

周南市須金老人デイサービスセンター重要事項説明書

【令和3年 4月1日現在】

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
指定番号 3570500334

1 事業者（法人）について

法人名称	社会福祉法人 周南市社会福祉事業団
代表者氏名	理事長 原田 雅史
法人所在地	周南市瀬戸見町12番30号
電話番号	0834-34-8881
法人設立年月日	昭和49年5月8日

2 指定地域密着型通所介護等のサービスを提供する事業所について

(1) 事業所の概要

事業所名称	周南市須金老人デイサービスセンター
介護保険指定 事業所番号	指定番号 3570500334
事業所所在地	周南市大字須万2488番地
電話番号	0834-86-2825
管理者	所長 高辻 裕嗣
開設年月日	平成6年5月9日
通常の事業の 実施地域	周南市
利用定員	15名（自立支援通所介護の上限は5名）

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	在宅の要支援状態または要介護状態にある高齢者等に対し、適切な通所介護等のサービスを提供することにより、利用者の自立的生活の助長、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上を図るとともに、その家族の身体的、精神的な負担の軽減を図ることを目的とします。
運営の方針	通所介護等の事業の適正な運営を確保するために、介護保険法令にしたがい、人員及び管理運営に関する事項を定め、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な通所介護等のサービスを提供します。

(3) 営業日及び開館時間

営業日	月曜日～金曜日
-----	---------

開館時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後4時
休館日	土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始（12月29日～翌年1月3日）、8月15日

(4) サービス提供時間

サービス提供時間	午前9時～午後3時 サービス提供時間につきましては、上記時間内において通所介護計画に基づき実施いたしますので、利用者ごとにサービス提供時間に違いが生じることがあります。
----------	---

(5) 職員の配置状況

当事業所では、地域密着型通所介護等のサービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

<職員の配置状況及び管理者>

職種	常勤	非常勤	職務内容
所長（管理者）	(1)		・デイサービスの管理、運営を行います。 ※生活相談員と兼務いたします。
生活相談員	(2)		・利用者の日常生活上の生活援助を行うとともに、利用申込に係る調整、通所介護等計画の作成等を行います。 ※所長と兼務いたします。
看護職員	(1)	(2)	・利用者の健康管理や療養上の支援を行います。日常生活上の介護等も行います。※機能訓練指導員と兼務いたします。
介護職員	1 (1)	(1)	・入浴、排泄、食事等の介護を行うとともに、利用者の送迎を行います。※常勤1名は生活相談員と兼務いたします。
機能訓練指導員	(1)	(2)	・利用者の機能訓練を担当します。 ※看護職員と兼務いたします。
事務職員	(1)		・デイサービスの運営に係る事務を行います。 ※生活相談員と兼務いたします。

※()については兼務職員です。

<職員の勤務時間>

勤務時間	午前8時15分～午後5時
------	--------------

3 提供するサービスの内容及び利用料金について

(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、利用料金の大部分（9割から7割）が介護保険から給付されます。

サービス区分と種類	サービスの内容
介護サービス	移動、排泄、食事、入浴の介助等、利用者の心身の状況や心理状態に応じて援助を行い、安心して活動等に参加できるよう介護いたします。
利用者居宅への送迎	事業所が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。道路事情により自動車による送迎が困難な場合は、車椅子又は歩行介助により送迎を行うことがあります。 ※利用者自ら通う、ご家族が送迎を行う等、当事業所が送迎を実施しない場合、基本単位から片道あたり47単位減算いたします。（ただし、要介護1～5の方に限ります）

生活機能向上グループ活動	利用者の能力に応じて、利用者の運動器の機能向上を目的として、個別的に機能訓練を実施いたします。また健康体操やレクリエーション活動等を通して、日常生活動作の自立度の向上及び維持を図ります。	
その他	健康管理	来所時に体温、血圧等バイタルチェックを行い、サービス中も健康に留意していきます。
	生活相談	利用者及びそのご家族の健康や介護等に関する相談等を行います。
	創作活動等	利用者の選択に基づき、教養、趣味、娯楽などの活動をしていただく機会を作るよう配慮します。

＜サービス利用料金＞

1単位あたりの金額

地域区分	7級地
1単位あたりの金額	10,14円

※ 地域区分とは通常1単位10円であるものに対し、人件費の地域格差により1単位あたりの金額が割り増しされるものです。

① 地域密着型通所介護（1日あたり）

サービス提供時間	5時間以上～6時間未満				
	基本単位	サービス利用料金	利用者負担額		
			(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	655単位	6,641円	665円	1,329円	1,993円
要介護2	773単位	7,838円	784円	1,568円	2,352円
要介護3	893単位	9,055円	906円	1,811円	2,717円
要介護4	1,010単位	10,241円	1,025円	2,049円	3,073円
要介護5	1,130単位	11,458円	1,146円	2,292円	3,438円

◎加算(要介護度による区分はありません)

	基本単位	サービス利用料金	利用者負担額			算定回数等
			1割	2割	3割	
入浴介助加算(Ⅰ)	40単位	405円	41円	81円	122円	入浴介助を実施した日数
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位	223円	23円	45円	67円	サービス提供日数
	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上、又は勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合に算定します。					
処遇改善加算(Ⅰ)	基本サービス費(通所介護費)に各種加算減算を加えた月ごとの総単位数に対し、加算率(5.9%)を乗じた単位数を算定します。					
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	基本サービス費(通所介護費)に各種加算減算を加えた月ごとの総単位数に対し、加算率(1.2%)を乗じた単位数を算定します。					
送迎減算	送迎を実施していない場合(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は、片道につき47単位の減算を行います。					

- ※ 処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算・サービス提供体制強化加算は、区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。
- ※ 介護保険給付額は単位数×地域区分(1単位あたりの金額)×給付割合(0.9から0.7)となります。
- ※ 利用者負担額は、サービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた額となります。
尚、地域区分の端数処理の関係上、請求金額は表示した金額と異なることがあります。
- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、通所介護計画に位置づけられた時間数(計画時間数)によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮した場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行いません。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

食 事 の 提 供	利用者に提供する食事の費用です。 利用料金： 640円 (1食あたり、食材料費を含む)
レクリエーション ク ラ ブ 活 動 等	利用者のご希望により、レクリエーションやクラブ活動を実施させていただく際にかかる費用です。 利用料金：材料費の実費
複 写 物 の 交 付	利用者は、サービスの提供について記録を閲覧することができます。 利用料金：無料 (複写物を必要とする場合は申し出ください)
日常生活上必要と な る 諸 費 用	日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で、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して頂きます。

- ※ 利用料金の全額が利用者負担となります。
- ※ その他、利用者に必要なものが生じた場合、その都度相談に応じさせていただきます。
- ※ 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、相応な額に変更することがあります。その場合変更の内容と事由について、変更を行う1ヶ月前までに説明します。

① 総合事業通所介護 (1月あたり)

	基本単位	サービス利用料金	利用者負担額		
			1割	2割	3割
事業対象者 要 支 援 1 (週 1 回程度)	1,672 単位	16,954 円	1,696 円	3,391 円	5,087 円
要 支 援 2 (週 1 回程度)	1,714 単位	17,379 円	1,738 円	3,476 円	5,214 円
事業対象者 要 支 援 2 (週 2 回程度)	3,428 単位	34,759 円	3,476 円	6,952 円	10,428 円

◎加算

	基本単位	サービス利用料金	利用者負担額			算定回数等
			1割	2割	3割	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	事業対象者 要支援 1・2 (週1回程度) 88単位	892円	90円	179円	268円	サービス提供月
	事業対象者 要支援 2 (週2回程度) 176単位	1,784円	179円	357円	536円	
介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上、又は勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合に算定します。						
処遇改善加算(Ⅰ)	基本サービス費(通所介護費)に各種加算減算を加えた月ごとの総単位数に対し、加算率(5.9%)を乗じた単位数を算定します。					
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	基本サービス費(通所介護費)に各種加算減算を加えた月ごとの総単位数に対し、加算率(1.2%)を乗じた単位数を算定します。					

- ※ 本事業は地域支援事業の中の介護予防・日常生活支援総合事業に位置付けられた事業であり、介護保険給付とは異なる為、上記の利用料金で介護保険給付の対象となるサービスを受けることができます。
- ※ 処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算・サービス提供体制強化加算は、区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。
- ※ 給付額は、単位数×地域区分(1単位あたりの金額)×給付割合(0.9から0.7)となります。
- ※ 利用者負担額は、サービス利用料金から給付額を差し引いた額となります。
- ※ 上記利用者負担額に関しては、参考金額です。地域区分の端数処理関係上、請求金額と異なることがあります。
- ※ 利用者の体調不良や都合などにより、総合事業通所介護計画に定めた期日よりもご利用が少なかった場合、または多かった場合であっても、日割りでの割引や増額はいたしません。
- ※ 月毎の定額制となっているため、月途中からの利用開始や、月途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として日割り算定は行いません。
 1. 月途中で認定が変更となった場合。
 2. 同一保険者管内での転居などにより事業所を変更した場合。
 3. 月途中でショートステイを利用した場合。

② 自立支援通所介護

利用料	利用者負担額		
	1割	2割	3割
2,500円	250円	500円	750円

- ※ 本事業は、地域支援事業の中の介護予防・日常生活支援総合事業に位置付けられた事業であり、介護保険給付とは異なる為、上記の利用料金で入浴以外の介護保険給付の対象となるサービスを受けることができます。
- ※ 利用回数は週1回(1月に4週ある月は月4回、5週ある月は月5回)までとなっており、これを越えた利用料は全額自己負担となります。

(3) 利用料金のお支払い方法について

利用料金の請求方法等	<p>ア 利用料金及びその他の費用の額は利用月ごとに計算し請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送または手渡し）いたします。</p>
利用料金の支払い方法等	<p>ア 所定日（利用月の翌月 27 日、金融機関が休日の場合は翌営業日）に、利用者が指定した預金口座から口座振替するものとします。</p> <p>イ 利用開始にあたり、預金口座振替登録手続きが間に合わない場合や、その他やむを得ない事由の場合に現金でのお支払いをお願いすることがあります。</p> <p>ウ 入金確認後には領収書を発行いたします。（口座振替通知書をもって領収書にかえさせていただきます）</p> <p>エ 口座振替に係る費用は事業所が負担します。</p>

※ 利用料金及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除したうえで、未払い分をお支払いいただくことがあります。

4 事業所従業員の禁止行為

すべての職員はサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- (1) 医療行為（ただし、看護職員が行う、たんの吸引等を除く）
- (2) 利用者または家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり。
- (3) 利用者または家族からの金銭、物品、飲食の授受。
- (4) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者または第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- (5) その他利用者または家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為。

5 利用の中止、変更、追加

- (1) 利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスを追加することができます。サービス利用予定日前日までにご連絡ください。
- (2) サービス提供は通所介護計画等に基づいて行います。なお、通所介護計画等は利用者の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更することができます。
※サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証を確認させていただきます。被保険者証の内容に変更があった場合には速やかに当事業所にお知らせください。

6 利用に際しての留意事項

当事業所のご利用にあたって、下記の事項にご留意ください。

送迎	原則として玄関の中までのお迎え・お送りをいたします。送迎の時間について、電話にてご連絡させていただきます。当日の道路状況等により、お知らせした時間通りに送迎ができないこともございますがご容赦くださいませ。
喫煙	所定の場所での喫煙をお願いいたします。必要に応じて煙草、ライター等お預かりすることがございます。
金銭・貴重品管理	原則として利用者の責任において管理して頂きます。必要以上の金銭・貴重品を持参いただくことはご遠慮ください。
宗教・政治・営業等の活動	他の利用者に対する宗教活動、政治活動、営業活動等のご遠慮ください。
食べ物の持込	健康上の理由等によりご遠慮ください。
その他	衣類や薬、飲食物、貴重品等を自宅から持参し、他の利用者へ譲渡することはご遠慮ください。

7 身体拘束について

事業所は原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合等、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し、同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合には、身体拘束を行った日時、理由及び対応等についての記録を行います。また事業所として身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

8 個人情報の取扱いについて

- (1) 事業所は、サービス提供するうえで知り得た個人情報について、正当な理由なく第三者に提供することはいたしません。これはサービス提供の契約が終了した後にも継続します。
- (2) 個人情報は、適正かつ公正な手段により収集します。個人情報の収集にあたっては目的を明確にし、必要最小限度の範囲とします。
- (3) 個人情報の使用について、利用者及びその家族から予め文書で同意を得たうえで、必要な範囲内において適正に使用します。

9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、家族、救急隊、居宅介護支援事業所または地域包括支援センター等に連絡します。

10 事故発生時の対応

- (1) 事業所が提供したサービスにより事故が発生した場合は、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所または地域包括支援センター等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所が提供したサービスが原因で、利用者に生じた損害については、事業所が賠償する責任を負います。但し、利用者の故意、または過失が認められた場合や、利用者の急激な体調変化等、事業所が提供したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が生じた場合は、損害賠償責任を減じ、免れることができるものとします。

11 非常災害対策

- (1) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (2) 定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います。(年2回程度)

12 サービス提供に関する相談、苦情について

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口までお申し出ください。

(1) 当事業所苦情受付窓口

所在地	周南市大字須万2488番地
担当者	生活相談員
電話番号	0834-86-2825 (FAX 0834-86-2825)
受付時間	毎週月曜日～金曜日 午前9時～午後4時

(2) 当事業所以外の苦情申立窓口

周南市 高齢者支援課	山口県国民健康保険団体連合会
住 所:周南市岐山通 1-1 電話番号:0834-22-8467(FAX0834-22-8251) 受付時間:午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分	住 所:山口市朝田 1980 番地 7 電話番号:083-995-1010 (FAX083-934-3665) 受付時間:午前 9 時～午後 5 時
周南市社会福祉事業団 第三者委員	
氏 名:北野 克志 住 所:周南市 電話番号:0834-	氏 名:藤本 真樹 住 所:周南市 電話番号:0834-

13 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実 施 の 有 無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

地域密着型通所介護等の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。

令和 年 月 日

事業所	所在地 周南市大字須万2488番地 名称 周南市須金老人デイサービスセンター (指定番号3570500334) 管理者 所長 印
説明者	職名 生活相談員 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、地域密着型通所介護等のサービスの提供に同意しました。

令和 年 月 日

利用者	住所 _____ 氏名 _____ 印
代理人	住所 _____ 氏名 _____ 印 続柄()