# デイサービスセンター　ルーエハイム椿

## 地域密着型通所介護事業所　重要事項説明書

１、施設経営法人

法　　人　　名　社会福祉法人　博愛会
法 人 所 在 地　三重県鈴鹿市平田一丁目３番１５号
電　話　番　号　059-378-2635
ファックス番号　059-378-2636
代 表 者 氏 名　理事長　田 中　彩 子
設 立 年 月 日　平成９年６月３日

２、ご利用事業所

事 業 所 の 種 類　指定地域密着型通所介護事業所　平成元年 12 月 1 日指定
三重県指定　2490300270 号
事 業 所 の 目 的　指定地域密着型通所介護事業所は生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員が要介護認定者に対して日帰りにて、入浴、食事の提供等の日常生活上の支援や機能訓練等を行うことを目的としている。
事 業 所 の 名 称　デイサービスセンター　ルーエハイム椿
事業所の所在地　三重県鈴鹿市山本町字中辻７４８番１０
電　話　番　号　059-371-3211
ファックス番号　059-371-3213
施 設 長 氏 名　米倉　恵里

事業所の運営方針

(1)　地域密着型通所介護事業所は、要介護状態になった場合においても、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た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及び機能訓練等を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の心身及び精神的負担の軽減を図るものとする。
(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。

開設日年月日　　平成 11 年 8 月 1 日
通 所 定 員　　18 名

３、通所事業の実施地域　　鈴鹿市・亀山市

４、デイルームの概要

| 室　名 | 面　積 | 備　考 |
|---|---|---|
| デイルーム | 195.16 ㎡ | 畳部分も含みます |
| 一般浴室 | 40.88 ㎡ | |
| 機械浴室 | 18.78 ㎡ | |
| 脱衣所 | 21.71 ㎡ | |
| 便　所 | 21.84 ㎡ | |

５、職員の配置状況（令和６年４月１日現在）

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護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。

＜主な職員の配置状況＞　＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職　種 | 常勤換算 | 指定基準 |
|---|---|---|
| 施設長 | １名 | １名 |
| 生活相談員 | 1.2 名 | １名 |
| 介護職員 | ４名 | ２名 |
| 看護職員 | 1.6 名 | １名 |
| 機能訓練指導員 | | |

６、営業日及び営業時間

| | | 営　業　時　間 |
|---|---|---|
| 営　業　日 | 下記の休業日を除く毎日 | 午前８時 30 分～午後５時 30 分 |
| 休　業　日 | 日曜日、１月１日～３日 | |

7、当事業所が提供するサービスと利用料金

＜サービス概要＞

（1）介護保険給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスは、介護保険負担割合証に基づく利用者負担の割合を差し引いた額が介護保険から給付されます。

① 入浴

・入浴に介助を要するご利用者にもご利用いただけるよう援助を行います。

一般浴（一般浴槽） デイサービス営業日実施

② 排泄

・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 個別機能訓練

・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、その自立の支援と日常生活を送るために必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 健康管理

・看護職員が、健康管理を行います。

⑤ 送迎

・ご自宅から当事業所まで、自動車にて送迎いたします。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金をご負担いただきます。

① 食事

・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 昼食： 午後12時～

【利用料金】デイサービスご利用1回につき６２８円

② 複写物の交付

・ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費(1枚10円)。

③ その他

・各種クラブ活動を希望され、ご参加いただいた場合はその活動材料費(実費)。

＜サービス利用料金（１回あたり）＞

下記の料金によって、ご利用者の要介護度等に応じた介護保険給付額を除いた金額（介護保険負担割合証による利用者負担割合の自己負担額）と食費等に係る負担額の合計額をお支払ください。

・基本提供時間：７時間以上８時間未満

※体調不良等で時間の短縮利用となった場合は、その提供時間の介護費を算定させていただきます。

【地域単価区分：１単位=10.27 円】

（単位／１日）

| 通所介護費 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
|---|---|---|---|---|---|
| ３時間以上４時間未満 | 416 | 478 | 540 | 600 | 663 |
| ４時間以上５時間未満 | 436 | 501 | 566 | 629 | 695 |
| ５時間以上６時間未満 | 657 | 776 | 896 | 1013 | 1134 |
| ６時間以上７時間未満 | 678 | 801 | 925 | 1049 | 1172 |
| ７時間以上８時間未満 | 753 | 890 | 1032 | 1172 | 1312 |

(各種加算について)

・個別機能訓練加算(Ⅰ)イ・・・・・・・・・５６単位／日

機能訓練指導員等がご利用者の居宅を訪問して個別の機能訓練計画を作成した上で、専従として配置された機能訓練指導員が身体機能及び生活機能の向上を目的として５人程度以下の小集団又は個別で機能訓練を実施した場合に加算します。

・個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ・・・・・・・・・７６単位／日

個別機能訓練加算(Ⅰ)イの要件に加え、サービス提供時間帯通じて専従の機能訓練指導員を配置している場合に加算します。

※個別機能訓練加算(Ⅰ)イ・(Ⅰ)ロはいずれかの算定になります。

・入浴介助加算(Ⅰ)・・・・・・・・・・・・・・・・４０単位/日

入浴中のご利用者の観察を含む介助を行う場合に加算します。

・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・・・２２単位/日
当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７０％以上、または勤続１０年以上の介護福祉士が２５％以上の場合に加算します。

・サービス提供体制強化加算(Ⅱ)・・・１８単位/日
当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５０％以上の場合に加算します。

・サービス提供体制強化加算(Ⅲ)・・・６単位/日
当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４０％以上、または勤続７年以上の介護福祉士が３０％以上の場合に加算します。
※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)はいずれかの算定のみです。

・中重度者ケア体制加算・・・・・・・・４５単位/日
中・重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、サービス提供を行った場合に加算します。

・認知症加算・・・・・・・・・・・・・・・６０単位/日
日常生活に支障を来すおそれのある症状または、行動が認められる認知症の利用者に対してサービス提供を行った場合に加算します。

・若年性認知症利用者受入加算・・・・・・６０単位/日
若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合に加算します。

・口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)・・・・２０単位/６か月
利用開始および利用中６か月ごとに口腔の健康状態と栄養状態について確認を行い、担当の介護支援専門員へ健康状態と栄養状態の情報を提供した際に加算します。

・ADL 維持等加算(Ⅰ) ・・・・・・・・・・・・・３０単位/月

・科学的介護推進体制加算・・・・・・・・・・４０単位/月

・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)・・・国の基準に準じます。(加算率 9.2%)

(減算について)

ご自宅と当事業所との間の送迎を当事業所が行わない場合には、片道につき、４７単位を所定単位数から減算します。

＜利用料金のお支払い方法＞（契約書第６条参照）

料金は１ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、以下の方法でお支払いください。

● 下記の金融機関口座から自動引き落としをいたします。

（ア）百五銀行　　毎月 15 日

（イ）百五銀行以外の金融機関　　毎月 27 日

８、地域密着型通所介護サービスの利用日の中止・変更・追加

（１）ご利用者は利用期日前において、地域密着型通所介護サービスの利用を中止又は変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、利用者はサービス実施日の前日までに当事業所に申し出ていただきます。

（２）ご利用者からの上記申し出に対して、事業所が満員で、ご利用者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を利用者に提示して協議する場合もあります。

９、事業所との契約が終了になる場合

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めておりません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご利用者の使用はできなくなります。

（１）事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

（２）事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合

（３）当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

（４）ご利用者からの契約解除の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当事業所との契約解除を申し出ることができます。その場合には、契約解除を希望する 15 日前（※最大７日）までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
② ご利用者が入院された場合
③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（5）事業者からの申し出により契約解除していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当事業所からの契約解除をしていただくことがあります。

① ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知などを行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
② ご利用者による、サービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

１０、利用中の体調不良や急変時の対応について

（1）通所介護利用中に発熱等の体調不良がみられた場合は、必要な処置を行い、ご家族の方へ連絡いたしますので、お迎えをお願いいたします。
（2）通所介護利用中の容体急変等の緊急時においては、救急車を要請するとともに、ご家族の方へ連絡いたします。

１１、事故発生時の対応について

（1） 通所介護利用中に事故が発生した場合は、応急処置など必要な処置を行ない、かかりつけ医への連絡及びご家族の方へ連絡いたします。
（2） 通所サービス提供時において、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償いたします。
（3） その他、送迎途中の交通事故及び様態急変等の緊急時においては、救急車の連絡をするとともに、利用者の安全の確保を行ない、ご家族へ連絡をいたします。

１２、要望及び苦情の受付について

当事業所における苦情やご相談などは担当者にお寄せいただければできる限り速やかに対応いたします。またお電話等では、ご相談できないような事がありましたら事業所窓口に備えつけられた「ご意見箱」をご利用ください。

また、当事業所では、ご契約者様の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置いたしております。

苦情解決責任者：施　設　長

苦情受付担当者：利　用　に関すること：副主任・生活相談員
サービスに関すること：副主任・生活相談員
利用料金に関すること：副主任・生活相談員

受付窓口電話番号：ルーエハイム椿　059-371-3211

その他、第三者機関による苦情受付先もあります。

○ 各市町の介護保険担当窓口
・鈴鹿市、亀山市
鈴鹿亀山地区広域連合介護保険課指導グループ　059-369-3205

○ 三重県国民健康保険団体連合会　059-222-4165

○ 三重県医療保健部長寿介護課　居宅サービス班　059-224-2262

デイサービスセンター　ルーエハイム椿

# 重要事項説明書及び同意書・個人情報使用同意書

| | |
|---|---|
| □　重要事項説明同意書 | 私は、契約書及び本書面により、事業所から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受け施設利用、介護サービスの開始に同意しました。<br>説明者　　氏名　　印 |
| □　個人情報使用同意書 | 私（契約者及びその家族）の個人情報については、居宅及び通所計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施される事業所内におけるサービス会議、他の事業所との私の利用するサービスに係る連絡調整において必要な場合、緊急時における病院等への情報提供等、必要最小限の範囲において個人情報を使用することに同意します。 |
| 使用許可・不許可・期間<br>□　許可　　□　不許可<br>□　本人及び家族の了承する間、許可 | 写真及び氏名が外部発信（パンフレット、広報誌、ホームページ）等に使用される事については、左記のとおりです。 |
| 使用許可・不許可・期間<br>□　許可　　□　不許可<br>□　本人及び家族の了承する間、許可 | 写真及び氏名が施設内掲示等に使用される事については、左記のとおりです。 |

事　業　者　鈴鹿市山本町字中辻７４８番１０

社会福祉法人　博　愛　会
デイサービスセンター　ルーエハイム椿
理　事　長　　田　中　　彩　子　　印

令和　　年　　月　　日

利用者

住　　所 .....

氏　　名 .....㊞

家族の代表

住　　所 .....

氏　　名 .....㊞

（利用者との続柄：　　）