

# 通所介護重要事項説明書

当事業所は利用者に対して指定通所介護（以下「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  | 089-970-2120      |
| (4) 代表取締役 | 高橋 誠              |

## 2. 事業所の概要

- |                     |  |
|---------------------|--|
| (1) 事業所の種類          | 指定通所介護事業所・平成 18 年 7 月 1 日指定<br>3870106014  |
| (2) 事業の目的           | 有限会社アシストジャパン（以下「事業者」という）が開設する「アシストジャパンデイサービスセンター 5 号館」（以下「デイサービスセンター」という。）が行う指定通所介護事業（以下「事業」という）の適切な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、デイサービスセンターの職員が、要介護状態にある利用者に対して、通所介護（以下「サービス」という。）を提供することを目的とする。  |
| (3) デイサービスセンターの名称   | アシストジャパンデイサービスセンター 5 号館  |
| (4) デイサービスセンターの所在地  | 愛媛県松山市山越 6 丁目 7-51   |
| (5) 電話番号            | 089-996-8261   |
| (6) デイサービスセンター管理者氏名 | 野間 晋太郎   |
| (7) 運営の方針           | ① デイサービスセンターの職員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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世話及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家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。<br>② 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の指定居宅サービス事業所等と綿密な連絡を図り、総合的な保健・医療・福祉サービスの提供に努めるものとする。<br>③ 利用者に理解しやすい言語・方法で懇切丁寧に機能訓練指導・生活指導をするものとする。 |
| (8) 開設年月            | 平成 18 年 7 月 1 日  |
| (9) 利用定員            | 25 人（通常規模型通所介護）  |

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 松山市（島嶼部を除く）

(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 9：15～16：30

### 4. 職員の配置状況

当デイサービスセンターでは、利用者に対して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>

① 管理者

配置数 1名（常勤、介護職員兼務）

職務内容 デイサービスセンター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。

② 生活相談員

配置数 3名（常勤、機能訓練指導員兼務1名・介護職員兼務2名）

職務内容 生活相談員は、利用者及びその家族からの心身、生活、当該サービスに関する内容等の相談に対応し、相談者の精神的負担の軽減を促すとともに、利用者により快適なサービスが提供できるよう、相談内容を必要に応じてサービスに反映し、質的な改善・向上を目指す。

③ 介護職員

配置数 7名（常勤、専従4名・管理者兼務1名・生活相談員兼務2名）

職務内容 通所介護計画に基づいたサービスを行う。

④ 看護職員

配置数 3名（常勤、機能訓練指導員兼務3名）

職務内容 利用者の身体状況等を把握し、健康状態に配慮したサービスの提供にあたる。

⑤ 機能訓練指導員

配置数 4名（常勤、生活相談員兼務1名・看護職員兼務3名）

職務内容 利用者が日常生活を営むに必要な機能の減退を防止するための訓練を実施する。

## 5. 利用料金

(1) 介護保険適用の場合の自己負担金額 (1 割負担の場合)

基本料金 (7 時間以上～8 時間未満の場合)

	1 日あたりの利用料金
要介護 1	658 円
要介護 2	777 円
要介護 3	900 円
要介護 4	1,023 円
要介護 5	1,148 円

通常規模型通所介護費で表示

- \* 通所介護計画上、入浴の提供を行うことになっていて、実際に入浴介助を行った場合には、1 日につき 40 円が加算されます。令和 6 年度より入浴研修を実施。
- \* 通所介護計画上機能訓練の提供を行うことになっている場合には、1 日につき個別機能訓練加算 (I) ロとして 76 円が加算されます。

機能訓練指導員

配置数 3 名 (常勤、生活相談員兼務 1 名・看護職員兼務 2 名)

職務内容 管理者が作成した計画書をもとに利用者が日常生活を営むに必要な機能の減退を防止するための訓練を実施する。

- \* 個別機能訓練 (II) として 1 月当たり 20 円加算されます。
- \* 科学的介護推進体制加算として 1 月当たり 40 円加算されます。
  - ① 利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出すること。
  - ② 必要に応じて計画を見直すなど、サービス提供に当たって、①に規定する情報その他サービスを適切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。
- \* サービス提供体制強化加算 I イにより、1 日につき 22 円が加算されます。
  - ① 介護職員のうち介護福祉士の割合が 70%以上。
  - ② 勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25%以上。※以上のいずれかに該当。

- \* 介護職員処遇改善加算 I

1 ヶ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。

- ① キャリアパス要件 1. 2. 3 を満たす。

1. 職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体制を整備すること。
2. 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。
3. 経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること。

- ② 職場環境等要件を満たす。

入職促進に向けた取り組み・資質の向上やキャリアアップに向けた支援・両立支援、多様な働き方の推進・腰痛を含む心身の健康管理・生産性向上のための業務改善の取り組み・やりがい、働きがいの醸成の一つでも取り組んでいること。

(例) 「1カ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)  
 $20,000円 \times 9.2\% = 1,840円$   
 $1,840円 \times 0.1 = 184円$   
184円が1カ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割負担の方は3倍にな  
ります。

☆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、利用者の負担額  
を変更します。

(2) 介護保険適用にならない自己負担金額

- ① おやつ代・飲み物代等 294円  
事業者で提供するおやつ及び飲み物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 679円  
食材料費を含みます。
- ③ 上記に掲げるもののほか、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する費用であって、利用者に負担させることが適当と認め  
られる費用。 実費

## 6. 利用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、ゆうちょ銀行か現金でお願いいたします。

## 7. 利用の中止、変更

- 利用予定日の前に、利用者の都合により、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営業前日までに事業者へ申し出てください。  
但し、利用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下さい。
- 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利用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 サービスの提供に伴って、事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当  
該利用者に係る居宅介護事業者等に報告するとともに、必要な措置を講じます。

- 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 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、利用者が損害を被った場合、事業所は利用者に対して損害を賠償するものとします。
- ④ 事業所においては利用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 利用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、利用者及び扶養者と連帯して、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 事業所の職員は現にサービス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。  
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、必ずご記入ください。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) 事業所における苦情の受付

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。

受付時間 日～土 8:30～17:30 (12月30日～1月3日を除く)

電話番号 089-996-8261

担当者氏名 乗松 徹

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

受付時間 平日 8:30～17:15

機関名

電話番号

松山市指導監査課

089-948-6968

愛媛県国民健康保険団体連合会

089-968-8700

愛媛県福祉サービス運営適正化委員会

平日 9:00～12:00

13:00～16:30

089-998-3477

令和 年 月 日

指定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。

事業者 有限会社アシストジャパン

アシストジャパンデイサービスセンター5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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 印

署名代理人 印

(続柄)