

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
( 三島市指定 第 2270600535 号 )

当事業所はご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。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」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. 事業実施地域及び営業時間 .....       | 3 |
| 4. 職員の配置状況 .....            | 3 |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金 ..... | 3 |
| 6・事故発生時の対応について .....        | 6 |
| 7. 緊急時の対応について .....         | 6 |
| 8. 苦情の受付について .....          | 6 |

## 1. 事業者

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名   | 有限会社ハーベストライフ     |
| (2) 法人所在地 | 静岡県三島市南二日町650番地1 |
| (3) 電話番号  | 055-975-7788     |
| (4) 代表者氏名 | 宮本 光也            |
| (5) 設立年月日 | 平成17年04月14日      |

## 2. 事業所の概要

- |             |                                                                                                                                  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 事業所の種類  | 地域密着型通所介護事業所                                                                                                                     |
| 更新年月日       | 令和05年11月15日 三島市指定 第2270600535号                                                                                                   |
| (2) 事業所の目的  | 要支援状態又は要介護状態である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、指定地域密着型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みのり                                                                                                                    |
| (4) 事業所の所在地 | 静岡県三島市南二日町650番地1                                                                                                                 |

- (5) 電話番号 055-975-7878
- (6) 事業所長(管理者) 氏名 後藤 剛久
- (7) 当事業所の運営方針 ご利用者が可能な限り居宅において、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援助及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- (8) 開設年月日 平成17年11月15日
- (9) 利用定員 18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 三島市 (地域密着型サービス)
- (2) 営業日及び営業時間

|          |                                             |
|----------|---------------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日～土曜日 但し、12月31日～ 1月 3日は休日                 |
| 営業時間     | 月曜日～土曜日 8時15分～17時15分<br>但し、延長利用の場合、最大18時05分 |
| サービス提供時間 | 月曜日～土曜日 9時05分～16時05分                        |

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご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          | 職員数  | 指定基準 |
|--------------|------|------|
| 1. 事業所長(管理者) | 1名   | 1名   |
| 2. 生活相談員     | 3名   | 1名   |
| 3. 介護職員      | 3名以上 | 2名   |
| 4. 看護職員      | 2名   | 1名   |
| 5. 機能訓練指導員   | 2名   | 1名   |

※常勤換算：職員それぞれ、週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(週40.0時間)で除した数です。

〈主な職種の勤務体制〉

| 職 種      | 勤務体制             |
|----------|------------------|
| 1. 生活相談員 | 勤務時間： 8:15～17:15 |
| 2. 介護職員  | 勤務時間： 8:15～17:15 |
| 3. 看護職員  | 勤務時間： 8:15～17:15 |

### 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（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事（但し、食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落ち着いた雰囲気の中で食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。  
（食事時間） 12:00～13:00

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。（一般浴槽での入浴となります。）

③排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

④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日常生活動作訓練を実施します。

〈サービス利用料金（1回あたり）〉（契約書第6条参照）

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。（上記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。）

※三島市は地域区分が「7級地」であるため、下記表の単位数に10.14円を乗じた金額の一部負担割合が自己負担額となります。

【地域密着型通所介護利用単位数】（1単位：10.14円）

| 1. 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     |
|-----------------|--------|--------|----------|----------|----------|
| 2. サービス利用に係る単位数 | 753 単位 | 890 単位 | 1,032 単位 | 1,172 単位 | 1,312 単位 |

- ・食費（昼食・おやつ） 780円（夕食 700円）
- ・入浴介助加算(Ⅰ) 40単位/回
- ・サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位/日
- ・若年性認知症利用者受入加算 60単位/日（該当利用者限定）
- ・送迎を行わない場合 ▲47単位/片道
- ・介護職員等処遇改善加算Ⅰ 所定単位数/月×9.2%

☆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（ケアプラン）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。

☆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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、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いただくことができます。

利用料金： 材料費 （希望される方は一日利用につき） 100円

※ 希望する ・ 希望しない 同意署名 印

②日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。なお、ご持参いただく場合はこの限りではありません。

おむつ代 パンツ型 150円 パット 30円

③特別行事

クリスマス会、外出等 実費

④時間延長利用

サービス提供時間を超えた場合には、1時間毎に実費をご負担いただきます。

1時間毎につき 1,000円 （16:05以降 18:05までにて）

☆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1か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条、第19条第1項第二号参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、翌月の10日までに請求書を発送しますので、月末日までに銀行振込(振込み手数料はご負担願います)又は口座振替にて支払うものとします。

ご利用者による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、催告後10日以内に支払われない場合、サービスを利用できなくなります。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、地域密着型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                        |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の100%<br>(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ご利用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ご利用者に提示して協議します。

## 6. 事故発生時（損害賠償）の対応について（契約書第13条、第14条参照）

- （1）事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかにご利用者のご家族、居宅介護支援事業所、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- （2）事業者は、事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。
- （3）事業者は、ご利用者に対するサービス提供により発生した事故等にご利用者の生命、身体、財産等に被害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。但し、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

## 7. 緊急時の対応について（契約書第9条参照）

事業者はご利用者に対するサービスの提供を行っている時に、ご利用者に病状の急変が生じた場合や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措置を講じます。

## 8. 苦情の受付について（契約書第22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。

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| ○苦情受付窓口（担当者） | 後藤 剛久                |
| ○受付時間        | 毎週月曜日～土曜日 8：15～17：15 |
| 電話番号         | 055-975-7878         |

### （2）行政機関その他苦情受付機関

|                          |                     |                                             |
|--------------------------|---------------------|---------------------------------------------|
| ○三島市役所<br>介護保険課          | 所在地<br>電話番号<br>受付時間 | 三島市北田町4-47<br>055-983-2607<br>8：30～17：15    |
| ○静岡県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 | 所在地<br>電話番号<br>受付時間 | 静岡市葵区春日2-4-34<br>054-253-5590<br>8：30～17：15 |

☆福祉サービス第三者評価につきまして、実施しておりません。「福祉サービス第三者評価事業に関する指針」に基づき実施した場合は、実施年月日、実施機関名、評価結果開示状況を公表します。