

デイサービスセンター みどりー夢 重要事項説明書

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・ 施設名 デイサービスセンター みどりー夢
- ・ 開設年月日 平成17年4月1日
- ・ 所在地 岡山県岡山市南区新福2丁目9-29
- ・ 電話番号 086-262-7771 FAX番号 086-262-7780
- ・ 介護保険指定番号 3370106969

(2) 通所介護の目的と運営方針

デイサービスセンター みどりー夢（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護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、事業所におくべき従事者（以下「従事者」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。

[デイサービスセンター みどりー夢の運営方針]

事業所の指定通所介護事業の従事者は、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話およ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および精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。

サービスの実施にあたっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 施設の職員体制

- | | | | |
|---------|----|-----------|---|
| ① 管理者 | 1人 | ⑤ 機能訓練指導員 | 人 |
| ② 生活相談員 | 人 | ⑥ 送迎員 | 人 |
| ③ 看護職員 | 人 | ⑦ 管理栄養士 | 人 |
| ④ 介護職員 | 人 | ⑧ 調理員 | 人 |

従業者は、通所介護の提供に当たります。

(4) 通所介護利用定員 40名

(5) 営業日及び営業時間

- ① 営業日 月曜日から土曜日までとする。
*ただし、8月13日～15日・12月31日～1月3日の
お盆・年末年始は休業とする。
- ② 営業時間 午前8:30～午後5:30までとする。
- ③ サービス提供時間 午前9:30～午後4:00までとする。

(6) 通所介護の内容

- ① 日常生活上の世話・・・日常生活動作能力に応じて、必要な援助を行います。
 - ア 排泄の誘導・介助
 - イ 移乗・移動の見守り・介助等その他の必要な身体の介助
 - ウ 養護（休養）
- ② 機能訓練・・・利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練並びに利用者の心身活性化を図るための各種サービスを提供します。
 - ア 日常生活動作に関する訓練
 - イ レクリエーション
 - ウ 行事的活動
 - エ 体操
 - オ 筋力向上訓練
- ③ 食事の提供・・・栄養並びに利用者の身体的状況及び嗜好を考慮し食事を提供します。また、自力で食事を摂ることが困難である方には、食事介助を行います。
- ④ 入浴介助・・・入浴の介助または清拭等を行います。
- ⑤ 送迎・・・利用者の居住区域ごとの送迎コースを設定し、車両送迎を行います。
- ⑥ 相談・助言に関すること・・・利用者及びその家族の日常生活における介助等に関する相談及び助言を行います。
- ⑦ その他利用者に対する便宜の提供

(7) 事業の実施範囲 岡山市

(8) 利用料その他の費用の額

- ① 通所介護を提供した場合の利用料の額は、厚生大臣が定める基準によるものとし、通所介護事業が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。
- ② 前項に定めるもののほか、利用者から次の費用の支払を受けるものとする。
 - (1) 食費として、1日あたり、800円（昼食代 750円 デザート代50円）
 - (2) コーヒー、紅茶、フレッシュジュース 1杯、100円。お茶菓子、50円。
 - (3) おむつ代 1枚につき、200円。パット代 1枚につき、100円。
 - (4) 写真代 1枚 30円
 - (5) ハンドマッサージ・温熱フットマシーン・スリーミー・PDP ドーム
美顔スチーム 各200円
フットマシーン・パルス 各100円
フットケアマッサージ 300円～600円・血流改善マッサージ 400円
美顔パック 1000円・酸素BOX 1回500円・メディセル 500円
 - (6) その他通所介護事業において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る費用であって、その利用者に負担させることが適当であると認められるものについては、その実費。

2. 施設利用に当たっての留意事項

- ・喫煙（指定された場所にてお願いします。）
- ・火気の取扱い
- ・設備、備品の利用
- ・所持品、備品等の持ち込み
- ・金銭、貴重品の管理
- ・宗教活動
- ・物品のやり取りの禁止

3. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器、火災報知器
- ・防災訓練 年1回以上

4. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して通所介護に参加していただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」及び利用者同士の物品金銭の授受は禁止します。

5. 苦情申立窓口（デイサービスセンター 086-262-7771 担当：管理者 藤澤）

苦情申立てに対し迅速かつ漏れなく対応するため苦情受付窓口は事業所の管理者に一本化する。管理者は受け付けた苦情については全件記し、その場で対応可能な苦情は直ちに処理し、利用者に説明し同意を得る。その場で対応できない苦情については、遅くとも翌翌日中に関係職員と苦情処理対策会議を開催し、利用者に何らかの返答を行う。すべての苦情に対し申出日から1週間以内に利用者に利用者の意を得るべく対応策を検討し、改善を図る。

6. その他苦情窓口

介護サービスについては、下記公的窓口へ直接苦情申し立てをすることもできます。

岡山県国民健康保険団体連合会	086-223-8811
岡山市保健福祉局介護保険課	086-803-1240
岡山市保健福祉局事業者指導課	086-212-1013

7. 緊急時の対応方法

- ・提携医療機関の医師が対応します。
- ・専門治療が必要な場合、他の専門医療機関を紹介します。
- ・通所介護の提供を行っているときに、利用者の心身の状態が急変した場合、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

8. 事故発生時の対応

- ・迅速な事故処理を行います。
- ・利用者の家族、市町村・備前県民局・居宅介護支援事業者等に連絡を取ります。
- ・損害賠償の責めを負う必要があるときは速やかに応じます。
- ・再発防止策を講じます。

通所介護について

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 通所介護についての概要

通所介護については、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要リハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所介護事業の提供にあたる従事者の協議によって、通所介護計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

基本料金

- ① 施設利用料(介護保険制度では、要介護設定による介護の程度および利用時間・介護保険負担割合証の負担割合によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です。)

通所介護（通常規模型通所介護費）

<単位>

[3以上4時間未満]

[5以上6時間未満]

[6以上7時間未満]

・要介護1	370	570	584
・要介護2	423	673	689
・要介護3	479	777	796
・要介護4	533	880	901
・要介護5	588	984	1008
② 通所介護入浴介助加算Ⅰ	40／日		
③ 個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	56／日		
④ 個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	76／日		
⑤ 口腔機能向上加算Ⅰ	150／回		
⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20／6カ月		
⑦ 栄養アセスメント加算	50／3カ月		
⑧ 科学的介護推進体制加算Ⅰ	40／1カ月		
⑨ サービス提供体制強化加算Ⅲ	6／日		
⑩ 介護職員等処遇改善加算Ⅳ			

当施設月合計利用単位数×6.4%の1割、2割もしくは3割

（岡山市は7級地1単位当たり10.14円の単価となります）

支払い方法

- 毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の月末までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- お支払い方法は、現金支払い・口座引き落としとなります。

以上のとおり、契約が成立したことを証するため本契約書2通を作成し、利用者及び事業者は記名押印の上、各自その1通を保有することとします。

(利用者) 私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

また、第17条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利 用 者 住 所

氏 名

印

(代理人) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住 所

氏 名

印

本人との続柄

(事業者) 私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事 業 者 住 所 岡山市南区新福二丁目9番29号

事業者(法人名) 株式会社 エムシージャパン

代表者職・氏名 代表取締役 竹竝 敏之 印

施設名 デイサービスセンター みどりー夢

所在地 〒700-0943 岡山県岡山市南区新福2丁目9-29

電話番号 086(262)7771 F A X 086(262)7780

(立会人) 私は、(※利用者との続柄)として、この契約に立ち会いました。

住 所

氏 名

印

(家族代表) 私は、第17条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家 族 代 表 住 所

氏 名

印

通所介護サービス提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明した担当者は_____⑩ です。

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（介護予防通所サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 エムシージャパン
主たる事務所の所在地	〒700-0943 岡山市南区新福二丁目9番29号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 竹竝 敏之
設 立 年 月 日	平成7年9月25日
電 話 番 号	086-261-0077

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター みどりー夢	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所サービス）	
事業所の所在地	〒700-0943 岡山市南区新福二丁目9番29号	
電 話 番 号	086-262-7771	
指定年月日・事業所番号	平成17年4月1日指定	3370106969
利 用 定 員	定員40人	
事業の実施地域	岡山市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援又は機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指したサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所サービス）は、事業者が設置する事業所に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日 ただし、年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	8時30分から17時30分まで
サービス 提供時間	9時30分から16時00分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	人数
管理者	人
生活相談員	人
看護職員	人
機能訓練指導員	人
介護職員	人
送迎員	人
管理栄養士	人
調理員	人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 藤澤 理加
----------	-----------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）第１号通所事業の利用料・・・基本部分及びその他の費用の合計額となります。

（岡山市は7級地1単位当たり10.14円の単価となります）

【基本部分：通所介護相当サービス】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）	利用者負担 （3割）
事業対象者 要支援1	18,231円 （1月につき）	1,823円	3,646円	5,469円
要支援2	36,716円 （1月につき）	3,671円	7,343円	11,015円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防通所介護の金額に相当する金額であり、介護予防通所介護の金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		基本利用料	利用者負担 （１割）	利用者負担 （２割）	利用者負担 （３割）
口腔機能向上加算 （Ⅰ）	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合	1,521円	152円	304円	456円
栄養アセスメント加算	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合	507円	50円	102円	153円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	６ヶ月に１度口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、介護支援専門院に提供した場合	202円	20円	41円	61円
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	事業対象者・要支援１	243円	24円	48円	73円
	要支援２	486円	48円	97円	146円
介護予防通所サービス処遇改善加算Ⅳ 6.4%					
科学的介護推進体制加算		405円	40円	81円	122円

（２）その他の費用

食 費	食事の提供をする場合、１日あたり８００円（昼食代７５０円 デザート代５０円）食費をいただきます。
おむつ代	おむつ代 １枚につき、２００円。パット代 １枚につき、１００円。
コーヒー紅茶	コーヒー、紅茶、フレッシュジュース１杯、１００円。お茶菓子、５０円。
その他	写真代 １枚 ３０円 フットマシーン・美顔スチーム・パルス 各１００円 ハンドマッサージ・温熱フットマシーン・スリーミー・PDPドーム 各２００円 フットマッサージケア ３００～６００円・血流改善マッサージ ４００円 美顔パック ６００円・酸素BOX １回５００円・メディセル ５００円 上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（３）支払い方法

上記（１）から（２）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、７日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌々月の１０日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 中国銀行 本店営業部 普通口座 3074638 株式会社エムシージャパン
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 中国銀行 本店営業部 普通口座 3074638 株式会社エムシージャパン
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

９．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 （家族等）	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

１０．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び岡山市へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 ０８６－２６２－７７７１ 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	岡山市介護保険課	電話番号 ０８６－８０３－１２４０
	岡山市事業者指導課	電話番号 ０８６－２１２－１０１３
	岡山県国民健康保険団体連合会	電話番号 ０８６－２２３－８８１１

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当者又は担当の地域包括支援センターへご連絡ください。

1 3. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所在地 岡山市南区新福二丁目 9 番 29 号
事業者（法人）名 株式会社エムシージャパン
代表者職・氏名 代表取締役 竹竝 敏之 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者 住 所
氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）
住 所
本人との続柄
氏 名 印

立 会 人 住 所
氏 名 印