

指定通所介護事業所（デイサービス）

介護予防通所型サービス

重要事項説明書

サービス内容説明書

社会福祉法人 平成会

ハートフル デイサービスセンター

1. 事業者の概要

| | |
|------------|----------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 平成会 |
| 主たる事務所の所在地 | 東京都千代田区二番町7番地6 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 大森 順方 |
| 電話番号 | 0575-23-7001 |

| 事業の種類 | | 県知事又は市長の指定 | |
|-------------------------------|-----------------|------------|------------|
| | | 指定更新年月日 | 指定番号 |
| デイサービスセンター | 介護予防通所型 通所事業 | 令和6年04月01日 | 2170200238 |
| | 指定通所介護 | 令和2年04月01日 | |
| 指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ハートフル | | 令和2年04月01日 | 2170200188 |
| ハートフル ショートステイ | 介護予防短期入所生活介護 | 令和6年04月01日 | 2170200188 |
| | 指定短期入所生活介護 | 令和2年04月01日 | |
| ハートフル 指定居宅介護支援事業所 | | 令和2年09月01日 | 2170200386 |
| 平成会福祉用具事業所 指定福祉用具貸与 福祉用具販売 | | 令和2年6月11日 | 2170200436 |
| グループホーム ハートフル | | 令和2年10月1日 | 2170200485 |

2. ご利用事業所

| | |
|-----------|-------------------|
| ご利用事業所の名称 | ハートフル デイサービスセンター |
| 指定番号 | 岐阜県 2170200238 |
| 所在地 | 岐阜県関市下有知 5367番地の4 |
| 電話番号 | 0575-23-7001 |

3. 事業の目的と運営の方針

【 事業の目的 】

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援助及び機能訓練・口腔ケア、栄養改善等を行うことにより、利用者の心身機能の維持・改善及び社会的孤立感の解消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。

【 運営の方針 】

本事業所において提供する通所介護及び介護予防・生活支援サービス（以下サービスという）は、介護保険法並びに関係する厚生省令、岐阜県基準条例、関市条例告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。

- 1) 利用者の心身機能の改善・環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行う。
- 2) 利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行う。
- 3) 利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う。
- 4) 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- 5) 利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について、分かりやすく説明する。
- 6) 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- 7) 常に提供したサービスの質の管理・評価を行う。
- 8) 居宅サービス計画、介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメント（以下「居宅サービス計画等」という）が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供する。
- 9) 通常サービス実施地域は関市、美濃市、富加町とする。

4. 営業時間

| | |
|----------|--------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日（祝・祭日営業） |
| 受付時間 | 月曜日～土曜日 8：30～17：30 |
| サービス提供時間 | 月曜日～土曜日 9：25～16：35 |

5. 苦情申立窓口

- 1、提供したサービスに関する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置・担当者の配置・事実関係の調査の実施・改善措置・利用者又は家族に対する説明・記録の整備・その他の措置を講じる。
- 2、施設は、提供するサービスに関して、所轄庁からの文書の提出・掲示の求め、又は質問・照会に応じ、入居者からの苦情に関する調査に協力するものとする。所轄庁等からの指導又は助言を得た場合は、それに従い、必要な改善を行い報告するものとする。
- 3、施設は、サービスに関する利用者からの苦情に関して、岐阜県国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、岐阜県国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を得た場合は、それに従い、必要な改善を行い報告するものとする。

| | |
|--------------|---|
| 事業所内 苦情窓口 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 電話 （0 5 7 5） 2 3－7 0 0 1 面接 ハートフル デイサービスセンター 生活相談員 石樽 伸也 |
| 事業所外 苦情窓口 | 関市役所高齢福祉課 （0 5 7 5） 2 3－8 9 9 3 岐阜県国民健康保険団体連合会 （0 5 8） 2 7 5－9 8 2 6 |

6. 緊急時の対応方法

サービスの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、速やかに主治医
或いは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じる。

| | | | |
|---|---------------|---|-------------------------|
| 利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。 | | | |
| 利用者の主治医 | 氏 名 | | |
| | 所属医療機関の名称 | | |
| | 所 在 地 | | |
| | 電 話 番 号 | | |
| 協力医療機関 | 医療機関の名称 | 中 濃 厚 生 病 院 | 関 中 央 病 院 |
| | 所 在 地 | 関市若草通 5 丁目 1 番地 | 関市平成通2丁目6番18号 |
| | 電 話 番 号 | 0 5 7 5 - 2 2 - 2 2 1 1 | 0 5 7 5 - 2 2 - 0 0 1 2 |
| | 診 療 科 | 内科、外科、小児科、 整形外科、脳外科、眼科 産婦人科、耳鼻科 泌尿器科、皮膚科 | 内科、外科、 整形外科 |
| | 入 院 施 設 | あり | あり |
| | 緊 急 指 定 の 有 無 | あり | あり |

7. 事故発生防止のための指針

＜事故防止の基本方針＞

ハートフルが要介護状態にある方を対象にサービス提供を実施する事業である点をふまえ、考えうる介護事故を出来る限り未然に防ぎ、また介護事故が発生した場合に、迅速な対応によりその被害を最小限に留めると共に、再発防止策を図ることを目的に以下の事項を定めます。

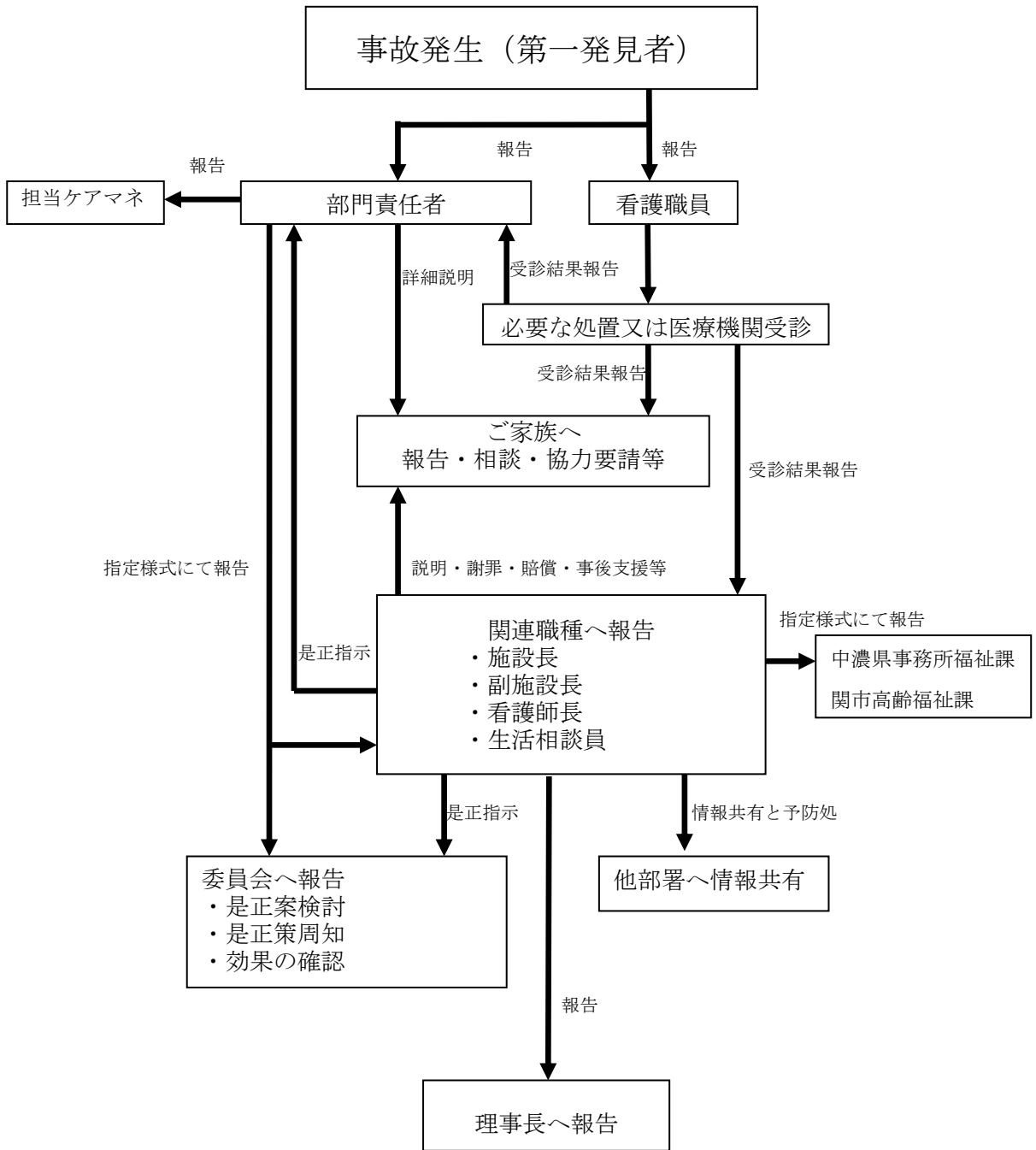
＜委員会の設置及び活動＞

1. 事故対策に関する総責任者 施設長
事故対策委員会の設置 委員長 1 名
委員 7 名（各部署より選抜）
第三者委員 1 名（法人外有識者）
2. 介護事故に関する内部研修の開催 年 2 回・必要時
3. ヒヤリハット集計・分析による事故予防策（再発防止策）の確立。
4. 事故発生時の手順書周知及び改定
5. 是正策の立案・職員周知・是正策の効果確認
6. 事業所内の環境整備

＜事故発生時の対応方針＞

利用者の心身の安全を最優先に、看護師、協力病院と連携を図り、必要な医療の手配、内部様式等による迅速な事実の把握とご家族への説明、指定様式による所轄官庁への報告を行い、情報共有を図るとともに、責任に応じた賠償及び可能な限りの必要な支援を行う。詳細は手順書参照。

事故発生後の手順



8. 高齢者虐待防止に関する指針

＜高齢者虐待に対する基本方針＞

1、高齢者の虐待は、身体的、心理的、経済的、性的、介護放棄等、そのいずれにおいても、高齢者の人権・尊厳を損ない、個別性のあるご利用者の、主体性ある生活を阻む行為であり、ハートフルにおいてはその一切の該当行為を禁じます。また身体拘束についても高齢者虐待の一種として捉えます。身体拘束は物理的な拘束だけでなく、スピーチロック、ドラッグロックも含むものとします。

2、ハートフルでは高齢者虐待の予防及び万が一虐待が発生した場合、再発防止に取り組むべく、高齢者虐待防止委員会を設けます。

高齢者虐待防止委員会 総責任者 施設長

高齢者虐待防止委員会 委員長 1名 開催年4回（3ヶ月ごと・随時）

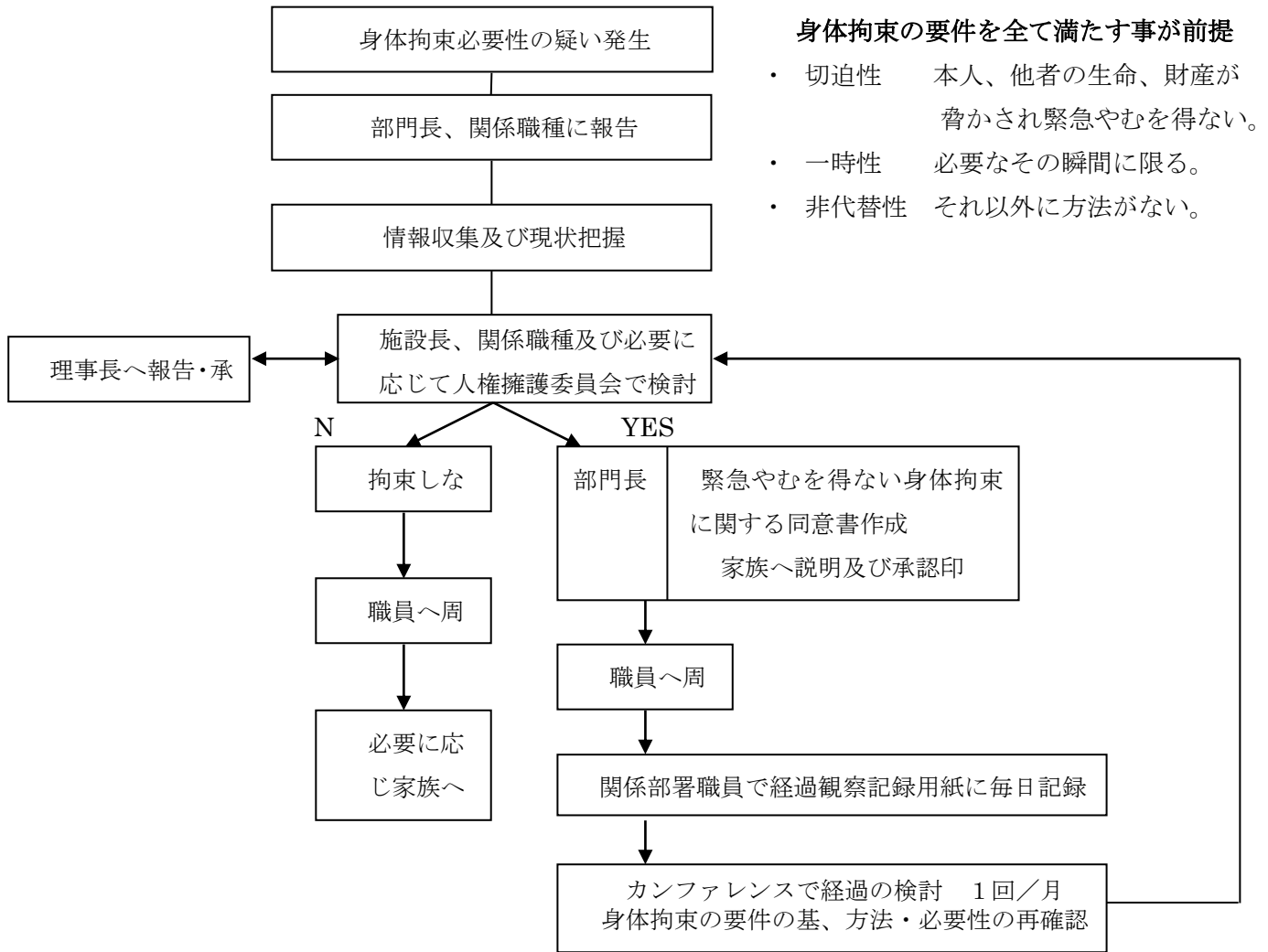
高齢者虐待防止委員会 委員 各部門代表6名、施設長、管理職、部門長

＜高齢者虐待防止の取り組み＞

- 1、ハートフルが要介護状態にある方を対象としてサービス提供する事業である点をふまえ、ご利用者の思いを最大限汲み取れるよう、日常的な受容、傾聴を基本とした対人援助技術、コミュニケーション能力の教育並びに実践力の評価を行い高齢者虐待予防に努めます。
- 2、利用者及びその家族に対しても、利用可能な権利擁護事業等の情報を提供し、必要に応じて行政機関、身元引受人等と連携の上、成年後見制度の利用支援をします。
- 3、事業の特性をふまえ、職員への認知症ケアについての内部・外部研修を受講させます。
- 4、職員のストレスチェックを定期的に行うと共に、結果に応じ必要な面談を実施します。
- 5、ご利用者に直接関わりを持つ職員は、ご利用者の身体的な観察だけでなく、表情、反応から虐待が疑われる状況にないか留意します。
- 6、高齢者虐待が疑われる情報を得た場合、直ちに上司へ報告すると共に、高齢者虐待防止委員会へ情報共有し、迅速に事実確認を行い早期発見に努めます。
- 7、高齢者虐待防止委員会は、虐待に該当する場合は迅速に管轄官庁へ通報し、再発防止に資する再教育、処分を行います。
- 8、身体拘束については、緊急やむを得ない場合に限り以下の3要件を満たす方法で実施することがあります。

＜身体拘束を行う場合の3要件＞

- ①（切迫性）入居者本人または、他の入居者、利用者の方の生命又は、身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- ②（非代替性）身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がない場合
- ③（一時性）必要最小限度の抑制を、一時的（必要な瞬間）に限る



9. 秘密保持

本事業所の従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守する。
 また従業者であった者が、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じる。

サービス内容説明書

(通所介護、介護予防通所型サービス)

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1. 提供するサービス

～ご利用日～

毎 週 月～土曜日（年末年始、12月29日～1月3日まで休業いたします。）

サービスの提供手順は、別紙契約締結からサービス提供までの流れにて確認致します。

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供致します。
- ② サービス提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明致します。分からないことがありましたら、いつでも担当職員へご質問ください。
- ③ サービス提供に用いる施設、器具等については、安全・衛生に常に注意致します。特に、利用者の身体に接する設備・器具について、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

2. 通所介護計画（個別サービス計画）

- ① 当事業所では、あなたの心身の状況や希望、環境を踏まえ機能訓練等の目標、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した通所介護計画（個別サービス計画）を作成致します。
- ② 通所介護計画（個別サービス計画）は、居宅サービス計画等が作成されている場合、それに沿って作成させていただくものとします。

貴方様の通所介護計画（個別サービス計画）は別紙の通りです。

ご不明な点がございましたら、担当者までお問合せください。

3. ハートフルデイサービスセンター利用料 **（一割負担の場合）負担割合証を参照**

下記の料金表によって、ご契約者の区分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（自己負担金）をお支払い下さい。（サービスの基本利用料金は、ご契約者の区分に応じて異なります。）

- (1) **【介護予防通所型サービス事業費】** サービス提供時間 3 時間以上
サービス基本利用料金（要支援 1、要支援 2、事業対象者）

| | 要支援 1 又は 要支援 1 相当事業対象者 | | 要支援 2 又は 要支援 2 相当事業対象者 | |
|------------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| 1. サービス利用料金 | 4,360 円/回 | 17,980 円/月 | 4,470 円/回 | 36,210 円/月 |
| 2. 内、介護保険から給付される金額 | 3,924 円/回 | 16,182 円/月 | 4,023 円/回 | 32,589 円/月 |
| 3. サービス利用に係る利用者負担額 | 436 円/回 | 1,798 円/月 | 447 円/回 | 3,621 円/月 |
| 4. 利用回数により日額・月額 計上が変わります。 | 月 4 回まで | 月 5 回以上 | 月 8 回まで | 月 9 回以上 |

～ 基本単位 ～

1 単位あたり 10 円

要支援 1 436 単位/回（月 4 回まで）

要支援 1 1,798 単位/月（月 5 回以上）

要支援 2 447 単位/回（月 8 回まで）

要支援 2 3,621 単位/月（月 9 回以上）

○ 加算要素（選択的サービス）

・口腔機能向上加算 150 単位/月

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（前年度実績介護福祉士を 70%以上配置の場合）

要支援 1 88 単位/月 要支援 2 176 単位/月

・科学的介護推進体制加算 40 単位/月

・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 総単位数×5.9%/月

・介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ） 総単位数×1.2%/月

・介護職員等ベースアップ等支援加算 総単位数×1.1%/月

R6.6.1 より 1 本化

介護職員等処遇改善加算 9.2%/月

- (2) **【通常規模型通所介護費】** 7 時間以上 8 時間未満のサービス提供の場合

サービス基本利用料金（要介護 1～5 の方が対象、利用 1 回あたり）

| | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. サービス利用料金 | 6,580 円 | 7,770 円 | 9,000 円 | 10,230 円 | 11,480 円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 5,922 円 | 6,993 円 | 8,100 円 | 9,207 円 | 10,332 円 |
| 3. サービス利用に係る利用者負担額 | 658 円 | 777 円 | 900 円 | 1,023 円 | 1,148 円 |

～ 基本単価 ～

1 単位あたり 10 円

要介護 1 658 単位/回

要介護 2 777 単位/回

要介護 3 900 単位/回

要介護 4 1,023 単位/回

要介護 5 1,148 単位/回

○ 加算要素

・入浴介助加算（Ⅰ） 40 単位/回・入浴介助加算（Ⅱ） 55 単位/回

・個別機能訓練加算（Ⅰ） 56 単位/回 左記に加え・個別機能訓練加算（Ⅱ） 20 単位/月

・口腔機能向上加算（Ⅱ） 160 単位/回（月 2 回まで）・科学的介護推進体制加算 40 単位/月

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要介護 1～5 22 単位/回（前年度実績介護福祉士 70%以上配置）

・送迎減算（施設が送迎を行わない場合） -47 単位（片道につき）

・介護職員の処遇改善加算Ⅰ 総単位数×5.9%/月

・介護職員特定処遇改善加算Ⅰ 総単位数×1.2%/月

・介護職員等ベースアップ等支援加算 総単位数×1.1%/月

R6.6.1 より 1 本化

介護職員等処遇改善加算 9.2%/月

- ☆ ご契約者が、要介護認定等、利用対象者に該当する前にサービスを利用し（以下暫定利用という）、その後自立判定となり利用対象外となった場合、すでに利用した分について要介護1相当の利用料をお支払いいただきます。
また、暫定利用後、要介護認定が確定致しましたら、認定結果に基づいた額をお支払いいただきます。
要介護1～5を想定して利用した結果、要支援1～2判定になった場合も、上記と同様に認定結果に基づいた額をお支払いいただきます。

- ☆ ご契約者に居宅サービス計画等が作成されていない場合は償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約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」を交付いたします。

- ☆ ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は、別途請求させていただきます。

- ☆ 介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約者の負担額を変更いたします。

(3) 介護保険給付外サービス

| 種 類 | 内 容 | 利 用 料 |
|---------------|--|---|
| 日用品費 | 日用品で個人が負担するのが適当な物について、実費を負担いただきます。 | ・実費 |
| 食材料費 | 管理栄養士による食材の検収により、新鮮な食材を使用したおいしい食事を提供します。 | 昼食 740 円 |
| おやつ | | 89 円 |
| オムツ代 | | 紙オムツ 190 円 紙パンツ 150 円 尿パット 50 円 |
| キャンセル料金 | 当日キャンセルの場合のみ食事代とおやつ代 | 829 円 |
| 延長利用 | | 30 分 250 円 |
| 理美容サービス | ・ 訪問理容師 2 名による理容サービス ・ 移動理美容車による理美容サービス (パーマ・カット・ブロー・毛染め・洗髪) をご利用いただけます。 | ・ 委託先理美容業者の提示する料金表のとおりご負担いただきます。 |
| 喫茶 | ・ 喫茶サービス利用料金 | 100 円 (飲み物各種) コーヒー・紅茶・昆布茶 ココア・ミルク等 |
| レクリエーションクラブ活動 | ・ ご契約者の希望により、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。 | 材料代等の実費をいただきます。 |

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として負担割合証に示される割合の負担額をお支払いいただきます。但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（一旦、利用料の全額をお支払い頂き、その後市町村から負担割合証に基づいた額の払戻しを受ける方法）する方法をご希望の場合は、担当職員へお申し出下さい。
- ② 提供を受けるサービスが、介護保険の適用を受けない部分「(3) 介護保険給付外サービス」については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ 当施設では、あなたに対し、毎月 24 日までにサービスの提供日・当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、送付いたします。
- ④ 利用料金のお支払い方法は、特段の事情がない限り、銀行引落としになります。

4. キャンセル料

通所介護サービスをキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料をいただきます。

- ・ 当日のキャンセル … 食材料費、おやつ代のみ負担していただきます。

5. 保険給付の請求のための証明書の交付

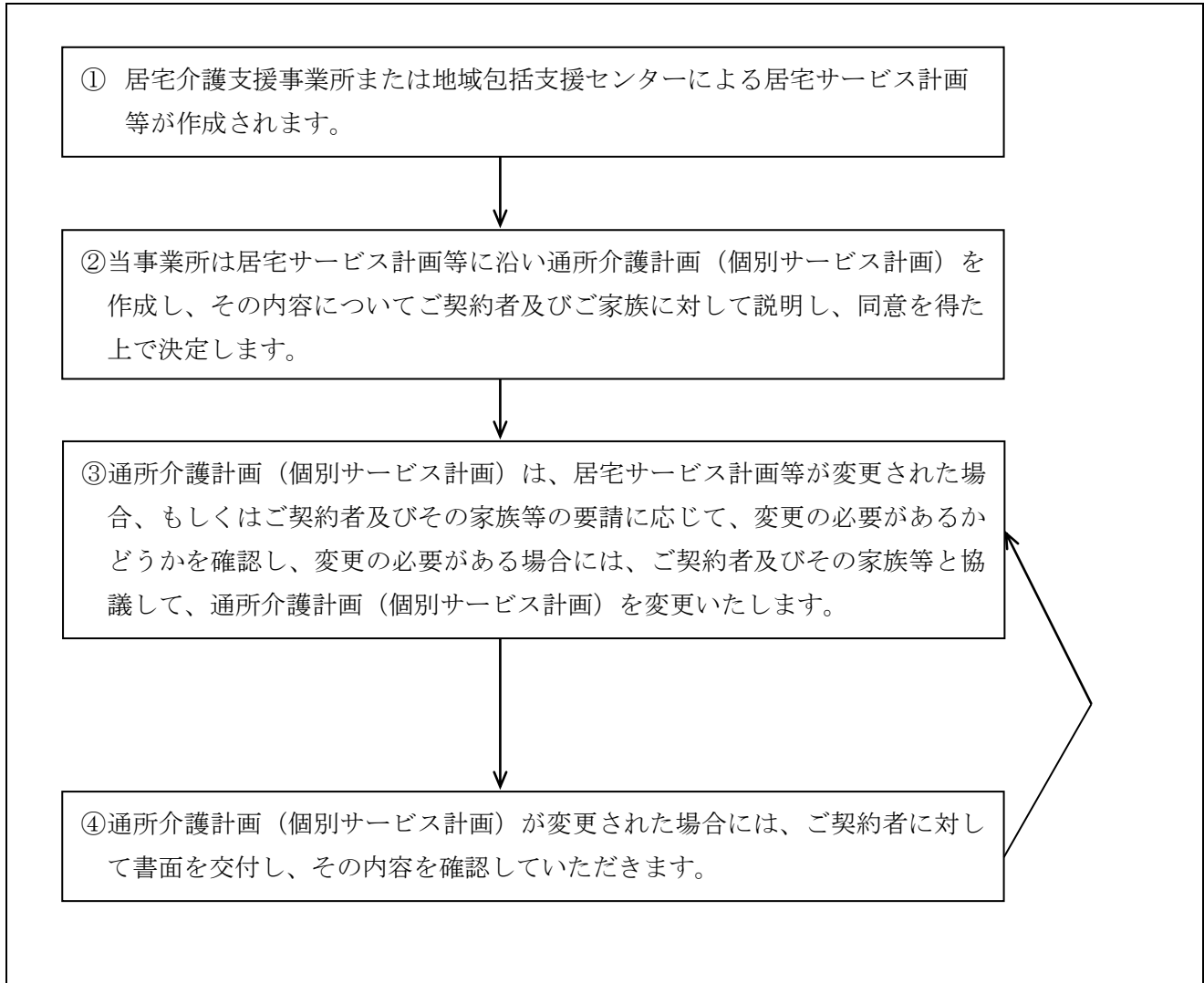
サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付いたしますので職員へお申し出下さい。

《 職員の勤務体制 》

| | 人 数 | 勤 務 時 間 |
|-----------|-----|------------------|
| 施設長 常勤 | 1 人 | 8 : 30 ~ 17 : 30 |
| 生活相談員 常勤 | 2 人 | 8 : 30 ~ 17 : 30 |
| 看護職員 常勤換算 | 1 人 | サービス提供時間内 |
| 介護職員 常勤換算 | 4 人 | 8 : 30 ~ 17 : 30 |
| 機能訓練指導員 | 1 人 | サービス提供時間内 |

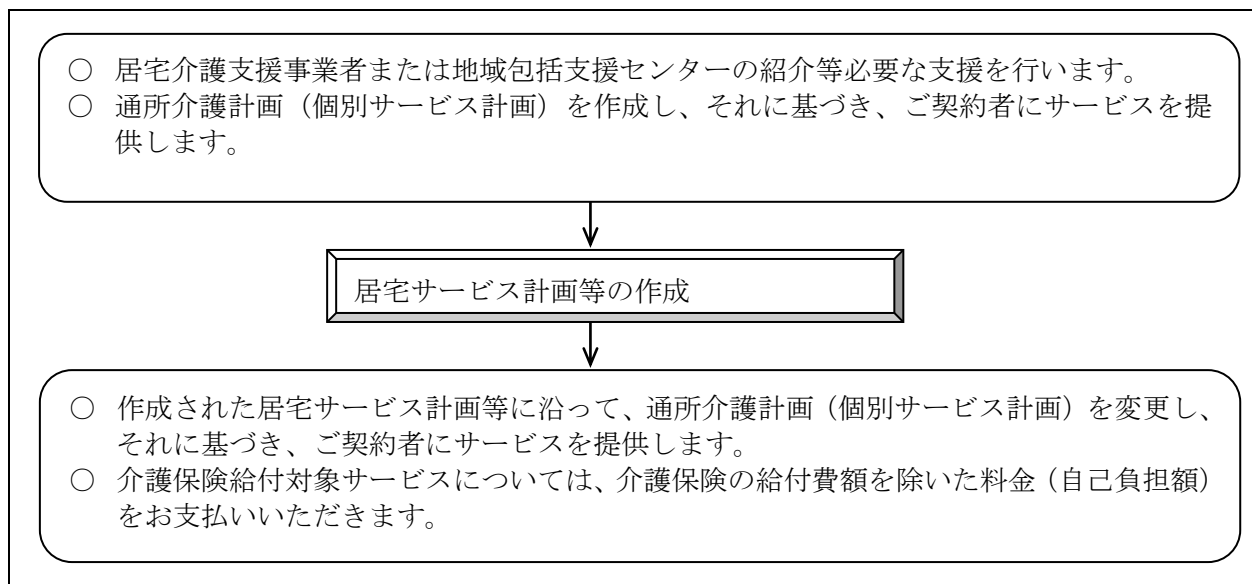
契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、居宅サービス計画等がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する通所介護計画（個別サービス計画）に定めます。契約締結からサービスまでの流れは次の通りです。

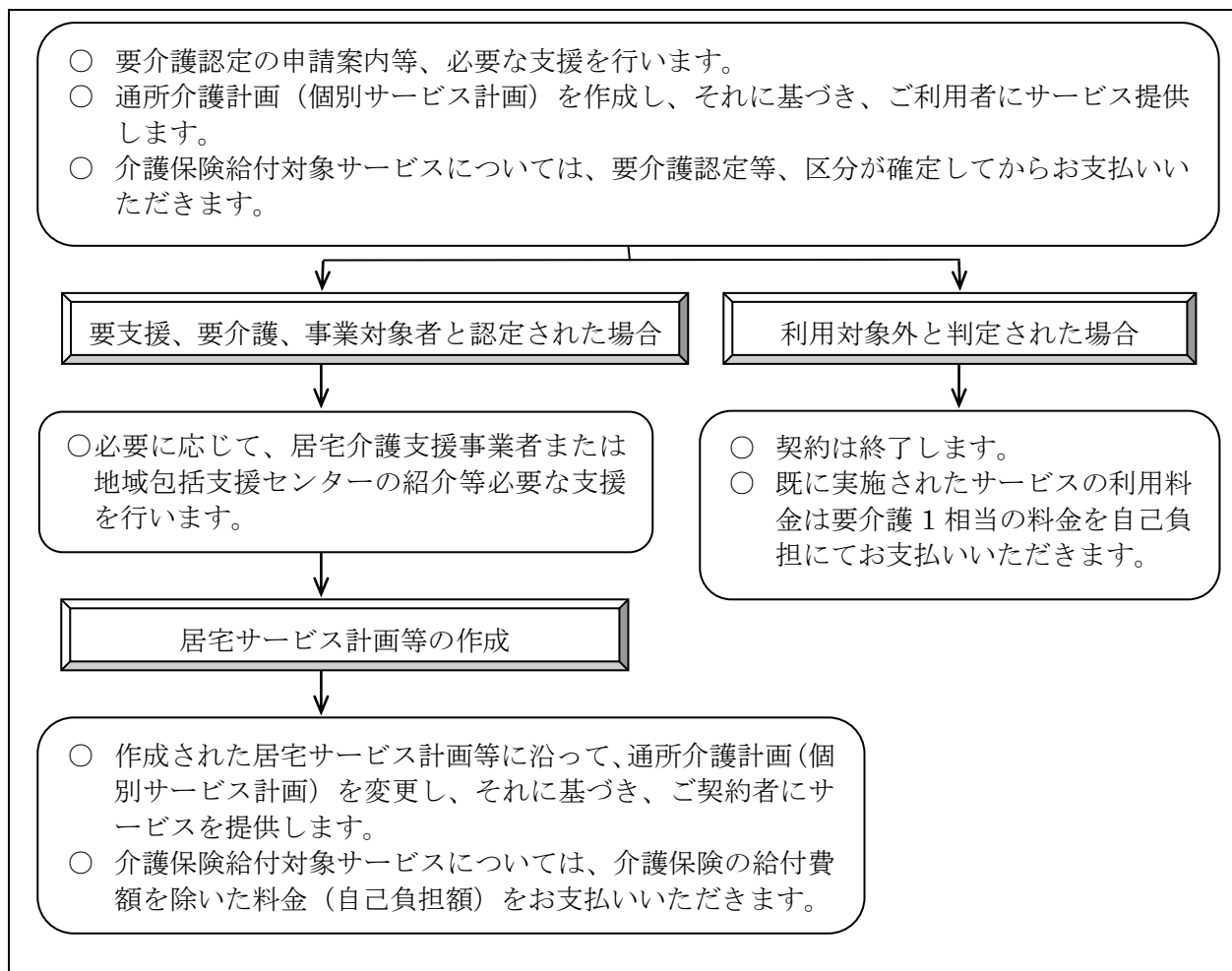


(2) ご契約者に係る居宅サービス計画等が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定または事業対象者判定を受けていない場合



私は、本書面に基づいて、当事業所の職員（職名 _____ 氏名 _____）から前記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(利用者)

住 所 _____

名 前 _____ 印

(身元引受人)

住 所 _____

名 前 _____ 印

続 柄 _____