

# 介護予防型通所サービス重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定介護予防型通所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。

## 1. 事業者

- (1) 法人名 有限会社 アシストジャパン
- (2) 法人所在地 愛媛県松山市南高井町 1817-1
- (3) 電話番号 TEL 089-970-2120 FAX 089-970-2170
- (4) 代表者氏名 高橋 誠

## 2. 事業所の概要

- (1) ・名称 アシストジャパンデイサービスセンター1号館
- ・開設年月日 平成18年6月1日
- ・所在地 愛媛県松山市久米窪田町713-1
- ・電話番号 TEL 089-970-4072 FAX 089-990-3896
- ・管理者名 小池 かおり
- ・介護保険指定番号 3870102427
- ・障害福祉サービス（共生型生活介護）

- (2) 事業所の目的 指定介護予防型通所サービスは、介護保険法等に伴い、ご契約者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、介護予防型通所サービスを提供します。

- (3) 当事業所の運営方針 1.事業所の職員は、要支援者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持回復を図るための機能訓練及び生活の質の確保を重視した住宅生活が継続できるように支援を行う事で、利用者の社会参加や心身機能の維持並びに利用者の家族心身的、精神的負担の軽減を図ることに努める。

2.事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

- (4) 利用定員 25人（通常規模）

## 3. 通常の事業の実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 松山市（旧北条市・島嶼部を除く）・東温市

## (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～日曜日（12月30日～1月3日を除く、祝祭日も営業）
営業時間	月～日 8：30～17：30
サービス提供時間	月～日 9：15～15：00

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防型通所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。

### <配置職員の職種>

管理者・・・施設の職員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、本事業の適切な執行のために必要な指揮監督を行う。介護予防型通所サービス計画書の作成を行います。

介護職員・・・ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

生活相談員・・・ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

看護職員・・・主にご契約者の健康管理や栄養上の世話をしますが、日常生活の介護、介助等も行います

機能訓練指導員・・・ご契約者の機能訓練を担当します。

## 5. 利用料金

デイサービスセンターが、介護予防型通所サービスを提供した場合に利用者から支払いを受ける利用料の額は、松山市が定める要綱によるものとし、介護予防型通所サービスが法定代理受領サービスである時、その負担割合に応じ1～3割の額とする。

### (1) 介護予防型通所サービスの自己負担金額事業対象者

#### 基本料金

		利用料金
要支援1 事業対象者	月に3回まで	436円/回
	月に3回超（4回以上）	1798円/月
要支援2 事業対象者	月に7回まで	447円/回
	月に7回超（8回以上）	3621円/月

**\* サービス提供加算 I**

(1) 次のいずれかに適合する事。

(一) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上である事。

(二) 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。

(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

1ヶ月につき 要支援1 88円・要支援2 176円 が加算されます。

**\* 科学的介護推進体制加算**

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき所定単位数を加算する。

(1) 利用者ごとに ADL 値 (ADL の評価に基づき測定した値をいう。以下同じ。)、栄養状態、口腔機能、認知症 (法第5条の2第1項に規定する認知症をいう。以下同じ。) の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

(2) 必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画 (指定介護予防サービス基準第125条第二号に規定する介護予防通所リハビリテーション計画をいう。) を見直すなど、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たって、(1) に規定する情報その他の指定介護予防通所リハビリテーションを適正かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

1ヶ月につき 40円 が加算されます。

**※ 処遇改善加算 I** 1ヵ月にご利用頂いた保険給付の金額の9.2%の金額に負担割合を掛けた金額をお支払いいただきます。(例) 「1ヵ月の介護サービス利用料20,000円(食事代含まず)の方の場合」の処遇改善加算の料金は、(20,000円と書いていますが、実際の負担額は1割負担の方の場合は2,000円です)

$20,000 \text{円} \times 9.2\% = 1,840 \text{円}$

$1,840 \text{円} \times 0.1 = 184 \text{円}$

184円が1ヵ月にかかる処遇改善加算の負担額となります。

上記計算は1割負担の方の場合であり、2割負担の方は2倍、3割り負担の方は3倍になります。

よって、この場合、今までよりも1ヵ月あたり184円の負担が増えることとなります。

## (2) 介護予防型通所サービス以外の自己負担金額

- ① おやつ代・飲み物代等 294 円  
事業者で提供する食事・おやつ及び衛生等に関する費用としてお支払いいただきます。飲み物は、コーヒー・紅茶・日本茶・麦茶等、随時提供いたします。
- ② 昼食代金 679 円  
食材費・調理に係る水光熱費・人件費を含みます。
- ③ オムツ代 利用者の身体の状況により、おむつの利用が必要な場合に、事業所で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ④ 上記に掲げるも物のほか、介護予防型通所サービスの提供に関わる便宜のうち、日常生活に必要となる物に関わる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用。 実費

☆介護予防型通所サービス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、ご契約者の負担額を変更します。

## 6. 料金のお支払い方法

- ・前月料金の合計額を、その月の 20 日までにお支払いください。
- ・お支払い頂きますと、領収書を発行いたします。
- ・お支払いは現金でお願いいたします。

## 7. 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防型通所サービスの利用を中止、変更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へ申し出てください。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、速やかにご連絡ください。
- 月のサービス利用日や回数については、ご契約者の状態の変化、介護予防型通所サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防型通所サービス計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、支援事業者と調整の上、介護予防型通所サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。
- サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約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契約者に提示して協議します。
- 今までに、感染力の強い疾病（結核、緑膿菌、MRSA など）に罹患したことのある方は、必ず申し出てください。ご利用開始に際して、状況をお聞きする場合があります。

## 8. 事故発生時の対応

- ① 通所介護サービスの提供に伴って、事故が発生した場合は、市町村、当該契約者の家族、当該利用者に係る居宅介護事業者等に報告をします。
- ② 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。
- ③ 通所介護サービスの提供に伴って、事業所の責に帰すべき事由によって、契約者が損害を被った場合、事業所は契約者に対して損害を賠償するものとします。
- ④ 当施設においては契約者が損害を被った場合に備えて、損害賠償保険に加入しています。
- ⑤ 事故が発生した場合にはその原因を解明し、再発防止に努めます。
- ⑥ 契約者の責に帰すべき事由によって、事業所が損害を被った場合、契約者及び扶養者は、連携して、損害を賠償するものとします。

## 9. 緊急時の対応について

- ①当センターの職員は現に通所介護の提供を行っている時に、利用者に病状の急変等が生じた場合は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治の医師への連絡を行い、指示を求める等の必要な措置を講じます。
- ②体調の変化等、緊急の連絡が必要となることが有る為に、契約書の御家族欄もしくは代理人欄には、連絡の可能な方の署名・捺印をお願いいたします。いずれかの記入の無い場合は、契約は出来ませんのでご了承ください。  
あわせて、別紙、緊急対応時に関するアンケートの緊急連絡先は、必ずご記入下さい。尚、緊急の状況において、上記連絡先に連絡がつかない場合は、責任を負いかねますので、ご了承ください。

## 10. 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ます。

担当：浦田 裕介 TEL 089-970-4072

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

機関名	部署	電話番号	受付日時
松山市	介護保険課	TEL 089-948-6968	
東温市	地域包括支援センター	TEL 089-955-0150	8:30～17:15
愛媛県福祉サービス運営適正化委員会		TEL 089-998-3477	

令和 年 月 日

介護予防型通所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。

アシストジャパンデイサービスセンター1号館

説明者名 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、介護予防型通所サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 印

御家族 印

署名代理人 印