

医療法人羊蹄会 デイサービスセンターしらゆりの里九之坪 重要事項説明書

＜ 令和7年 2月 1日 現在 ＞

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0568-27-2611（午前9時～午後5時まで）
担当 中川 和江

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 医療法人羊蹄会 デイサービスセンターしらゆりの里九之坪の概要

（1）提供できるサービスの種類と地域

サービス提供地域	名称	医療法人羊蹄会 デイサービスセンターしらゆりの里九之坪	
	所在地	愛知県北名古屋市九之坪寺領21番地1	
	介護保険指定番号	通所介護・予防専門型通所サービス	2377400169
	要介護	北名古屋市、清須市、岩倉市、豊山町、名古屋市北区の一部（大我麻町、会所町、喜惣治、楠町、南味鏡、苗田町、西味鏡、如意、若鶴町）、西区の一部（赤城町、あし原町、市場木町、浮野町、円明町、歌里町、大野木町、上小田井、上橋町、貴生町、木前町、清里町、城町、砂原町、玉池町、十方町、長先町、中沼町、西原町、野南町、花原町、比良、平出町、平中町、二方町、枇杷島、宝池町、南川町、山田町、中小田井）	
	事業対象者・要支援	名古屋市（北区・西区）、北名古屋市、岩倉市	

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

※ 介護保険法第115条の45の規定による介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施にともない契約書書面中に「介護予防通所介護」とあるのは、「予防専門型通所サービス（総合事業において実施される介護予防通所介護相当のサービス）」と読み替えるものとする。

（2）同センターの職員体制

	資格	人数
管理者		1名
生活相談員		1名以上
機能訓練指導員	看護職員	1名以上
	看護職員	1名以上
	介護職員	8名以上

管理者は施設の管理にあたる

生活相談員は利用者からの相談に対して、助言・援助にあたる

機能訓練指導員は利用者の機能維持・回復の訓練・指導にあたる

看護職員は利用者の看護にあたる

介護職員は利用者の介護・日常生活のお世話にあたる

（3）同センターの設備の概要

定員	40名	静養室	1室 2床
食堂兼機能訓練室	1室 127.11㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽とリフト浴槽があります		
		送迎車	3台

(4) 営業時間及びサービス提供時間

営業時間	午前8時30分～午後6時00分
サービス提供時間	午前9時00分～午後5時00分【内 7時間以上】

* 緊急連絡電話 0568-27-2611

* 営業日は月曜から土曜日まで。ただし、12月31日から1月3日までを除く。

* 日曜日・年末年始・その他法人の定めた休日があります。

3. サービス内容

- ① 送迎 介護に適した車両でご自宅まで送迎いたします。
送迎は運転手の他、介助のための職員を配置します。
- ② 食事 状態にあわせたお食事(疾病食、きざみ食)を提供いたします。
- ③ 入浴 毎回健康チェックをし入浴の可否を判断し、介護度にあわせた入浴方法をとります。
- ④ 機能訓練 個人のケアプランに合わせた訓練をいたします。
- ⑤ 生活相談 ご本人・介護者ともに介護などのご相談をいたします。

4. 料金(料金は事業対象者と要支援と要介護の方では算出体系が異なります)

指定通所介護及び予防専門型通所サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額と当該指定通所介護及び第1号通所事業が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

※ 要支援者と事業対象者はお住まいの地域により利用料が算出されます。

※ 要介護の方は利用する事業所がある地域により利用料が算出されます。

(市 ・ 町)にお住まいの地域区分については、 地域区分換算表より(3. 4. 5. 6. 7)級地 (1単位: 10.68、10.54、10.45、10.27、10.14 円)の適応となります

(1) 利用料金

① 予防専門型通所サービス利用料(事業対象者・要支援の方)

【北名古屋市】

	1月あたりの単位数
要支援1	1798単位
要支援2	3621単位

※ 送迎および入浴に要する単位は予防専門型通所サービス利用料に包括

※ 予防専門型通所サービス は月あたりの料金設定です

- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 1月あたり 88単位 (要支援1)
1月あたり 176単位 (要支援2)
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 1月あたり 72単位 (要支援1)
1月あたり 144単位 (要支援2)
- ・ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 1月あたり 24単位 (要支援1)
1月あたり 48単位 (要支援2)

※ サービス提供体制強化加算は(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかの加算になります。
条件を満たした時期の算定になります

【岩倉市】

	1月あたりの単位数
事業対象者・要支援1	1798単位
要支援2	3621単位

※ 送迎および入浴に要する単位は予防専門型通所サービス利用料に包括

※ 予防専門型通所サービスは月あたりの料金設定です

・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 1月あたり 88単位 (事業対象者・要支援1)

1月あたり 176単位 (要支援2)

・ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 1月あたり 72単位 (事業対象者・要支援1)

1月あたり 144単位 (要支援2)

・ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 1月あたり 24単位 (事業対象者・要支援1)

1月あたり 48単位 (要支援2)

※ サービス提供体制強化加算は(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかの加算になります。
条件を満たした時期の算定になります

【名古屋市】

	1月あたりの単位数
事業対象者・要支援1	1798単位
要支援2(週1回程度)	
要支援2(週2回程度)	3621単位

※ 送迎および入浴に要する単位は予防専門型通所サービス利用料に包括

※ 予防専門型通所サービスは月あたりの料金設定です

・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 1月あたり 88単位 (事業対象者・要支援1)

1月あたり 88単位 (要支援2 ※週1回利用)

1月あたり 176単位 (要支援2 ※週2回利用)

・ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 1月あたり 72単位 (事業対象者・要支援1)

1月あたり 72単位 (要支援2 ※週1回利用)

1月あたり 144単位 (要支援2 ※週2回利用)

・ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 1月あたり 24単位 (事業対象者・要支援1)

1月あたり 24単位 (要支援2 ※週1回利用)

1月あたり 48単位 (要支援2 ※週2回利用)

※ サービス提供体制強化加算は(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかの加算になります。
条件を満たした時期の算定になります

(共通加算項目)

- ① 一体的サービス提供加算 * 1月あたり480単位
- ② 生活機能向上連携加算Ⅱ * 1月あたり 200単位
- ③ 栄養アセスメント加算 * 1月あたり 50単位
- ④ 栄養改善加算 * 1月あたり200単位/月2回限度
- ⑤ 口腔機能向上加算(Ⅱ) * 1月あたり160単位/月2回限度
- ⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) * 1回あたり 20単位/6か月1回
- ⑦ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) * 1回あたり 5単位/6か月1回
- ⑧ 送迎減算 * 片道につき47単位減算(事業所が送迎を行わなかった場合)
- ⑨ 科学的介護推進体制加算 * 1月あたり 40単位
- ⑬ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) * 総単位数×9.0% ←令和6年6月より算定

* 該当する場合に算定となります。

② 通所介護 利用料(要介護度の方) 大規模型通所介護(Ⅱ)

	1日あたりの単位数
要介護度1	607単位
要介護度2	716単位
要介護度3	830単位
要介護度4	946単位
要介護度5	1059単位

※ 送迎に要する単位は通所介護利用料に含まれます

- ① 入浴介助加算(Ⅰ) * 入浴介助 1回あたり 40単位
- ② 生活機能向上連携加算(Ⅱ) * 1月あたり 200単位 ③を算定している場合100単位/月
- ③ 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ * 1日あたり 76単位
- ④ 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ * 1日あたり 56単位
- ⑤ 個別機能訓練加算(Ⅱ) * 1日あたり 20単位
- ⑥ ADL維持等加算(Ⅰ) * 1月あたり 30単位
- ADL維持等加算(Ⅱ) * 1月あたり 60単位
- ADL維持等加算(Ⅲ) * 1月あたり 3単位

ADL維持等加算は(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかの加算となります。

- ⑦ 栄養アセスメント加算 * 1月あたり 50単位
- ⑧ 栄養改善加算 * 1回あたり 200単位 (月に2回限度)
- ⑨ 口腔機能向上加算(Ⅱ) * 1回あたり 160単位 (月2回まで)
- ⑩ 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) * 1回あたり 20単位 (6か月に1回) ⑦⑧⑨を算定していない場合
- 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) * 1回あたり 5単位 (6月に1回) ⑦⑧を算定し⑨を算定していない場合、もしくは⑦⑧を算定せず⑨を算定している場合
- ⑪ 送迎減算 片道につき47単位減算(事業所が送迎を行わなかった場合)
- ⑫ 科学的介護推進体制加算 1月あたり 40単位
- ⑬ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) * 1日あたり 22単位
- サービス提供体制強化加算(Ⅱ) * 1日あたり 18単位
- サービス提供体制強化加算(Ⅲ) * 1日あたり 6単位
- ⑰ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 総単位数×9.0% ←令和6年6月より算定

※ 条件を満たした時期の算定になります

③ 自費利用料(共通:要支援・要介護の方)

- ・ 昼食代 1食あたり ￥696 (全額自己負担)

- * その他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。
- * 介護保険適用でも、保険料の滞納により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合、一旦利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、当人の介護保険証を発行して市町村の窓口を提供しますと差額の払戻しを受けることができます

(2) 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がかかります。

① ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合 *	無料
② ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	¥500
③ ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合	¥1,000

* ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

(3) 支払方法

毎月、10日から前月分の請求をいたしますので、当月26日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金支払い、口座自動引き落としの中からご契約の際に選べます。

5. 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とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご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。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただ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いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合(※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。)
- ・お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、お客様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、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、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。

6. 当センターの特長等

(1) 運営の方針

1. 利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、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世話及び機能訓練を行うことにより、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身体的及び精神的負担の軽減を図ることを行います。
2. 当センターは、通所介護の提供を懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対して、療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導または説明を行います。
3. 当センターは、法人の「ハラスメント防止に関する規程」に則ってハラスメント防止に努めます。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
時間延長の可否	無	
従業員への研修の実施	有	年1回

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡 …………… 変更等があるときは前日までにご連絡下さい。
- ・体調確認 …………… ご家庭でご本人に変化があるときは、お迎えの時か、連絡帳にご記入下さい。
- ・体調不良等による
サービスの中止・変更 …………… 前日午後5時までにご連絡下さい。
- ・食事のキャンセル …………… ご利用当日来所時までにご連絡下さい。
- ・時間変更 …………… 前日午後5時までにご連絡下さい。
- ・設備、器具の利用 …………… 従業員の指示に従ってご利用下さい。
- ・セクシャルハラスメント …………… 職員に対するセクシャルハラスメント(性的嫌がらせ)には警察への通報やサービス提供中止を含め、厳格に対処いたします。
- ・貴重品の持ち込み …………… 貴重品や金銭は必要以外は持ち込まないようにお願いします。紛失・破損については、責任を負いかねます。
- ・記録の開示 …………… 利用者またはご家族の申立てによりサービス提供の記録や計画書の内容を開示いたします。

7. 第三者評価の実施状況

実施の有無	無
実施年月日	無
実施期間	無

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちはあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

9. 非常災害対策

- ・防災時の対応 …………… 防災計画にもとづく法人内自衛消防隊による
- ・防災設備 …………… 自動火災報知装置、誘導等設備、火災通報装置
- ・防災訓練 …………… 年2回
- ・防火責任者 …………… 大沢 英樹

10. 虐待の防止について

当施設では、ご利用者等の人權の擁護・虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する専任の担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者： 田谷 真弓

②苦情解決体制を整備しています。

③従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

④虐待防止委員会を設置しています。

⑤サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

11. サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当 医療法人羊蹄会事務局長 山田 靖 電話 0587-66-6655
受付時間 月曜日から金曜日 9:00 ~ 17:00

② 愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談室

電話 052-971-4165

③ 当センター以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名

北名古屋市	高齢福祉課	電話	0568-23-6111
清須市	高齢福祉課介護保険係	電話	052-400-2911
岩倉市	長寿介護課	電話	0587-66-1111
豊山町	高齢者・介護係	電話	0568-28-0100
名古屋市	高齢福祉部介護保険課指導係	電話	052-972-2592

令和 年 月 日

通所介護・予防専門型通所サービスの提供開始にあたり、ご利用者様に対して契約書および本書面に基づいた重要な事項を説明しました

事業者

所在地	愛知県北名古屋市九之坪寺領21番地1		
名称	医療法人羊蹄会 デイサービスセンターしらゆりの里九之坪		
代表者名	医療法人 羊蹄会 理事長	中川 拓	印
説明者	所属	医療法人羊蹄会 デイサービスセンターしらゆりの里九之坪	
	氏名	中川 和江	印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護・予防専門型通所サービスについての重要事項の説明を受け了承しました。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印

(署名代行者)	住所	
	氏名	印
	署名を代行した理由	