

デイサービスセンター道 重要事項説明書
「地域密着型通所介護事業」

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(紀北広域連合指定 第 2473000301 号)

当事業所は、ご利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定等の結果「要介護」と認定された方が対象です。要介護認定等をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 守秘義務	7
7. 緊急時における対応方法.....	7
8. 事故発生時の対応.....	7
9. 虐待防止.....	7
10. 身体拘束の制限について	7
11. 運営推進委員会	7
12. 苦情の受付について.....	8

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 長茂会 |
| (2) 法人所在地 | 三重県尾鷲市大字南浦 4587 番地の 4 |
| (3) 電話番号 | 0597-22-8100 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 世古 祐臣 |
| (5) 設立年月 | 昭和 52 年 6 月 1 日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所 平成 28 年 4 月 1 日指定
紀北広域連合指定 第 2473000301 号
※当事業所は単独型通所介護事業所です。
- (2) 事業所の目的 要介護状態等にある高齢者等に対し、適正な指定地域密着型通所
介護事業を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター道
- (4) 事業所所在地 三重県北牟婁郡紀北町相賀 265-1
- (5) 電話番号 0597-32-1112
- (6) 管理者氏名 奥田 大貴
- (7) 運営方針 要介護状態等の心身の特性を踏まえて、そのご利用者が可能な限
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
営むことができるよう、さらにご利用者の社会的孤立感の解消及
び心身機能の維持並びにそのご家族の身体的、精神的負担の軽減
を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護そ
の他必要な援助を行う。
- (8) 開設年月日 平成 22 年 11 月 1 日
- (9) 利用定員 10 人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 紀北町 尾鷲市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日及び営業時間	月・水・木・金・日曜日 (12 月 31 日～1 月 1 日を除く) 8 時 30 分～17 時 30 分
サービス提供時間	9 時 30 分～16 時 40 分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人員
1. 管理者	1 名 (介護職員兼務)
2. 介護職員	3 名 (1 名専従、1 名管理者兼務、2 名生活相談員兼務)
3. 生活相談員	2 名 (介護職員兼務)
4. 機能訓練指導員	2 名 (2 名専従)

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|-----------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|-----------------------------------------------------|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

当事業所では、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 12:00 ~

②入浴

入浴又は清拭を行います。

③排泄

ご利用者の排せつの介助を行います。

<サービス利用料金(1回あたり)>

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度等に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(上記サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度等に応じて異なります。)

また、介護保険自己負担分は介護保険負担割合に応じた料金になります。

※介護保険の給付の限度額を超えた部分にかかるサービスについては全額自己負担となります。

※ご利用者がまだ要介護認定等を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定等を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。下記(2)①参照

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

〈 基本料金 〉

要介護状態区分等	(1-1) 3時間～4時間	(1-2) 4時間～5時間	(1-3) 5時間～6時間	(1-4) 6時間～7時間	(1-5) 7時間～8時間	その他の加算
要介護度 1	4,160 円	4,360 円	6,570 円	6,780 円	7,530 円	(2) サービス提供体制強化加算 I (1回) 220 円 1割の場合 22 円 2割の場合 44 円 3割の場合 66 円
1割負担	416 円	436 円	657 円	678 円	753 円	
2割負担	832 円	872 円	1,314 円	1,356 円	1,506 円	
3割負担	1,248 円	1,308 円	1,971 円	2,034 円	2,259 円	(3) 入浴介助加算 I (1回) 400 円 1割の場合 40 円 2割の場合 80 円 3割の場合 120 円
要介護度 2	4,780 円	5,010 円	7,760 円	8,010 円	8,900 円	
1割負担	478 円	501 円	776 円	801 円	890 円	
2割負担	956 円	1,002 円	1,552 円	1,602 円	1,780 円	(4) 介護職員等処遇改善加算 II (1) から (3) までにより算定した 単位数 (自己負担額) の 1000 分の 90 に相当する金額
3割負担	1,434 円	1,503 円	2,328 円	2,403 円	2,670 円	
要介護度 3	5,400 円	5,660 円	8,960 円	9,250 円	10,320 円	
1割負担	540 円	566 円	896 円	925 円	1,032 円	
2割負担	1,080 円	1,132 円	1,792 円	1,850 円	2,064 円	
3割負担	1,620 円	1,698 円	2,688 円	2,775 円	3,096 円	
要介護度 4	6,000 円	6,290 円	10,130 円	10,490 円	11,720 円	
1割負担	600 円	629 円	1,013 円	1,049 円	1,172 円	
2割負担	1,200 円	1,258 円	2,026 円	2,098 円	2,344 円	
3割負担	1,800 円	1,887 円	3,039 円	3,147 円	3,516 円	

要介護状態区分等	(1-1) 3時間～4時間	(1-2) 4時間～5時間	(1-3) 5時間～6時間	(1-4) 6時間～7時間	(1-5) 7時間～8時間	
要介護度 5	6,630 円	6,950 円	11,340 円	11,720 円	13,120 円	
1 割負担	663 円	695 円	1,134 円	1,172 円	1,312 円	
2 割負担	1,326 円	1,390 円	2,268 円	2,344 円	2,624 円	
3 割負担	1,989 円	2,085 円	3,402 円	3,516 円	3,936 円	

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①食事提供費

料金：1回あたり 650 円

※ご利用者の希望に基づいて特別な食事を提供した場合も要した費用の実費を負担していただきます。

②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合はお住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

片道・・・通常の事業の実施地域を越えた地点から、1kmあたり 30 円

③レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し請求しますので、サービス利用翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

※その他ご希望により、お支払方法のご相談はお受け致しております。

ア. 現金による支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

百五銀行 尾鷲支店 普通 456510

デイサービスセンター道 世古 祐臣

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、食事提供費等の料金をいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

6. 守秘義務

- (1) 事業者及び職員又は職員であった者は、通所介護サービスを提供する上で知り得たご利用者又はその身元保証人等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 前2項にかかわらず、ご利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、ご利用者又は身元保証人等の個人情報を用いることができるものとします。

7. 緊急時における対応方法

サービスの提供中にご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

- (1) 迅速な事故処理を行います。
- (2) ご利用者の身元保証人、居宅介護支援事業所、市町村等に連絡を取ります。
- (3) 賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。
- (4) 再発防止策を講じます。

9. 虐待防止

事業者は、ご利用者の人権の擁護及び虐待の防止のため、責任者の設置その他必要な体制の整備を行うとともに、職員に対する研修の実施その他必要な措置を講じます。

10. 身体拘束の制限

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合にはご利用者及び身元保証人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

11. 運営推進委員会

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流を図るものとします。
- (2) 事業所を行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、運営推進委員会を設置します。
- (3) 事業所は、運営推進会議の設置、運営等に関する事項について、運営推進会議設置

要綱を定めます。

1 2. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

[職 名] 生活相談員

[氏 名] 三浦 貴子

電話番号 0597-32-1112

○受付時間 毎週月・水・木・金・日曜日 9:00～17:00（緊急の場合はこの限りではない）

また、苦情受付ボックスをデイサービス事務所前に設置しています。

(2) その他介護サービス苦情相談窓口

○三重県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係

[電話番号] 059-222-4165

[受付時間] 毎週月曜日～金曜日 9時00分～17時00分

○紀北町福祉保健課高齢者・障害者福祉係

[電話番号] 0597-46-3122

[受付時間] 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

○尾鷲市福祉保健課高齢者・児童係

[電話番号] 0597-23-8201

[受付時間] 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

○紀北広域連合介護保険課

[電話番号] 0597-35-0888

[受付時間] 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

○三重県社会福祉協議会サービス運営適正化委員会

[電話番号] 059-224-8111

[受付時間] 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時00分

令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター道

説明者職名 _____

氏 名 _____

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者住所 _____

氏 名 _____

身元保証人住所 _____

氏 名 _____

ご利用者との続柄 _____

