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。

事業所名　　デイサービスセンターここから阿品

説明者　　

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明をうけ、
第１号通所事業通所介護サービス・通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者（代理人）　　住所

氏名

続柄