

# デイサービス夕鶴いっぽ 重要事項説明書

当施設に於ける通所介護サービス提供にあたり、厚生省令第34号第3条の7に基づいて、ご利用者様へご説明させていただきます。

## 1. 事業所概要

事業所名称：デイサービス 夕鶴いっぽ

サービス種類：地域密着型通所介護サービス

介護予防通所介護相当サービス

指定事業所番号：2372204285

主たる事業所の所在地：一宮市小信中島字西九反46-3

法人種別：株式会社

代表取締役：日野 和人

電話番号：0586-62-2121      FAX：0586-62-2122

## 2. 事業の目的と運営方針

目的：株式会社夢工房が開設する、デイサービス夕鶴いっぽが行う指定地域密着型通所介護又は介護予防通所介護相当サービスの事業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、事業所の生活相談員及び介護職員が、要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定地域密着型通所介護を、要支援状態又は事業対象者である高齢者に対し適切な介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的としております。

方針：利用者様の生活の自立を目指して他の福祉・医療サービス等と連携し、利用者様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送ることができるよう、必要な日常生活上の世話及び心身の機能の維持並びに、利用者様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを方針としております。

## 3. 事業所の営業日・時間

営業曜日                      毎週月曜日～土曜日（年末年始休 12月30日～1月3日 変更の場合有）

営業時間                      8：00～17：00（営業準備及び後片付けの時間も含みます）

サービス提供時間          9：00～16：15

## 4. ご登録について

曜日別での登録制となっております。入院、体調不良、自己都合等にて一定期間利用がない方につきましては、当施設の判断で登録の取り消しを行います。

## 5. サービス内容

送迎、健康チェック、入浴、昼食、おやつ、服薬介助、創作活動、レクリエーション（外出を含む）、リハビリテーションなど

## 6. 事業所の利用定員

	(介護予防) 通所介護
7－8時間利用定員	10名

## 7. 事業所の職員体制（2025年10月1日現在）

	常勤		非常勤		合計
	専従	兼務	専従	兼務	
① 管理者（機能訓練士兼務）		1名			1名
② 生活相談員（介護兼務）	1名			1名	2名
③ 介護職員	1名		3名	1名	5名
④ 機能訓練士	1名	1名	2名		4名
⑤ 運転士			1名		1名

## 8. 利用料 ＜地域区分（6級地）＝1単位 10,27円＞

	7時間以上8時間未満			
	単位	ご負担（1割程度）	ご負担（2割程度）	ご負担（3割程度）
要介護 1	753	774円程度／回	1,548円程度／回	2,322円程度／回
要介護 2	890	914円程度／回	1,828円程度／回	2,742円程度／回
要介護 3	1032	1,060円程度／回	2,120円程度／回	3,180円程度／回
要介護 4	1172	1,204円程度／回	2,408円程度／回	3,612円程度／回
要介護 5	1312	1,348円程度／回	2,696円程度／回	4,044円程度／回
要支援1・2、事業対象者 （週1回程度ご利用）	1798	1,847円程度／月	3,694円程度／月	5,541円程度／月
要支援2、事業対象者 （週2回程度ご利用）	3621	3,719円程度／月	7,438円程度／月	11,157円程度／月

負担割合はご利用者様の負担割合証をご確認ください。

## 加算項目

要介護 1 ～ 5 の加算	単位	ご負担 (1 割程度)	ご負担 (2 割程度)	ご負担 (3 割程度)
入浴介助体制加算Ⅰ※1	4 0	41 円程度／回	82 円程度／回	123 円程度／回
個別機能訓練加算Ⅰイ※2	5 6	58 円程度／回	116 円程度／回	174 円程度／回
個別機能訓練加算Ⅱ※2	2 0	21 円程度／月	42 円程度／月	63 円程度／月
科学的介護推進体制加算	4 0	41 円程度／月	82 円程度／月	123 円程度／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	2 2	23 円程度／回	46 円程度／回	69 円程度／回
送迎減算	- 4 7	-49 円程度／片道	-98 円程度／片道	-147 円程度／片道

要支援 1 ・ 2 事業対象者の加算	単位	ご負担 (1 割程度)	ご負担 (2 割程度)	ご負担 (3 割程度)
科学的介護推進体制加算	4 0	41 円程度／月	82 円程度／月	123 円程度／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ (要支援 1 ・ 2、事業対象者週 1 回程度)	8 8	91 円程度／月	182 円程度／月	273 円程度／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ (要支援 2、事業対象者週 2 回程度)	1 7 6	181 円程度／月	362 円程度／月	543 円程度／月
送迎減算	- 4 7	-49 円程度／片道	-98 円程度／片道	-147 円程度／片道

処遇改善加算Ⅲ※3	総利用単位数 × 8／100 単位
-----------	-------------------

※1 入浴介助体制加算は、入浴された方みの加算となります。

※2 個別機能訓練加算Ⅰイと運動機能向上加算については機能訓練指導員が勤務している日に、ご希望利用者様へ個別に機能訓練を実施した場合に加算となります。

個別機能訓練加算Ⅰイを算定しているご利用者に対し、加えて個別機能訓練加算Ⅱを加算します。

※3 処遇改善加算Ⅲは、総利用単位数に 8／100 を乗じた単位数を算定し加算させて頂くため、変動します。またすべてのご利用者様が対象となります。

※利用料及び加算については、国の診療報酬改定により変更されることがあります。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

自己負担項目及び料金	食費：５５０円（おやつ代含む） おむつ代：紙オムツM／L　１００円 リハビリパンツM～L／L～LL　１００円 尿取りパット小／大　５０円 洗濯代（希望者）　１００円 ※上記以外にも必要に応じて、追加実費負担をしていただくことがあります。
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

○交通費

通常の事業の実施地域内は無料。

実施地域を越えて行う指定地域密着型通所介護及び介護予防通所介護相当サービスに要した送迎の費用は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、１キロメートルあたり５０円徴収します。

○キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルされる場合は早急にご連絡ください。

ご利用日の前営業日の１７時００分までにご連絡がなかった場合、昼食代（おやつ含む）を請求する場合がございます。

【お支払方法について】

１か月分まとめてお支払いいただきます。

ご利用月の翌月１１日付で請求書を発行いたします。

現金払いの方は、請求書発行後お支払ください。又、引き落としの方につきましては、請求書発行月の翌月６日（土日祝は後日）に引き落としを行います。

※引き落とし登録料（初回のみ１２０円）及び引き落とし手数料（毎回１５０円）は、デイサービスタ鶴いっぽが負担致します。

9. 苦情申立窓口

① 当施設の窓口　ご利用時間　月曜日～土曜日（９：００～１６：００）

                  ご利用方法　電話　０５８６－６２－２１２１　　担当者：日野・中川

② 居住地域の各市町村の介護保険担当

                  愛知県一宮市　介護保険課                  電話　０５８６－２８－９０１８

③ 愛知県国民健康保険団体連合会                  電話　０５２－９７１－４１６５

## 10. 非常災害時の対策

消防法施行規則第3条に規程する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規程する防火管理者を設置して、非常災害対策を行います。

## 11. 緊急時の対応方法

ご利用者様の主治医又は当事業所の近隣医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

緊急連絡先であるご住所等へも併せてご連絡いたします。

又、当施設サービス時間内においては、万全を期しております。万が一事故が起こった場合、速やかに対応させていただきますが、利用者様に事故状況、原因が起因している場合は、当施設では責任を負いかねることがございますので、ご理解の程宜しくお願い致します。

### < 緊急連絡先 >

主治医	主治医氏名			TEL
	住所			
①	氏名		続柄	TEL
	住所			
②	氏名		続柄	TEL
	住所			
③	氏名		続柄	TEL
	住所			

### < 希望搬送先 >

病院名			
受診科		主治医	
TEL		住所	

## 通所に関する同意書

当施設では、ご利用者様の残存機能を生かした介護サービス等の提供を心がけております。ご利用者様が快適にサービス利用をしていただけるよう、安全な環境作りを務めておりますが、ご利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性を伴うことを十分にご理解ください。

### 《高齢者の特徴に関して》

- ☐ 歩行時の転倒、車いす・ベッド等からの転落による骨折・外傷等の可能性があります。
- ☐ 加齢又は認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ☐ 高齢者であることや持病が原因で、急変される場合もあります。

### 《緊急時の対応について》

- ☐ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。その際はご家族様に緊急に連絡をさせていただきます。

なお、ご説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

- ☐ 私は、上記項目について、デイサービスセンタータ鶴いっぽの担当者より、施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解をしました。

# 個人情報利用同意書

□ 私（および私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1. 使用目的

- （1）介護サービスの提供を受けるにあたって、担当職員と介護サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- （2）上記（1）ほか、居宅介護支援事業所又は介護予防サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- （3）現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合
- （4）介護保険事務を行う上で必要な場合
- （5）その他、私への介護・医療サービス提供に関しての情報が必要な場合

### 2. 個人情報を提供する事業所

- （1）介護サービス計画書に掲載されている介護サービス事業所
- （2）受託した居宅介護支援事業所
- （3）病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- （4）行政機関、介護保険審査支払い機関

### 3. 使用する期間

- （1）サービスの提供を受けている期間

### 4. 使用する条件

- （1）個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- （2）個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

私は、本書面に基づいて、社員（氏名 ）から通所介護サービスの提供を受けるにあたり、「重要事項説明書」「通所に関する同意書」「個人情報利用同意書」の説明を受け、この内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

ご利用者様

住所

電話番号

氏名

印

ご家族様（又は法定代理人）

住所

電話番号

氏名

印

署名代行者

住所

電話番号

氏名

印

事業者

事業所名 株式会社夢工房

住所 一宮市小信中島字西九反46-3

電話番号 0586-62-2121

代表取締役 日野 和人