

医療法人丸岡医院

デイサービスセンターすずかぜ

指定通所介護サービス事業

重要事項説明書

あなた（利用者）に対する指定通所介護サービス事業の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医 療 法 人 丸 岡 医 院
主たる事務所の所在地	〒998 - 0841 酒 田 市 松 原 南 15 - 1
代表者（職名・氏名）	理 事 長 丸 岡 喬
設 立 年 月 日	平成 06 年 09 月 05 日
法 人 種 別	医 療 法 人
電 話 番 号	0234 - 23 - 8166
F A X 番 号	0234 - 23 - 8167
ホ ー ム ペ ー ジ URL	http://maruoka.or.jp/

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターすずかぜ	
サ ー ビ ス の 種 類	指定通所介護サービス事業	
事 業 所 の 所 在 地	〒998 - 0831 酒 田 市 東 両 羽 町 6 - 2	
電 話 番 号	0234 - 28 - 8067	
F A X 番 号	0234 - 25 - 0856	
指定年月日・事業所番号	平成 23 年 10 月 14 日指定	0 6 7 0 8 0 1 5 5 4 号
通 常 実 施 地 域	酒田市	
管 理 者 の 氏 名	齋 藤 直 美	

3. ご利用事業の設備概要

利 用 定 員	50名定員 1単位目 40人 2単位目 5人 3単位目5人
食 堂	一階に一室あり
事 務 室	建物二階にあり
相 談 室	建物二階にあり
静 養 室	一階に二室あり
機 能 訓 練 室	一階に一室、二階に一室あり
送 迎 車 両	リフト装備車二台あり
浴 室	普通浴設備、ストレッチャー浴設備

4. 事業の目的と運営指針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する県、各市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の身体状況の軽減や悪化防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

5. 提供するサービスの内容

指定通所介護サービス（デイサービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。当事業所では生活行為訓練（生活リハビリ）、日常動作支援、重度介護に重点をおき、介護サービスの提供をしています。

6. 営業日時

営 業 日	月曜日から日曜日まで 年末年始（12月31日から1月1日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで（送迎時間込み※超過不可）

7. 事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の形態・人数
管理者	1名	常勤1名（8：30 ～ 17：30）生活相談員兼務
生活相談員	8名	常勤9名（8：30 ～ 17：30）介護職員兼務8名
看護職員	3名	常勤2名（8：30 ～ 17：30）機能訓練指導員兼務
介護福祉士	8名	常勤8名（8：30 ～ 17：30）
介護職員 （ヘルパー、初任者含）	2名	常勤2名（8：30 ～ 17：30）
機能訓練指導員	3名	常勤3名（8：30 ～ 17：30）

8. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 阿 部 和 可 沙
管理責任者の氏名	管 理 者 齋 藤 直 美

9. 利用料について

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割又はその他の額**です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

料金の種別

① 介護保険適用を受けるサービス（指定通所介護のサービス）

（介護保険法で定める限度額内でのもの）

※尚、時間区分によって料金は異なります。

② 介護保険適用を受けないサービス及び自己の都合によるもの

（全額自己負担になります）

③ キャンセル料金について

④ サービスの利用方法

10. 要介護状態の介護保険適用サービスの料金（2021年4月改定のもの）

通所介護基本料金【2時間以上3時間未満利用の場合】

※身体状況から長時間のサービスの利用が困難な者、病後等で短時間の利用から初めて長時間利用に結び付けていく必要がある者など、利用者側のやむを得ない事情により長時間のサービス利用が困難な者であること。

区分	利用1回毎の料金	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
要介護1	2,720円	272円	544円
要介護2	3,110円	311円	622円
要介護3	3,510円	351円	702円
要介護4	3,920円	392円	784円
要介護5	4,320円	432円	864円

通所介護基本料金【3時間以上4時間未満利用の場合】

区分	利用1回毎の料金	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
要介護1	3,700円	370円	740円
要介護2	4,230円	423円	846円
要介護3	4,790円	479円	958円
要介護4	5,330円	533円	1,066円
要介護5	5,880円	588円	1,176円

通所介護基本料金【4時間以上5時間未満利用の場合】

区分	利用1回毎の料金	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
要介護1	3,880円	388円	776円
要介護2	4,440円	444円	888円
要介護3	5,020円	502円	1,004円
要介護4	5,600円	560円	1,120円
要介護5	6,170円	617円	1,234円

通所介護基本料金【5 時間以上 6 時間未満利用の場合】

区分	利用 1 回毎の料金	自己負担額（1 割）	自己負担額（2 割）
要介護1	5,700円	570円	1,140円
要介護2	6,730円	673円	1,346円
要介護3	7,770円	777円	1,554円
要介護4	8,880円	880円	1,760円
要介護5	9,840円	984円	1,968円

通所介護基本料金【6 時間以上 7 時間未満利用の場合】

区分	利用 1 回毎の料金	自己負担額（1 割）	自己負担額（2 割）
要介護1	5,840円	584円	1,168円
要介護2	6,890円	689円	1,378円
要介護3	7,960円	796円	1,592円
要介護4	9,010円	901円	1,802円
要介護5	10,008円	1,008円	2,016円

通所介護基本料金【7 時間以上 8 時間未満利用の場合】

区分	利用 1 回毎の料金	自己負担額（1 割）	自己負担額（2 割）
要介護1	6,580円	658円	1,316円
要介護2	7,770円	777円	1,554円
要介護3	9,000円	900円	1,800円
要介護4	10,230円	1,023円	2,046円
要介護5	11,480円	1,148円	2,296円

通所介護基本料金【8時間以上9時間未満利用の場合】

区分	利用1回毎の料金	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
要介護1	6,690円	669円	1,338円
要介護2	7,910円	791円	1,582円
要介護3	9,150円	915円	1,830円
要介護4	10,410円	1,041円	2,082円
要介護5	11,680円	1,168円	2,336円

（注1） 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面などでお知らせします。その際は別途、署名捺印を求める場合があります。

時間延長サービス体制について

日常生活上の世話（通常の通所介護のサービス）を行った後に引き続き、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護を行った場合は、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定通所介護の所要時間と当該指定通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。

【9時間以上の時間延長をしてサービスを行った場合】

算 定 区 分	基本利用料	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
9時間以上10時間未満の場合	500円	50円	100円
10時間以上11時間未満の場合	1,000円	100円	200円
11時間以上12時間未満の場合	1,500円	150円	300円
12時間以上13時間未満の場合	2,000円	200円	400円
13時間以上14時間未満の場合	2,500円	250円	500円

以下の場合は全額自己負担となります。

独自有償サービス	介護保険を使用せず、サービスを希望した場合 ※別紙契約書をもって契約の締結が必要です。（注1）
介護保険の限度額を超えるサービス	支給限度額を超えるサービス利用（利用料金は）をする場合は全額利用者の自己負担となります。

（注1） 事業者へ直接、お申し込みが必要になります。

【加算：全時間単位同等】

以下の要件を満たす場合、前項の基本料金部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額		
		基本利用料	利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）
入浴加算（Ⅰ）	入浴提供を受けた場合 ※1回あたりの料金	400円	40円	80円
入浴加算（Ⅱ）	入浴提供を受けた場合 ※1回あたりの料金	550円	55円	110円
認知症加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合（注3～注5）	600円	60円	120円
		※1回利用毎に加算されます		
若年性認知症利用者受け入れ加算	若年性認知症との診断を受けている場合	600円	60円	120円
		※1回利用毎に加算されます。		
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合（注6）	220円	22円	44円
		※1回利用毎に加算されます。		
送迎減算	家族が送迎をした場合及び利用者が自ら通う場合（片道料金）	-470円	-47円	-94円
同一建物内送迎減算	併設のサービス付き高齢者住宅【そよかぜ】に入居している場合（注8）	-940円	-94円	-188円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	厚生労働大臣が定める基準に準じて介護職員の賃金や労働条件にまつわる改善等を実施しているもの	※合算された利用料金の9.2%の額（注7）		

指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者が3割以上占めていることによるもの。

（注1） 指定通所介護を行う時間帯を通じて、当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を一名以上配置している場合。

（注2） 法で定める常勤換算に対して規定の職員数より2人以上多く配置している。

（注3） 認知症介護実践者修了者を常勤で1名以上配置している場合。

（注4） 認知症利用者の割合が一定以上占めている場合。

（注5） 介護等事業所配置の介護福祉士が50%以上であることによるもの。

（注6） 当該加算は区分支給限度額の算定対象（介護保険外ということ）からは除かれます。

（利用形態により個々に加算料金は異なります。）

（注7） 従前の介護職員処遇改善加算Ⅰ-Ⅲを取得している事業所・施設において、おもに「勤続10年以上の介護福祉士」の処遇改善を行う事を基本として、要件を満たせば取得可能なものである。

（注8） 当該減算は区分支給限度額の算定対象（介護保険外ということ）からは除かれます。

② その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、１回につき600円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、１回につき100円の実費をいただきます。
そ の 他	利用者が日常生活において個別に通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 例（レクリエーション資材、趣向活動物品、特定の塗り絵パズルなど）

③ キャンセル料について

利用予定直前（注１）でサービス提供をキャンセルした場合や、著しく一方的理由での利用キャンセルにおいては別途料金をいただく場合があります。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

（注１）※前日までご一報いただければ発生しません。

利用当日のキャンセル	利用者負担金の70%の額をいただきます。
------------	----------------------

④ サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まずは電話や相談機関等でお申し込み下さい。介護計画作成と同時に契約を結び、

サービスの提供を開始します。

既にサービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の包括支援センター及び介護支援専門員とご相談下さい。

（２）サービスの終了

ア 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の１週間前までに文書でお申し出下さい。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等でやむを得ない事情によりサービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は終了１ヶ月前までに文書で通知致します。

ウ 自動終了

次の場合は双方の通知がなくとも自動的にサービスを終了致します。

- ・ 利用者が介護施設に入所した場合
- ・ 利用者が死亡した場合

エ その他

① 次の場合、利用者は文書で解約を通知することにより、即座にサービスを終了することが出来ます。

- ・ 事業所職員が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・ 事業所職員が守秘義務に反した場合
- ・ 事業所職員が利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合
- ・ 当事業所が破産した場合

② 次の場合、当事業所は文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

- ・ 利用者がサービス利用料金の支払いを 2 ヶ月に渡り遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず、7 日以内に支払われない場合
- ・ 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・ 利用者が入院若しくは病気等により、3 ヶ月以上にわたってサービスを利用できない状態であることが明らかになった場合
- ・ 利用者やご家族などが、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難い背信行為を行なった場合

11. 支払い方法

毎月 15 日までに前月分の請求をしますので、30 日以内にお支払い下さい。お支払い頂きますと領収書を発行致します。お支払方法は現金払いまたは、自動引き落としとなります。自動引き落としを希望される場合は、請求した月の 26 日までに本人指定口座に入金して下さい。27 日に引き落としとなります。

Ⅰ 2. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

主治医	医療機関の名称			
	氏 名			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号			
緊急時連絡先1	氏名（続柄）		続柄	
	住 所	〒		
	電 話 番 号			
緊急時連絡先2	氏名（続柄）		続柄	
	住 所	〒		
	電 話 番 号			
希望搬送先	医 療 機 関			

Ⅰ 3. 事故発生時の対応

サービスの提供により重大な事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、県や担当の地域包括支援センター及び市町村へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

Ⅰ 4. 苦情相談窓口

（Ⅰ）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	〒998-0831 山形県酒田市東両羽町6-2 医療法人丸岡医院 デイサービスセンターすずかぜ 管 理 者： 齋 藤 直 美
---------	--

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	酒田市介護保険課	電話番号 0234-26-5732
	山形県国民健康保険団体連合会	電話番号 0237-87-8000 (代表)

Ⅰ 5. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当のケアマネージャーまたは当事業所の担当者へご連絡ください。

Ⅰ 6. 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

Ⅰ 7. 損害賠償保険の加入

事業者は、予期せぬ事故等、万が一の事態に備え以下の損害保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損保 (担当：酒田みずほセンター)
-------	-----------------------------

Ⅰ 8. 災害、防災設備等

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。災害時設備については以下の通りになっています。

設備名称	個数等	設備名称	個数等
誘導灯	5 個	消火器	1 個
非常用車椅子	2 台		

※カーテン等は防火性能のものを使用しています。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	事業者の名称	医療法人丸岡医院	
	代表職・氏名	丸岡 喬	印
	所在地	〒998-0841 山形県酒田市松原南15-1	
	電話番号	0234-23-8166	
説明者	所属	デイサービスセンターすずかぜ	
	住所	〒998-0831 山形県酒田市東両羽町6-2	
	説明者職・氏名	管理者 齋藤 直美	印
	電話番号	0234-28-8067	

令和 年 月 日

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	氏名		印
	住所	〒	
	電話番号		

ご本人様が特別な理由で直筆不可能な場合は代理記名でも構いません

代理人	氏名・続柄	続柄（ ）	印
	住所	〒	
	電話番号		

令和6年11月1日改訂