

# ミニデイサービス 瑠璃ちゃん家

## 指定地域密着型通所介護事業所重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(鹿屋市指定 第4670301367号)

当事業所はご契約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とおり説明します。

### 目 次

1. 経営法人について	1
2. ご利用事業所について	1
3. 当事業所が提供するサービス	2
4. 利用料金について	3
5. キャンセル料金について	3
6. 相談・苦情の受付について	4
7. 秘密保持について	4
8. 個人情報の保護について	5
9. 身体拘束その他の行動制限について	5
10. 事故発生時の対応について	5
11. 非常災害対策について	5
12. その他の事項について	6
13. 協力医療機関について	6
14. 運営推進会議の設置について	6
15. 別表 利用料金について	7
16. 加算サービスについてのご案内	10

当事業所は、ご契約者に対して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及び契約上のご注意いただきたい事項を次の通り説明します。

## 1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵仁会
- (2) 法人所在地 鹿児島県鹿屋市下祓川町1800番地
- (3) 電話番号 0994-43-2546
- (4) 代表者氏名 理事長 池田 志保子
- (5) 設立年月日 昭和44年1月14日

## 2. 利用事業所

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所  
平成20年11月1日指定 鹿屋市 第4670301367号

- (2) 目的と基本方針

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機能の維持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ことを目的とします。

- (3) 事業所の名称 指定地域密着型通所介護事業所 ミニデイサービス瑠璃ちゃん家
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿屋市笠之原町45番52-1号
- (5) 電話番号 0994-44-1645
- (6) FAX番号 0994-44-1645
- (7) 管理者氏名 上 園 健 二
- (8) 開設年月日 平成20年11月 1日

- (9) 職員配置

職 種	基 準 数
管 理 者	1人
生 活 相 談 員	1人以上
介 護 職 員	1. 6人以上
機 能 訓 練 指 導 員	1人以上
看 護 職 員	1人以上

(10) 営業時間

営業日	日曜を除く毎日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時40分 ただし、必要に応じて上記サービス提供時間以外でも相談等に応じます。
事業の実施地域	主に鹿屋市

(11) 施設概要

利用定員	1日あたり18名
建物の構造	木造ストレート葺き平家建
建物の延べ床面積	73.51㎡

### 3. 提供するサービスの内容

(1) 送迎

- ・ご自宅ならびに待ち合わせ場所までの送迎を行います。
- ・当日の道路事情等により送迎時間に差異が生じる場合がございます。

(2) 健康チェック・ティータイム

(3) 入浴

- ・入浴または清拭を行います。

(4) 食事

- ・当事業所では、食事形態・栄養状態や利用者の嗜好を考慮した食事を提供いたします。また、摂取困難者には介護職員により食事摂取のお手伝いをさせていただきます。

(5) 休憩・静養・趣味活動

(6) 個別機能訓練

- ・心身の機能回復を目的とした訓練の実施を行います。

(7) ティータイム

(8) 排泄

- ・利用者の排泄の介助をお手伝いさせていただきます。

(9) 生活相談

- ・利用者からの相談をはじめ、家族からの相談をお受けいたします。

(10) 健康状態の確認

- ・ご利用時、職員により血圧・体温測定を行い異常の早期発見に努めると共に、健康に関するご相談もお受けします。

#### 4. 利用料金

(1) 別紙利用料金表によって、利用者の要介護度に応じサービス利用料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いください。

サービスの利用料金は要介護度に応じて異なります(別表参照)

☆ 利用者が要介護認定を受けていない場合にサービスを利用されたときは、サービス利用料金の全額をお支払い頂き、要介護認定を受けた後に自己負担金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、「居宅サービス計画書」が作成されていない場合にも「償還払い」となり、当事業所より「サービス提供証明書」を交付した後、自己負担額を除く金額が介護保険より支払われます。

☆ 利用者の介護度に変更が生じた場合は、利用料金も変更されます。

☆ 万が一、契約者からの支払いの滞納が発生した場合には、家族(扶養義務者)へ連絡させていただきます、利用料金のお支払いをお願いする場合がありますので、ご了承下さい。また、3ヶ月以上支払いが無い場合には、契約解除となる場合があります。

(2) その他の料金・・・別表参照

① 食事の提供に要する費用

ただし、生活保護受給者及び「給食利用要望書」の提出のあった利用者は、別表に定める額をお支払いいただきます。

② その他おむつ代・手芸材料代等、必要に応じて実費相当額をお支払い頂く場合があります。

③ 通常のサービス提供地域以外への送迎

片道送迎距離が15kmを超える場合は、ご利用1回につき別表に定める額をお支払いいただきます。

(契約時にご相談させていただきます。)

④ 利用者の希望により、利用時間とされる時間を越えてサービスを提供する場合は、別表に定める額をお支払いいただきます。

(契約時に説明させていただきます。)

#### 5. キャンセル料金

☆ 利用者の都合によりサービス利用を中止する場合には、下記のキャンセル料金が必要となります。

☆ 申し出なく休まれた場合には、介護保険適用外となりますので、食事代が必要となります。

☆ ただし、利用者の急な状態悪化等(病状・気分不良)の場合や正当な理由がある場合においては、キャンセル料金は頂きません。

① 利用日前日に申し出があった場合	無 料
② 利用日当日8時30分までに申し出のあった場合	無 料
③ 利用日当日8時30分を過ぎて申し出のあった場合	食 事 代
③ 申し出なく休まれた場合	食 事 代

## 6. 相談・苦情の受付について

### (1) 事業所内受付機関

- 相談・苦情解決責任者 (法人統括本部長) 林田貴久
  - 相談・苦情受付窓口担当者(管理者) 上園 健二
- 受付時間 8:30 ~ 17:30 (緊急時除く)
- 電話番号 0994-44-1645

(2) 相談・苦情受付ボックスとして当事業所玄関に、ご意見箱を設置しております。

(3) 当事業所の定める第三者委員に、相談又は苦情を直接申し出ることができます。

※なお、対応した内容については申し出られた方にお知らせいたします。

無記名の場合には、掲示にてお知らせいたします。

### (4) 行政機関その他の苦情受付機関

鹿屋市役所 保健福祉部高齢福祉課地域支援係	所在地 鹿屋市共栄町20番1号 受付時間 8:30 ~ 17:00 電話番号 0994-43-2111 F A X 0994-41-0701
鹿児島県国民健康保険 団体連合会	所在地 鹿児島県鴨池新町7番4号 受付時間 8:30 ~ 17:00 電話番号 099-206-1084 F A X 099-206-1069
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 鹿児島県鴨池新町1-7 県社会福祉センター内 受付時間 8:30 ~ 16:00 電話番号 099-257-3855 F A X 099-251-6779

### (5) 第三者委員の設置

当事業所では、皆様からの相談・苦情に対し公正に対処するために中立的な立場の第三者委員を設置しております。

#### 【第三者委員】

- ・宇都宮 快昭 (〒893-1207 肝属郡肝付町新富 191 番地 ℡0994-65-2794)
- ・池畑 春生 (〒893-0026 鹿屋市祓川町 4561-2 ℡0994-43-0315)

## 7. 秘密保持

(1) 本事業所の職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守します。

(2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

(3) サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を、あらかじめ文書により得る事とします。

## 8. 個人情報の保護

- (1) 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。
- (2) 個人情報の取扱いに関する利用者様からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとします。

## 9. 身体拘束その他の行動制限

- (1) 地域密着型通所介護サービスの提供にあたり、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しないものとします。
- (2) 利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限する場合は、利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。  
又この場合は、事前又は事後速やかに、利用者の家族等に対し、利用者にする行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。
- (3) 隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、記録に次の事項を記載するものとします。
  - ア 利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
  - イ 前項に基づく利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
  - ウ 前項に基づく利用者の家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

## 10. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する地域密着型通所介護サービスの提供により万一事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該利用者の家族・当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置については、記録を整備します。
- (3) 利用者に対する地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 11. 非常災害対策について

地域密着型通所介護サービスの提供中に、火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年2回以上の訓練を実施します。天災その他の災害が発生した場合には、職員は利用者様の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を執ります。

## 12. その他の事項

- (1) 風邪、病気等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康状態の確認等で、体調が悪い場合には、サービス内容の変更またはサービスの中止をすることがあります。この場合には、実施していないサービス加算料金は返金いたします。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービスを中止することがあります。その場合には、ご家族へ連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師・歯科医師・当事業所の協力医療機関に連絡を取る等の必要な措置を講じます。緊急時の場合には、基本にご家族の付き添いにより受診をして頂きます。
- (4) 歩行の状態により、ケアプランに沿って移動時の付き添いや介助を行いますが、常時の付き添いは難しい為、転倒のリスクは考えられますので、ご了承下さい。
- (5) 入院や自宅療養、施設等への入所などにより、1ヶ月以上にわたってサービスの利用がない場合には、契約の取り消しとなります。
- (6) 記録物を交付するためには、個人情報に関する開示請求書の提出をして頂きます。尚、複写に関しては実費負担して頂きます。

## 13. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力を頂いております。

☆医療法人 青仁会 池田病院 (内科・整形外科・歯科等)

鹿屋市下祓川町 1830 番地 Tel0994-43-3434

## 14. 運営推進会議の設置について

当事業所では、地域密着型通所介護サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記の通り運営推進会議を設置しています。

〈運営推進会議〉

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表、事業所が所在する市町村の職員又は地域包括支援センター職員、近隣の介護保険サービス事業所職員等

開催：おおむね6月に1回以上

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。記録は事務所において閲覧できます。

【 別 表 】

《指定地域密着型通所介護事業所・介護保険1割負担》

① 利用料金（1日あたり：基本料金）

介護度	3-4時間未満	4-5時間未満	5-6時間未満	6-7時間未満	7-8時間未満	8-9時間未満
要介護1	407円	426円	641円	662円	735円	764円
要介護2	466円	488円	757円	782円	868円	903円
要介護3	527円	552円	874円	903円	1006円	1046円
要介護4	586円	614円	990円	1023円	1144円	1190円
要介護5	647円	678円	1107円	1144円	1281円	1332円

※送迎を行わない場合は片道につき47円利用料金から差し引きをさせていただきます。

※時間延長サービス利用料金（1日あたり：介護保険1割負担分）

9時間以上10時間未満の場合（1時間延長）	50円
10時間以上11時間未満の場合（2時間延長）	100円
11時間以上12時間未満の場合（3時間延長）	150円
12時間以上13時間未満の場合（4時間延長）	200円
13時間以上14時間未満の場合（5時間延長）	250円

② 加算料金（介護保険1割負担分）

各種加算	基本料金
入浴介助加算	50円（1回につき）
個別機能訓練加算Ⅱ	56円（1日につき）
ADL維持等加算Ⅰ	3円（1月につき）
ADL維持等加算Ⅱ	6円（1月につき）
認知症加算	60円（1日につき）
若年性認知症利用者受入加算	60円（1日につき）
栄養改善加算	150円（1回あたり：1月に2回まで）
栄養スクリーニング加算	5円（1回あたり：6月に1回まで）

③ サービス提供体制強化加算（1日あたり：介護保険1割負担分）

基準内容	料金
(I) イ 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である	18円

④ 介護職員処遇改善加算

通所介護	介護職員処遇改善加算	5.9%
------	------------	------

⑤ その他の料金

(1) 食事の提供に関する費用（一食あたり）

- ア、食事の提供に要する費用（おやつ代を含む）・・・・・・・・・・500円
- イ、生活保護受給者（食事・おやつ代を含む）・・・・・・・・・・300円



- ウ、給食利用要望書提出者（弁当・食品等持込の場合のおやつ代）・・・100円  
 (2) 通常のサービス提供地域以外への送迎  
 ア、15km以上利用1回につき・・・・・・・・・・・・・・・・・・500円

《指定地域密着型通所介護事業所・介護保険2割負担》

① 利用料金（1日あたり：基本料金）

介護度	3-4時間未満	4-5時間未満	5-6時間未満	6-7時間未満	7-8時間未満	8-9時間未満
要介護1	814円	852円	1282円	1324円	1470円	1528円
要介護2	932円	976円	1514円	1564円	1736円	1806円
要介護3	1054円	1104円	1748円	1806円	2012円	2092円
要介護4	1172円	1228円	1980円	2046円	2288円	2380円
要介護5	1294円	1356円	2214円	2288円	2562円	2664円

※送迎を行わない場合は片道につき94円利用料金から差し引きをさせていただきます。

※時間延長サービス利用料金（1日あたり：介護保険2割負担分）

9時間以上10時間未満の場合（1時間延長）	100円
10時間以上11時間未満の場合（2時間延長）	200円
11時間以上12時間未満の場合（3時間延長）	300円
12時間以上13時間未満の場合（4時間延長）	400円
13時間以上14時間未満の場合（5時間延長）	500円

② 加算料金（介護保険2割負担分）

各種加算	基本料金
入浴介助加算	100円（1回につき）
個別機能訓練加算Ⅱ	112円（1日につき）
ADL維持等加算Ⅰ	6円（1月につき）
ADL維持等加算Ⅱ	12円（1月につき）
認知症加算	120円（1日につき）
若年性認知症利用者受入加算	120円（1日につき）
栄養改善加算	300円（1回あたり：1月に2回まで）
栄養スクリーニング加算	10円（1回あたり：6月に1回まで）

③ サービス提供体制強化加算（1日あたり：介護保険2割負担分）

基準内容	料金
(I) イ 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である	36円

④ 介護職員処遇改善加算

通所介護	介護職員処遇改善加算	5.9%
------	------------	------

⑤ その他の料金

(1) 食事の提供に関する費用（一食あたり）

- ア、食事の提供に要する費用（おやつ代を含む）・・・・・・・・・・ 500円
- イ、生活保護受給者（食事・おやつ代を含む）・・・・・・・・・・ 300円
- ウ、給食利用要望書提出者（弁当・食品等持込の場合のおやつ代）・・・ 100円

(2) 通常のサービス提供地域以外への送迎

- ア、15km以上利用1回につき・・・・・・・・・・ 500円

《指定地域密着型通所介護事業所・介護保険3割負担》

① 利用料金（1日あたり：基本料金）

介護度	3-4時間未満	4-5時間未満	5-6時間未満	6-7時間未満	7-8時間未満	8-9時間未満
要介護1	1221円	1278円	1923円	1986円	2205円	2292円
要介護2	1398円	1464円	2271円	2346円	2604円	2709円
要介護3	1581円	1656円	2622円	2709円	3018円	3138円
要介護4	1758円	1842円	2970円	3069円	3432円	3570円
要介護5	1941円	2034円	3321円	3432円	3843円	3996円

※送迎を行わない場合は片道につき141円利用料金から差し引きをさせていただきます。

※時間延長サービス利用料金（1日あたり：介護保険3割負担分）

9時間以上10時間未満の場合（1時間延長）	150円
10時間以上11時間未満の場合（2時間延長）	300円
11時間以上12時間未満の場合（3時間延長）	450円
12時間以上13時間未満の場合（4時間延長）	600円
13時間以上14時間未満の場合（5時間延長）	750円

② 加算料金（介護保険3割負担分）

各種加算	基本料金
入浴介助加算	150円（1回につき）
個別機能訓練加算Ⅱ	168円（1日につき）
ADL維持等加算Ⅰ	9円（1月につき）
ADL維持等加算Ⅱ	18円（1月につき）
認知症加算	180円（1日につき）
若年性認知症利用者受入加算	180円（1日につき）
栄養改善加算	450円（1回あたり：1月に2回まで）
栄養スクリーニング加算	15円（1回あたり：6月に1回まで）

③ サービス提供体制強化加算（1日あたり：介護保険3割負担分）

基準内容	料金
(I) イ 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である	54円

④ 介護職員処遇改善加算

通所介護	介護職員処遇改善加算	5.9%
------	------------	------

⑤ その他の料金

(1) 食事の提供に関する費用（一食あたり）

ア、食事の提供に要する費用（おやつ代を含む）・・・・・・・・・・500円

イ、生活保護受給者（食事・おやつ代を含む）・・・・・・・・・・300円

ウ、給食利用要望書提出者（弁当・食品等持込の場合のおやつ代）・・・100円

(2) 通常のサービス提供地域以外への送迎

ア、15km以上利用1回につき・・・・・・・・・・500円

◆ 加算サービスについてのご案内 ◆

【指定地域密着型通所介護事業】

《入浴介助加算》

利用者の特性やニーズに応じた入浴介助サービスの提供を行います。

《個別機能訓練加算Ⅱ》

提供時間帯を通じて、機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置して、心身の状況に応じた個別的な機能訓練を機能訓練指導員が行います。

《介護職員処遇改善加算》

介護報酬改定による処遇改善に加えて、介護職員と他業種との賃金格差をさらに縮め、介護が確固とした雇用の場として成長していくための加算になります。

（介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして、平成33年3月31日までの間、介護職員処遇改善加算を創設する。）

《時間延長サービス利用料金》

9時間を超える時間延長サービスについては、延長料金が発生します。

《ADL維持等加算Ⅰ・Ⅱ》

自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した方のうち、日常生活動作の維持又は改善の度合いが一定水準を超えた場合に算定いたします。

《認知症加算》

当該事業所の利用者の総数のうち認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が20%以上である場合、認知症の症状の進行緩和に資するケアを計画的に実施することにより算定いたします。

#### 《若年性認知症利用者受入加算》

若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定いたします。

#### 《栄養改善加算・栄養スクリーニング加算》

栄養改善加算は、栄養スクリーニングにより低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められ、管理栄養士による利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮し、栄養ケア計画を作成・ケアを実施した場合 1 月に 2 回を限度とし算定致します。

栄養スクリーニング加算は、管理栄養士以外の職員が利用者の栄養スクリーニングを行い介護支援専門員に栄養状態に係る情報提供を文章で共有した場合 6 月に 1 回を限度とし算定いたします。

( 附 則 )

この重要事項説明書は、平成 30 年 6 月 1 日より施行する。

同意・交付年月日

平成 年 月 日

地域密着型通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

法人名 社会福祉法人 恵仁会  
代表者名 理事長 池田志保子

指定地域密着型通所介護事業所名 ミニデイサービス 瑠璃ちゃん家

説明者 職種・氏名 管理者 上園健二 (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、地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

契約者 住所 \_\_\_\_\_  
(利用者)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

家族等 住所 \_\_\_\_\_  
(扶養義務者)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

