

丸八デイサービス千成

【認知症対応型通所介護サービスのご紹介（重要事項説明書 第19版）】

（１） 事業者

- ① 法人名 有限会社 丸八介護サービス
- ② 法人所在地 愛知県名古屋市中村区西米野1丁目76番地の6
- ③ 電話番号 052-471-3938
- ④ FAX 052-481-1903
- ⑤ 代表者 飯尾 多門
- ⑥ 設立年月日 昭和63年11月1日

（２） 事業所の概要

- ① 事業所の種類 指定通所介護事業 平成18年3月16日指定
介護保険事業所番号 2370501377

② 事業所の目的

《基本理念》

地域社会に密着し、高齢化社会への対応の一環として、介護保険法令に従いご利用される皆様の自立に向けての支援・ご家族の方々とのふれあい・たすけあいを主体とし、通所介護サービスを提供します。

- ③ 事業所の名称 丸八デイサービス千成
- ④ 事業所の所在位置 愛知県名古屋市中村区日ノ宮町2丁目129
- ⑤ 電話番号 052-483-3380
- ⑥ FAX 052-483-3381
- ⑦ 管理者 北川 喜子
- ⑧ サービス開始日 通所介護 平成18年3月16日
- ⑨ 通常の事業の実施区域
名古屋市中村区
- ⑩ 営業日及び営業時間

	通所介護
営業日	日曜日から土曜日 ただし、12月30日から1月3日を除く
受付時間	8：30～17：15
サービス提供時間	8：45～17：00

- ⑪ 利用定員 利用定員 12名／1日

(3) 職員の配置状況

職	種	通 所 介 護
管 理	者	1 名
介 護 職	員	3 名以上
生 活 相 談	員	2 名以上
機 能 訓 練 指 導	員	1 名以上
看 護	師	1 名以上
調 理	員	1 名以上

(4) 事業所の提供するサービスと利用料金

① サービス内容

- ・食 事 栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考えた食事を提供致します。
*食費は（おやつ代は食費に含む）別途いただきます。
- ・入 浴 身体状況に応じた入浴介助を行います。
- ・排 泄 身体状況に応じた排泄の介助を行ないます。
- ・口腔機能向上サービス
口腔状態を観察し、口腔体操・口腔ケア等を行います。
- ・機 能 訓 練 機能訓練指導員が、ご利用者の心身の状況に応じて日常に必要な機能訓練・減退防止する為の訓練を行います。
- ・生活リハビリ・レクリエーション創作活動
憩いの時間と生きがいの空間として、仲間同士でレクリエーションや創作活動を楽しんでいただきます。
- ・送 迎 自宅（ご希望により、お宅の中まで）と施設間を送迎します。
お迎え AM8：30頃～AM9：25頃
お送り PM3：50頃～PM5：00頃

② 利用料金（提供時間：５時間～６時間）

※１割負担

	実費負担額					実費負担額の 総額 （１日あたり）
	利用者負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援１	８０３円	４４円	２４円	181/1000 （全体サービス 合計の）	400円	1427円
要支援２	８９７円	４４円	２４円		400円	1539円
要介護１	９３０円	４４円	２４円		400円	1578円
要介護２	1029円	４４円	２４円		400円	1695円
要介護３	1127円	４４円	２４円		400円	1809円
要介護４	1226円	４４円	２４円		400円	1927円
要介護５	1327円	４４円	２４円		400円	2047円

※２割負担

	実費負担額					実費負担額の 総額 （１日あたり）
	利用者負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援１	1605円	８７円	４８円	181/1000 （全体サービス 合計の）	400円	2454円
要支援２	1794円	８７円	４８円		400円	2677円
要介護１	1859円	８７円	４８円		400円	2755円
要介護２	2058円	８７円	４８円		400円	2989円
要介護３	2253円	８７円	４８円		400円	3218円
要介護４	2452円	８７円	４８円		400円	3454円
要介護５	2654円	８７円	４８円		400円	3693円

※３割負担

	実費負担額					実費負担額の 総額 （１日あたり）
	利用者 負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援１	2408円	130円	72円	181/1000 （全体サービス 合計の）	400円	3480円
要支援２	2691円	130円	72円		400円	3815円
要介護１	2788円	130円	72円		400円	3932円
要介護２	3087円	130円	72円		400円	4283円
要介護３	3379円	130円	72円		400円	4627円
要介護４	3678円	130円	72円		400円	4981円
要介護５	3980円	130円	72円		400円	5339円

利用料金（提供時間：6時間～7時間）

※1割負担

	実費負担額					実費負担額の 総額 (1日あたり)
	利用者 負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援1	823円	44円	24円	181/1000 (全体サービス 合計の)	400円	1452円
要支援2	922円	44円	24円		400円	1568円
要介護1	951円	44円	24円		400円	1606円
要介護2	1053円	44円	24円		400円	1726円
要介護3	1153円	44円	24円		400円	1843円
要介護4	1256円	44円	24円		400円	1964円
要介護5	1358円	44円	24円		400円	2090円

※2割負担

	実費負担額					実費負担額の 総額 (1日あたり)
	利用者 負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援1	1646円	87円	48円	181/1000 (全体サービス 合計の)	400円	2504円
要支援2	1844円	87円	48円		400円	2735円
要介護1	1902円	87円	48円		400円	2811円
要介護2	2106円	87円	48円		400円	3051円
要介護3	2305円	87円	48円		400円	3285円
要介護4	2511円	87円	48円		400円	3528円
要介護5	2716円	87円	48円		400円	3779円

※3割負担

	実費負担額					実費負担額 の総額 (1日あたり)
	利用者 負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援1	2469円	130円	72円	181/1000 (全体サービス 合計の)	400円	3555円
要支援2	2765円	130円	72円		400円	3903円
要介護1	2853円	130円	72円		400円	4016円
要介護2	3158円	130円	72円		400円	4377円
要介護3	3457円	130円	72円		400円	4728円
要介護4	3766円	130円	72円		400円	5092円
要介護5	4074円	130円	72円		400円	5468円

利用料金（提供時間：7時間～8時間）

※1割負担

	実費負担額					実費負担額の 総額 (1日あたり)
	利用者負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援1	933円	44円	24円	181/1000 (全体サービス 合計の)	400円	1581円
要支援2	1041円	44円	24円		400円	1709円
要介護1	1075円	44円	24円		400円	1751円
要介護2	1192円	44円	24円		400円	1890円
要介護3	1309円	44円	24円		400円	2027円
要介護4	1426円	44円	24円		400円	2167円
要介護5	1543円	44円	24円		400円	2305円

※2割負担

	実費負担額					実費負担額の 総額 (1日あたり)
	利用者負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援1	1865円	87円	48円	181/1000 (全体サービス 合計の)	400円	2761円
要支援2	2082円	87円	48円		400円	3017円
要介護1	2149円	87円	48円		400円	3101円
要介護2	2383円	87円	48円		400円	3379円
要介護3	2617円	87円	48円		400円	3654円
要介護4	2851円	87円	48円		400円	3933円
要介護5	3085円	87円	48円		400円	4210円

※3割負担

	実費負担額					実費負担額の 総額 (1日あたり)
	利用者負担額	入浴加算	サービス提供 体制強化加算	介護職員等 処遇改善加算	食費	
要支援1	2798円	130円	72円	181/1000 (全体サービス 合計の)	400円	3942円
要支援2	3123円	130円	72円		400円	4325円
要介護1	3223円	130円	72円		400円	4452円
要介護2	3574円	130円	72円		400円	4868円
要介護3	3925円	130円	72円		400円	5280円
要介護4	4276円	130円	72円		400円	5699円
要介護5	4627円	130円	72円		400円	6115円

※介護保険の単位数に変更があった場合、変更された額に応じて、ご利用者の負担額も変更となります。

③利用料金（介護保険外）

・介護保険給付の支給限度を超えるサービスは、介護保険の１０割の金額となります。

・食費 400円

・リハビリパンツ 1枚 150円

・紙おむつ代 1枚 100円

・パット代 1枚 30円

・洗濯サービス 1回 50円（※１）

・生活リハビリ・レクリエーション・クラブ活動費を実費いただきます。

※１ 自宅での洗濯が困難な利用者様に限り、ケアマネジャーと相談の上ご利用可能。

(5) サービス利用に関する留意事項

① サービス利用の変更・追加

利用者の希望により、サービスの利用の変更・追加をすることが出来ます。

サービスの利用・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

② 解約料

ご利用の方が、所定の手続きを行なえば契約を解約することができ、一切料金はかかりませんが、例外もありますのでご注意ください。

【例外】正当な理由がなく解約し、当事業所及び他のサービス事業所へ迷惑がかかるような場合は、要介護度区分に応じた介護報酬の告示の額の実費

③ キャンセル料

ご利用の方のご都合により、サービスの中止をされた場合には、下記の料金がかかります。

ご利用日の前日午後5時までにご連絡頂いた場合

無 料

ご利用の当日午前9時までにご連絡頂いた場合

デイサービスの利用料の5%

ご利用日の当日午前9時までにご連絡が無かった場合

デイサービスの利用料の10%

④ お支払方法

現金集金・口座引き落としの2通りより、契約時にお選び下さい。申し出により、変更可能です。

毎月、15日までに前月分の請求を致しますので、2週間以内までにお支払い下さい。

お支払いを確認しましたら、領収書を発行します。

⑤ 通所介護サービスの施設・設備の使用上の注意

- ・施設・設備・敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、また、わずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により現状に復して頂くか、または相当の代価をお支払い頂く場合が有ります。【原状復帰の義務】
- ・当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行なう事は出来ません。
- ・施設内では喫煙は出来ません。

⑥ 健康診断書

- ・利用を開始する際には、ご利用者自身の健康管理と、衛生的で安全な施設利用を目的として、指定の医師による健康診断書を提出していただく場合があります。
- ・利用途中で著しい体調不良や感染症の恐れなどがある場合にも再度、健康診断書を提出していただくことがあります。

(6) サービス提供における事業者の義務

- ①ご利用者の生命・身体・生活環境等の安全確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調・健康状態からみて必要な場合には、医師・看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取・確認をします。
- ③サービス実施時にご利用者の病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医やご家族に対しての連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- ④非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に非難・救出その他必要な訓練を行います。
- ⑤ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑥事業者及びサービス従業者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。【守秘義務】
但し、ご利用者に緊急の医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。
- ⑦ご利用者様の人権を尊重し、緊急やむを得ない場合を除き、身体の拘束その他利用者様の行動を制限することを行いません。また、やむを得ず身体拘束や行動の制限を行なう場合は、その様態および時間、その際の利用者様の心身の状況、理由を記録いたします。

【身体拘束禁止規定】

- ⑧利用者の人権の擁護、虐待の防止等の為、利用者に対する虐待の禁止、虐待の予防及び早期発見のための措置等を定め、全ての職員がこれらを認識し、指針を遵守して、福祉の増進に努めます。施設内における高齢者虐待を防止するために、職員への研修を実施いたします。【虐待防止指針】

(7) 苦情の受付

窓	口	丸八デイサービス千成	
電	話	0 5 2－4 8 3－3 3 8 0	
受	付	時 間	午前9時から午後5時まで
担	当	管理者、生活相談員	

*当事業所の通所介護に関するご相談・苦情及び介護に関することについてのご相談・苦情を承ります。

行政機関受付窓口

窓	口	中村区役所 介護福祉課 午前9時から午後5時まで	
所	在	地	名古屋市中村区松原町1丁目23番1号
電	話	052-433-2906	

窓	口	名古屋市役所 介護指導課 午前9時から午後5時まで	
所	在	地	名古屋市東区東桜1丁目14番地の11 DP スクエア東桜8階
電	話	052-959-3087	

窓	口	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談室 午前9時から午後5時まで	
所	在	地	名古屋市東区泉1丁目6番5号
電	話	0 5 2－9 7 1－4 1 6 5	
F	A	X	0 5 2－9 6 2－8 8 7 0

【個人情報利用同意書】

私は（及び私の家族）の個人情報については、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）通所介護の提供を受けるに当たって、通所介護（通所介護予防）サービス計画に沿って、円滑にサービスを円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況等を把握するため
- （２）事業所内のカンファレンスのため
- （３）医療機関、介護保険施設、介護支援専門員、介護保険事業所、自治体（保険者）、その他社会福祉施設・団体との連絡調整のため

2. 個人情報の内容

- （１）氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業所が介護保険サービスを行うために必要なご利用者や家族の個人が識別され、又は識別されうる情報
- （２）その他ご利用者やご家族に関する個人情報であって、特定の個人が識別され、又は識別されうる情報

3. 使用する機関

契約締日からサービス提供の終了日まで

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、個人情報の提供に当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

上記の契約を証するために、本書2通を作成し、署名の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者

私は、通所介護契約書・重要事項説明書・個人情報利用同意書について説明を受け、
理解して内容を確認致しました。

私は、この契約書で通所介護サービスの利用を申込みます。

住所	
氏名	

代理人・代筆者

私は、本人の意思を確認して、本人に代わり上記署名を行いました。

住所			
氏名		本人との関係	
電話番号			
緊急時の 連絡先氏名	本人との関係（ ）	緊急時の 連絡先番号	

当事業所は、丸八デイサービス千成として、利用者（家族、代理人）の申込を受諾し、
この契約に定める各種サービスを誠実に、責任をもって行います。

所在地	〒453-0823 名古屋市中村区日ノ宮町2丁目129番地
名称	有限会社 丸八介護サービス 丸八デイサービス千成
代表者	代表取締役 飯尾 多門
説明者	

私は、利用者（家族、代理人）として、個人情報利用同意書について、家族等の情報利用
に同意を致します。

住所			
氏名		本人との関係	
電話番号		FAX	