

重要事項説明書

【通所介護】

プリムローズ有限公司

七ヶ浜町海の宮デイサービスセンター

通所介護重要事項説明書

この通所介護重要事項説明書は、要介護状態にあるお客様が、通所介護サービスを受けられるに際し、お客様やそのご家族に対し、当社の事業運営規定の概要や通所介護従業者などの勤務体制等、お客様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1・当社が提供するサービスについてのご質問・ご相談窓口

電話番号	022(366)2620 ※午前8時30～午後17時30分迄
担当者氏名	内海 淳恵

* ご不明な点は何でもおたずね下さい。

2・当社の概要

(1) 本社（以下、当社と記載します）

法人名	プリムローズ 有限会社
本社所在地	宮城県宮城郡七ヶ浜町東宮浜字前畑10番
代表者氏名	金澤 哲男
代表番号	TEL: 022(366)2620 FAX: 022(366)2621
設立	平成15年4月15日
資本金	300万円
実施サービス	通所介護サービス・予防介護サービス

(2) 通所介護サービス提供事業所（以下、当事業所と記載します）

事業所名	七ヶ浜町海の宮デイサービスセンター
所在地	宮城県宮城郡七ヶ浜町東宮浜字前畑10番
電話番号	TEL: 022(366)2620
FAX番号	FAX: 022(366)2621
介護保険指定業者番号	通所介護 (0472600360号)
サービス提供地域 ※	七ヶ浜町・塩竈市・多賀城市・利府町・松島町

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(3) 設備状況

定員	30名
食堂兼機能訓練室	214, 81m ²
浴室	一般浴槽 ・ 特殊浴槽
相談室	有
静養室	有
送迎車（車椅子対応）	4台
送迎車（その他）	2台
消火設備	一般形誘導灯・自動火災報知設備受信機 誘導音付加減形誘導灯・煙探知機・消火器
非常災害時の対応	七ヶ浜消防署との連携（利用者避難誘導訓練 職員自衛消防隊活動訓練実地）

※指定介護予防通所介護を併設している場合は当該サービスの定員を含めて記載しております。

(4) 当事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計	資格等	兼務の有無
管理者	1人		1人	施設長資格等	有
生活相談員	1人	1人	2人	看護師・介護福祉士等	有
看護職員	1人	2人	3人	正看護師、准看護師等	有
介護職員	3人	3人	6人	介護福祉士等	有
機能訓練指導員	1人	1人	2人	鍼灸師・ あん摩マッサージ指圧師	有
機能訓練指導員	1人	0人	1人	柔道整復師	有
事務職員	1人	1人	2人		

(5) 営業日および営業時間

営業日	下記の休業日を除く毎日
休業日	原則として日曜日・年末年始
営業時間	午前8時30分 ～ 午後17時30分
緊急連絡先	TEL：022（366）2620

(6) 従業者の業務内容

職種	業務内容
管理者	<ul style="list-style-type: none"> ○看護職員、その他指定通所介護に従事する従業者の管理 ○指定通所介護のご利用申し込みに係る調整 ○業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に実施 ○当事業所の従業者に、厚生労働省令で定められた指定通所介護の人員基準および運営に関する基準を遵守させるための必要な指揮命令
生活相談員	<ul style="list-style-type: none"> ○お客様の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、指定通所介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した通所介護計画の作成およびお客様に対する説明 ○お客様およびそのご家族からの心身、生活、当該指定通所介護に関する内容等の相談に対応 ○相談者の精神的負担の軽減を促すと共に、お客様により快適な通所介護が提供できるよう、当該の相談内容を必要に応じてサービスに反映し、質の改善・向上を目指す
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ○血圧、脈拍、体温測定等による健康チェックを実施し、お客様の健康面の管理・支援を行う ○日常動作訓練、歩行訓練等を実施・指導し、お客様が日常生活を営むのに必要な身体機能の向上に努める
機能訓練指導員	<ul style="list-style-type: none"> ○日常動作訓練、歩行訓練等を実施・指導し、お客様が日常生活を営むのに必要な身体機能の向上に努める
サービス従業者	<ul style="list-style-type: none"> ○食事、レクリエーション、入浴（主治医の許可がある場合）等、通所介護全般に亘る（他の職種が担当する職務内容を除く）お客様への介護・支援を実施 ○送迎時のお客様の見守り、介助、送迎時にご家族への状況報告

3・サービス内容

健康チェック	お客様へ無理の無いプログラムを提供するため、体温・血圧・脈拍の測定等をサービス開始時に看護職員が実施
アクティビティ	レクリエーション活動や創作活動、月毎の行事活動を実施
食事の提供（これに伴う介護も含む）	食の楽しみを感じられるメニューを用意。行事食なども織り交ぜながら、食を通じて四季を感じられるように配慮する。キザミ食等の特別食については別途ご相談ください。

個別機能訓練	1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師のうち1名以上が機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者と共同してお客様ごとに個別機能訓練計画を作成して、説明・同意・交付の上、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施
口腔機能向上 ※加算適用サービス (現在はサービス無し)	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、口腔機能が低下している又はそのおそれのあるお客様に対して、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、お客様ごとの口腔清掃や摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施に関する口腔機能改善管理指導計画を作成して、説明・同意・交付の上、当該計画に基づき、口腔機能向上サービスを実施 ※指定通所介護サービスにあっては月2回・原則3か月、介護予防通所介護サービスにあっては月単位とします
入浴 ※加算適用サービス	血圧、脈拍、体温測定等による健康チェック実施後、特別浴槽または一般浴槽にて心身ともにリフレッシュしていただきます
相談対応	日常生活などに関する相談・助言、健康状態の確認
送迎対応	お客様の居宅からサービス事業所までの送迎を実施
その他	通所介護サービス全般に亘る日常生活上の世話

4・利用料金

(1) 基本料金 (非課税)

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金(料金表)の1割、2割または3割です。以下の①および②お客様がお住まいの地域の基本料金は、括弧内金額の右の欄(基本料金)に記載しています。

- * 基本料金の金額は、1回当たりの基本料金単価の「基準」であり、月単位の基本料金合計を実際に算出する方法とは異なります。
- * 基本料金は、実際に要した時間ではなく、居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた通所介護サービスの提供時間を基準とします。
- * 基本料金に記載された金額に、介護保険法で定めるお客様のご利用状況に該当する各種「加算」が付加されます。(③加算を参照ください)

【料金表】

②通常規模型通所介護費

要介護等区分	サービス提供時間	基本料金	
要介護 1	3～4 時間	370 円	+該当する 加算分 (③へ記載)
	4～5 時間	388 円	
	5～6 時間	570 円	
	6～7 時間	584 円	
	7～8 時間	658 円	
要介護 2	3～4 時間	423 円	
	4～5 時間	444 円	
	5～6 時間	673 円	
	6～7 時間	689 円	
	7～8 時間	777 円	
要介護 3	3～4 時間	479 円	
	4～5 時間	502 円	
	5～6 時間	777 円	
	6～7 時間	796 円	
	7～8 時間	900 円	
要介護 4	3～4 時間	533 円	
	4～5 時間	560 円	
	5～6 時間	880 円	
	6～7 時間	901 円	
	7～8 時間	1023 円	
要介護 5	3～4 時間	588 円	
	4～5 時間	617 円	
	5～6 時間	984 円	
	6～7 時間	1008 円	
	7～8 時間	1148 円	

③加 算

厚生労働省告示で規定された通所介護サービスの加算は以下の通りです。

加算該当の有無	加算の種類	(基準額)
○・無	サービス提供体制強化加算	22 円/ (月 1 回)
○・無	個別機能訓練加算 I 口	76 円/回
○・無	個別機能訓練加算 II	20 円/(月 1 回)
○・無	入浴介助加算	40 円/回

④・無	科学的介護推進体制 加算	40円(月1回)
-----	-----------------	----------

※上記の他に介護職員等処遇改善加算を頂いております。

※加算サービスの実施内容・基準について

①所要時間7時間以上8時間未満の通所介護の前後に連続して日常生活上の世話を
行った場合に加算します

②その他の加算サービスは「3・サービス内容」に記載のとおりです。

(2) 交通費(課税)

上記サービス提供事業所の営業地域以外のお客様は、サービス事業所への送迎
に要する交通費が必要となります。

移動手段	負担していただく交通費
送迎車	利用料金に含む

(3) その他

お客様の実費負担の対象品目・対象サービス

種類	基準額	備考(摘要)
食材料費+調理費相当分	780円	1食当たり
紙オムツ代、リハビリパンツ	100円	替えをお持ち頂いた場合を除く
尿取りパッド代	40円	替えをお持ち頂いた場合を除く
日常のレクリエーション 関係費(材料費)	無料	茶道、書道、絵画、園芸等 豆まき(2月)、お雛祭り(3月) お花見(4)あやめ祭り(6月)、 七夕(7月)芋煮会(10月) クリスマス会(12月)
行事活動などのレクリエ ーション関係費	実費	内容により異なります
当社以外からのサービス 提供(理美容等)	実費	内容により異なります
ボランティア活動	無料	ボランティア
	500円(希望者)	フラワーアレンジ教室

(4) 通所介護サービス計画及び利用料金の見積もり

居宅サービス計画に基づいて提供する通所介護計画及びその利用料金の見積も
りは、別紙「通所介護サービスご利用確認票」に記載の通りです。なお、「通所介
護サービスご利用確認票」は、居宅サービス計画の変更により通所介護計画の変
更があった場合、変更が軽微で一過性のものを除き、新たにお客様に交付しその
内容を確認するものとします。

(5) お支払方法

利用料金(自己負担金)は、次のいずれかの方法によるお支払をお願いします。

- ①現金払い(サービス提供時に毎回または月1回定められた日にお支払いください)。
- ②郵便局自動払い込み(毎月10日に自動引き落としをご利用できます。自動払込用申し込書で申請して下さい。)なお、手数料は当社の負担となります。
- ③居宅サービス計画を作成しない場合等、「償還払い」となる場合は、一旦お客様が基本料金をお支払い下さい。サービス提供証明書を発行しますので、その後市町村に対して保険給付分(9割、8割又は7割)を請求してください。
- ④七十七銀行・ゆうちょ銀行自動引き落とし、月末の10日引き落とし。

5・キャンセル

- (1) お客様がサービスの利用を中止する際には、すみやかに下記の連絡先までご連絡下さい。

全体窓口(連絡先) TEL: 022(366)2620

- (2) お客様の都合でサービスを中止する場合には、サービス実施日の前日までにご連絡下さい。それ以降のご連絡のない無断のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので予めご了承下さい。但し、お客様の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

時間	キャンセル料	備考
サービス利用日の前日まで	無料	
サービス利用日の当日	無料	

- (3) キャンセル料は、お客様負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。
- (4) 当日、キャンセルの場合はAM7時50分～8時10分の時間帯に連絡お願い致します。

6・サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。通所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。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

【具体的方針】

- ①サービス提供の開始に当たり、お客様の心身状況等の把握を行う
- ②個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた通所介護計画を作成
- ③通所介護計画の作成後、その実施状況を把握（モニタリング）
- ④モニタリング結果を居宅介護支援事業者へ報告
- ⑤運動器の機能向上、栄養改善又は口腔機能の向上については、国内外の文献等において有効性が確認されている等の適切なものとする。

※⑤は介護予防通所介護を併設する場合に適用します。

7・緊急時の対応方法

サービス提供中にお客様の容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。

お客様の主治医	主治医名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
ご家族	氏名	
	住所	
	電話番号	
お客様担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名	
	氏名	
	住所	
	電話番号	

8・相談・要望・苦情などの窓口

通所介護サービスに関する相談、要望、苦情などは管理者または生活相談員か下記窓口までお申し出下さい。

(1) 当事業所のサービス相談、要望、苦情等窓口

電話番号	022(366)2620
受付時間	営業日の午前8時30分～午後17時30分
苦情受付担当者	内海 淳恵
苦情解決責任者	金澤 哲男
備考	

(2) 当事業所以外の当社サービス相談、要望、苦情等窓口

支店名	プリムローズ 有限会社
電話番号	022(366)2620
担当部署	総務部
営業日	原則として年末年始を除く毎日
受付時間	営業日の午前8時30分～午後17時15分
備考	

(3) 行政機関のサービス相談、要望、苦情等窓口

市区町村名	七ヶ浜町
電話番号	022(357)7447
担当部署	健康増進課 高齢者福祉係 (地域包括支援センター)
備考	福祉サービス利用に関する運営適正化委員会 専用電話716-9674 FAX716-9298

(4) 国民健康保険団体連合会のサービス相談、要望、苦情等窓口

国保連合会	宮城県国民健康保険団体連合会
電話番号	022(222)7079
担当部署	介護保険課
備考	

* 苦情への対応について

当事業所は、お客様に対して、自ら提供した通所介護サービスに係る苦情を受付けた場合、以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- ①苦情の受付
- ②苦情内容の確認
- ③苦情解決責任者等への報告
- ④お客様への苦情解決に向けた対応の事前説明・同意
- ⑤苦情の解決に向けた対応の実施
- ⑥再発防止、および改善の実施
- ⑦お客様への苦情解決結果の説明・同意
- ⑧苦情解決責任者等への最終報告

9. 秘密保持および個人情報保護について

- (1) 当社は、業務上知り得たお客様およびそのご家族等の秘密および個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取扱い、関連機関等と連携を図る等正当な理由がない場合以外には開示しません。
- (2) 当社は、そのサービス提供上知り得たお客様およびそのご家族等の秘密および個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は、就業中はもとより退職後も同様とします。
- (3) 当社は、必要な範囲においてお客様およびそのご家族等の個人情報を取扱い致します。なお、お客様およびそのご家族等から取得した個人情報を以下の目的のために使用します。

【個人情報使用目的】

- ①当社サービスの提供のため
 - ②お客様へのサービス提供について他の事業所と連携するため（サービス担当者会議等）
 - ③お客様およびそのご家族等へのサービス料金のご請求（徴収）やその他ご連絡のため
 - ④お客様およびそのご家族等に当社サービスのお知らせをご案内するため
 - ⑤お客様の、請求データ処理などに関する業務のため
 - ⑥統計データへの利用（但し、個人を特定できるような利用は一切致しません）
 - ⑦緊急時に医療機関等に連絡するため
- (4) 上記に定める守秘義務は、契約期間中はもとより契約期間後も同様とします。

- (5) 個人情報に関するお問い合わせにつきましては、「8（1）または（2）当事業所・当社サービス相談、要望、苦情等窓口までご連絡ください。

10. 損害賠償について

- (1) 当社は、通所介護サービスの実施にあたって当社の責めに帰すべき事由により、お客様またはそのご家族の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
但し、当社自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。
- (2) お客様またはそのご家族などが当社の事業従業者に対し、生命・身体・財産などの損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。
- (3) 物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。
- (4) 修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償額範囲とします。そのため、購入から長年を経過した品物については、賠償を致しかねる場合があります。
- (5) 取扱いに特別の注意が必要なもの等については、予めご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねる場合があります。

11. 介護保険法及び厚生労働省令の改正について

国が定める「介護給付費（介護報酬）」および「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」等に改正があった場合、当社の料金体系及び人員、設備及び運営に関する基準は、国が定める「介護給付費（介護報酬）」および「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」等に準拠するものとします。

以上

当社は、通所介護サービスの提供開始に当たり、通所介護のサービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、当社、お客様（またはその代理人）は、記名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者所在地 宮城県宮城郡七ヶ浜町東宮浜字前畑10番

事業者名 プリムローズ 株式会社 ⑩

サービス事業所（事業所の名称および所在地）

宮城県宮城郡七ヶ浜町東宮浜字前畑10番

七ヶ浜町海の宮デイサービスセンター

TEL022-366-2620 FAX022-366-2621

説明者

私は、本書面により、事業者から通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、これについて同意します。

令和 年 月 日

お客様 住所 _____

氏名 _____

代理人（お客様との続柄： _____）

住所 _____

氏名 _____

立会人または署名代行人（該当するものにチェック）

住所 _____

氏名 _____

（注）「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。