

デイサービスセンターなるせ 重要事項説明書

当事業所（介護保険事業者番号 秋田県指定 第 0572817617号）はご契約者に（以後、「ご利用者」といいます。）対して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・契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

法人名 : 社会福祉法人 雄勝なごみ会
所在地 : 湯沢市小野字大沢田221番地
電話番号 : 0183-52-5210
F A X : 0183-52-5211
代表者名 : 理事長 栗林 孝得
設立年月 : 昭和56年 5月27日

2. 事業所の概要

- (1). 施設の種類 指定地域密着型通所介護事業所・平成28年4月1日指定
指定介護予防通所介護事業所・平成21年4月1日指定
秋田県 0572817617号
- (2). 施設の目的 デイサービスセンターなるせは、介護保険法令の主旨に従い、ご利用者とその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に地域密着型通所介護サービスを提供します。
- (3). 施設の名称 デイサービスセンターなるせ
- (4). 施設の所在地 東成瀬村岩井川字東村72番地
- (5). 電話番号 0182-47-3512
- (6). 事業所長（管理者）氏名 玉井 広子
- (7). 当事業所の運営方針

本事業所において提供する地域密着型通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の主旨及び内容に沿ったものとします。

- 1 ご利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、ご利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に地域密着型通所介護計画を作成することにより、ご利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- 2 ご利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明します。
- 3 適切な介護技術をもってサービスを提供します。
- 4 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。

5 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った地域密着型通所介護を提供します。

(8)．開設年月日 平成 21 年 4 月 1 日

(9)．通常の事業の実施地域 東成瀬村

(10)．営業日及び営業時間

営業日	天災その他止むを得ず業務を遂行できない日を除き、一週 5 日間（月曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日）
受付時間	午前 8 時 15 分から午後 5 時 15 分まで
サービス提供時間	午前 9 時 30 分から午後 4 時 00 分

(11)．利用定員 15 名

3. 職員の配置状況

(1)．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、指定基準を遵守します。>

	配置人員	指定基準
1 管理者	1 名	1 名
2 介護職員 (兼務パート含む)	4 名	1 名
3 生活相談員(兼務含む)	2 名	1 名
4 看護職員 (兼務含む)	2 名	1 名

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 午前 8 時 15 分から午後 5 時 15 分まで
2. 看護職員	勤務時間 午前 8 時 15 分から午後 5 時 15 分まで

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約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) 利用料金の金額をご利用者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①. 食事（但し、食費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を取っていただくことを原則としています。

（食事時間）

午後0時から午後1時まで

②. 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③. 排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

④. 機能訓練

- ・介護職員や看護師が、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。

<地域密着型通所介護サービス利用料金（1回あたり）>

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金（自己負担額）をお支払い下さい。上記サービス利用料金は、ご利用者の要介護度、介護保険負担割合に応じて異なります。

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）について、1ヶ月の利用合計単位数に対し5.9%を乗じた額が算定されるため、利用回数および端数処理のため月額合計利用料に若干の差異が生じます。

※介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）について、1ヶ月の利用合計単位数に対し1.2%を乗じた額が算定されるため、利用回数および端数処理のため月額合計利用料に若干の差異が生じます。

[1割負担]

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本報酬自己負担額	676円	798円	922円	1,045円	1,168円
入浴加算	40円	40円	40円	40円	40円
サービス提供体制強化加算	18円	18円	18円	18円	18円
中重度者ケア体制加算	45円	45円	45円	45円	45円

介護職員処遇改善加算	46円	53円	60円	68円	75円
介護職員等特定処遇改善加算	9円	11円	12円	14円	15円
昼食代	520円	520円	520円	520円	520円
合 計	1,354円	1,485円	1,617円	1,750円	1,881円

※科学的介護推進加算（Ⅰ）として月40円加算されます。

〔 2割負担 〕

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本報酬自己負担額	1,352円	1,596円	1,844円	2,090円	2,336円
入浴加算	80円	80円	80円	80円	80円
サービス提供体制強化加算	36円	36円	36円	36円	36円
中重度者ケア体制加算	90円	90円	90円	90円	90円
介護職員処遇改善加算	92円	106円	121円	135円	150円
介護職員等特定処遇改善加算	19円	22円	25円	28円	31円
昼食代	520円	520円	520円	520円	520円
合 計	2,189円	2,450円	2,716円	2,979円	3,243円

※科学的介護推進加算（Ⅰ）として月80円加算されます。

〔 3割負担 〕

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本報酬自己負担額	2,028円	2,394円	2,766円	3,135円	3,504円
入浴加算	120円	120円	120円	120円	120円
サービス提供体制強化加算	54円	54円	54円	54円	54円
中重度者ケア体制加算	135円	135円	135円	135円	135円
介護職員処遇改善加算	138円	159円	181円	203円	225円
介護職員等特定処遇改善加算	29円	32円	37円	41円	46円
昼食代	520円	520円	520円	520円	520円
合 計	3,024円	3,414円	3,813円	4,208円	4,604円

※科学的介護推進加算（Ⅰ）として月120円加算されます。

<介護予防・日常生活総合事業 独自通所型サービス利用料金 (月額) >

下記の料金表によって、ご利用者の要支援度に応じたサービス利用料金(自己負担額)をお支払い下さい。サービスの利用料金は、ご利用者の介護保険負担割合に応じて異なります。

基本料金 (月額)

[1割負担]

	要支援 1	要支援 2
個人報酬自己負担額	1, 672円	3, 428円
サービス提供体制加算	72円	144円
介護職員処遇改善加算	103円	211円
介護職員等処遇改善加算	21円	43円
科学的介護推進体制加算	40円	40円
合 計	1, 908円	3, 866円

[2割負担]

	要支援 1	要支援 2
個人報酬自己負担額	3, 344円	6, 856円
サービス提供体制加算	144円	288円
介護職員処遇改善加算	206円	421円
介護職員等処遇改善加算	42円	86円
科学的介護推進体制加算	80円	80円
合 計	3, 816円	7, 731円

[3割負担]

	要支援 1	要支援 2
個人報酬自己負担額	5, 016円	10, 284円
サービス提供体制加算	216円	432円
介護職員処遇改善加算	309円	632円
介護職員等処遇改善加算	63円	129円
科学的介護推進体制加算	120円	120円
合 計	5, 724円	11, 597円

☆利用回数毎に食費(520円)が加算されます。

☆ご利用者がまだ要介護(要支援)認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦いただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第7条参照)

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. 食費

・ご利用者に提供する食事の費用です。

料金：1回あたり520円

②. ご利用者の送迎は基本料金に含まれます。(要介護のご利用者で、ご家族が送迎した場合は一回あたり47円返金する場合があります。)

③. レクリエーション、クラブ活動費

・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. ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 20円

⑤. 日常生活用品(尿取パット、ミニクローズなど)を使用されている方は、デイサービス利用に持参していただきます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2カ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書類第7条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時現金又は、次月25日に北都銀行・ゆうちょ銀行、JAこまち東成瀬支店より自動引き落としにより支払うものとします。

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第8条参照)

○利用予定日前に、ご利用者の都合により、地域密着型通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスに利用を追加することができます。この

場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

○実施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なされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良など正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10パーセント (自己負担相当額)

○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。

5. 事故発生時の対応について

- (1) 事業者は、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合、村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (3) 事業者は、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

6. 緊急時の対応について

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡など必要な処置を講じます。

7. 利用者の記録及び情報の管理等について

- (1) 従業者及び従業者であったものは、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者及び家族の秘密を守ります。
- (2) 事業者は法令に基づいて、利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。
- (3) 事業者は、サービス担当者会議などにおいて、利用者の個人情報を用いる場合や利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文章により得て行います。(広報の写真等の掲載も含みます。)

8. 身体拘束の禁止について

原則として、利用者の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、緊急やむおでない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及び家族へ十分説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の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。

9. 利用者の尊厳について

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

10. 運営推進会議の設置

(1). 当事業所は、地域密着型通所介護にあたり、地域との連携と事業所運営の透明性を確保する為に、利用者やその家族、地域住民の代表者、市町村職員または地域包括支援センター職員、地域密着型通所介護について知見を有する者などで構成され、活動状況報告・評価を受けるとともに、会議で要望や助言を聴く機会を設ける事を目的に、運営推進会議を設置します。

(2). 開催回数はおおむね6ヶ月に一回とする。

11. 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付ます。

○苦情受付窓口（担当者）管理者 玉井広子

○受付時間 午前8時30分から午後5時15分まで

また、苦情受付ボックスを園内に設置します。当法人では苦情解決第三者委員を下記により設置しております。

職業	氏名	連絡先
元行政医療関係者	根岸 ゆり子	0183-52-2722
学 識 経 験 者	柿崎 清	0183-73-1877
学 識 経 験 者	大山 史子	090-7666-5227

(2) 行政機関その他

苦情受付の窓口	
東成瀬村民生課	所在地：東成瀬村田子内字仙人下 30-1 電 話：0182-47-3401
秋田県国民健康保険団体連合会	所在地：秋田県秋田市山王四丁目2-3 電 話：018-883-1550
秋田県福祉サービス相談センター (秋田県運営適正化委員会)	所在地：秋田県秋田市旭北栄町1-5 電 話：018-864-2726

東成瀬村デイサービスセンターなるせ

重要事項説明確認書及び送迎時間確認書

令和 年 月 日

東成瀬村デイサービスセンターなるせのサービス提供の開始に際し、ご利用者に対して重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を行いました。及び様のお迎えの時間は、午前 時 分ころ、お送りの時間は、午後 時 分ころとさせていただきます。なお、交通事情等によってご説明の送迎時間に、多少の異差が発生する場合も予想されますが御了承ください。

社会福祉法人 雄勝なごみ会
東成瀬村デイサービスセンターなるせ

説明者 氏名 印

私は、東成瀬村デイサービスセンターなるせ重要事項説明書に基づいてと送迎時間についての説明を事業者から受け、サービスの提供に同意しました。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

家族代表者 住所 _____

氏名 _____ 印