

「指定通所介護」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(石川県指定 1771500418号)

当事業所は契約者に対して指定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とおり説明します。

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

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 麗心会 |
| (2) 法人所在地 | 石川県羽咋郡志賀町給分ホの3番1 |
| (3) 電話番号 | 0767-42-2600 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 藤田 隆司 |
| (5) 設立年月日 | 平成12年4月27日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|------------|---------------------------|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護
石川県 1771500418号 |
|------------|---------------------------|

(2) 事業所の目的

通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、契約者が可能な限り居宅において、日常生活ができるよう日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより契約者の社会的孤立感の解消と家族の介護負担の軽減を図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アイリス |
| (4) 事業所の所在地 | 石川県羽咋郡志賀町給分ニ27番1 |
| (5) 電話番号 | 0767-42-2600 |
| (6) 事業所長(管理者) | 本田 剛 |
| (7) 当事業所の運営方針 | |

事業所は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目的を設定し利用者の状態に応じて、必要とする適切なサービスを提供するとともに、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。

- | | |
|-----------|----------------|
| (8) 開設年月日 | 平成29年7月1日 |
| (9) 利用定員 | 20人(通常規模型通所介護) |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 志賀町全域

営業日	月曜日から土曜日 (1月1日を除く)
受付時間	8:30 ~ 17:30
サービス提供時間帯	9:00 ~ 16:00

4. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防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	常勤	非常勤
1. 事業所長（管理者）	1	
2. 介護職員	3	1
3. 生活相談員	1	
4. 看護職員		2
5. 機能訓練指導員	1	2

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、契約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) 利用料金の全額を契約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。

☆利用するサービスの種類や、実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

〈サービスの概要〉

☆共通的服务

①食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。 (食事時間) 12:00 ~ 12:45

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

- ・契約者の排泄の介助を行います。

④送迎サービス

- ・契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の1割又は2割、3割を追加料金としてご負担いただきます。

①サービス提供体制強化加算Ⅰ

介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

②介護職員処遇改善加算Ⅱ

〈サービスの利用料金（1日あたり）〉

下記の料金表によって、契約者の要介護度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。（サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。）

☆共通的服务

契約者の要介護とサービス利用料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者自己負担 1割負担額	6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円
	658円	777円	900円	1,023円	1,148円

☆一定の所得以上の方の利用者自己負担については、1割ではなく2割又は3割の自己負担となります。その場合は介護保険負担割合証で確認させていただきます。上記基準サービス利用料の他、下記のサービス加算を提供させていただく場合には、介護保険制度の給付に則ったご利用者負担額（介護保険負担割合証による割合）をご負担いただきます。

- 入浴介助加算Ⅰとして1回につき40単位が加算されます。
- サービス提供体制強化加算Ⅰとして1回につき22単位が加算されます。
- 個別機能訓練加算Ⅰイとして1回につき56単位、または個別機能訓練加算Ⅰロとして1回につき76単位が加算されます。
- 個別機能訓練加算Ⅱとして1カ月につき20単位が加算されます。
- ADL維持等加算Ⅰとして1カ月につき30単位またはⅡとして60単位加算されます。
- 科学的介護推進体制加算として1カ月40単位が加算されます。
- 介護職員等処遇改善加算Ⅱとして（基本費用＋各種加算）×9.0%が加算されます。
- 業務継続計画未実施減算として基準に適合していない場合所定単位の1.0%を、高齢者虐待防止措置未実施減算として措置が講じられていない場合所定単位数の1.0%を減算します。
- 利用者に対して送迎を行わない場合は、片道につき47単位減算されます。

☆契約者がまだ要介護認定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、契約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。

☆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、契約者の負

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

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事の提供にかかる費用

契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1食あたり 750円

② レクリエーション、クラブ活動

契約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。

③ 複写物の交付

契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。必要に応じ複写物の交付も行っております。

④ 日常生活上必要となる生活用品

必要な日常生活用品、処置等に必要な物品は各自持参して下さい。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1箇月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までにお支払い下さい。

お支払方法

1. 窓口現金支払
2. 口座引落
3. 口座振込

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、契約者の都合により、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の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。

○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契約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契約者に掲示して協議します。

6. サービス提供における事業者の義務

(1) 事業者及び従業員の義務

○サービスの提供にあたって契約者の生命・身体・財産の安全確保に配慮いたします。

○サービス実施日において、契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、看護職員もしくは主治医と連携し、契約者又はその家族等からの聴取、確認の上で通所介護サービスを実施するものとします。

○事業者は、契約者に対する通所介護サービスの実施について記録を作成いたします。

(2) 緊急時の対応

サービス実施時に、契約者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに家族をはじめ主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

なお、緊急時の対応の為に、協力医療機関と連携をとっています。

協力医療機関

- ・ 町立富来病院 石川県羽咋郡志賀町富来地頭町 7-110-1
診療科：内科、外科、整形外科、泌尿器科、眼科、皮膚科、婦人科等

(3) 事故発生時の対応

事業者は、契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、契約者の家族、契約者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(4) 非常災害対策

事業者は、非常災害時の関係機関への通報及び連携態勢を確保し、消防防災計画マニュアルにより、非常災害に関する具体的な通報・連携態勢について定期的に従業員に周知し、定期的に訓練し、被害を最小限にとどめるよう努めます。

(5) 守秘義務

事業者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者又はその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。本契約が終了した後も同様です。ただし、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心得等の情報を提供いたします。

7. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情解決責任者
〔職氏名〕 理事長 藤田 隆司
- 苦情受付窓口（担当者）
〔職氏名〕 管理者 本田 剛
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30 ～ 17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

志賀町 健康福祉課	所在地：石川県羽咋郡志賀町末吉千古1番地1 電話番号：0767-32-1111 F A X：0767-32-3933
国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情110番)	所在地：石川県金沢市幸町12の1 幸町庁舎4F 電話番号：076-231-1110 F A X：076-231-1601

8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

【実施済の場合】

- 実施年月日 年 月 日
- 実施評価機関の名称 ()
- 評価結果の開示状況 ()

【未実施の場合】

未実施

令和 年 月 日

指定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アイリス

説明者職名..... 氏名.....印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所.....

氏名.....印

契約者代理人住所.....

氏名.....印 (続柄)