

重要事項説明書

(通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業)

あなたが利用しようと考えている通所介護又は介護予防・日常生活支援総合事業について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

引き続き実際に契約を結ぶときには、本書の内容の説明を受けたことを証するため、本書の最終面に記名をお願いします。

1 デイサービスセンターの概要

| | |
|-----------|--------------------|
| 事業所名 | デイサービスセンターゆい |
| 所在地 | 沖縄県浦添市内間1丁目14-9 1階 |
| 電話番号 | 098-963-9456 |
| FAX 番号 | 098-963-9458 |
| 介護保険事業所番号 | 4770800805 |

2 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|---------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用者が居宅において、可能な限り、その有する能力に応じ、自立した生活を送れるよう、心身の支援をする。 |
| 運営の方針 | 利用者の人格を尊重し、「生きがいづくり」を目指し、職員の介護技術の向上、設備充実をはかり、利用者が健康で明るく過ごせるよう運営します。 |

(介護予防について)

介護予防とは、「要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態であっても、状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）」と定義されています。

どのような状態にある高齢者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護の予防や重症化の予防・軽減により、高齢者ご本人の生活の質の向上・自己実現の達成のお手伝いをし、「その方の生活や人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるようにすること」を目的にしています。

3 職員体制と職務内容

| 職名 | 員数 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|-------|-----|------------------|----------------------------------------------------|
| 管理者 | 1 | 常勤 1名 | 職員と業務の管理、基準厳守のための指揮命令利用者申込みの調整、サービス実施状況の把握 |
| 生活相談員 | 2以上 | 常勤 1名 兼務 2名以上 | (通所介護計画の取りまとめ)、従業者の技術指導、サービス提供状況の管理、生活相談一般、サービスの提供 |
| 看護職員 | 2 | 常勤 0名 非常勤 2名 | バイタル(血圧、体温、脈拍、呼吸)チェック、応急手当、サービスの提供 |
| 介護職員 | 5以上 | 常勤 5以上 | サービスの提供(送迎時介助・移動介助・排泄介 |

| | | | |
|---------|---|-----------------|----------------|
| | | 非常勤 1名 | 助・衣服着脱介助・入浴介助) |
| 機能訓練指導員 | 2 | 常勤 0名 非常勤 2名 | 機能訓練 |

4 利用定員

一般型 30人

5 営業日・営業時間、サービスの提供日・提供時間

| |
|-------------------------|
| 事務所の営業日・営業時間 |
| 月曜日～土曜日 午前8時00分～午後5時00分 |

※ 事務所が開いている日と時間帯は上表のとおりですが、サービス提供の時間帯は次の表のとおりです。

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|---------|
| 通常のサービス提供時間・時間外サービス時間 | | | |
| | 時間外サービス | 通常のサービス提供時間帯 8:30～15:50 | 時間外サービス |
| 平日 | なし | 8:30～15:50 | なし |
| 土・祝日 | なし | 8:30～15:50 | なし |
| 休業日 | 日曜日・旧盆(旧7月15日のみ)・1月1日・1月2日 | | |

6 通常の事業の実施地域

那覇市・浦添市・宜野湾市・西原町・豊見城市・南風原町 の地域
上記の市町村以外であってもサービスの提供は可能です。

7 サービスの内容

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 送迎 | ご自宅に訪問し送迎します。 |
| 健康チェック | バイタルサイン(体温、脈拍、血圧、経皮的動脈血酸素飽和度)チェック |
| 食事 | 午後12時に食事を提供します。 |
| 入浴 | 入浴の介助をします。 |
| 排泄 | 介助の必要な利用者を介助します。 |
| 機能訓練 | 上下肢機能訓練及びマッサージ等 |
| 生活サービス | 居宅における介助技術の指導、介護全般の指導、アドバイスをします。 |
| 相談・援助 | 苦情相談、介護全般の相談援助をします。 |

8 利用料金

介護保険を利用する場合は、原則として基本料金の1割(もしくは2割・3割)です。

(基本料金+加算料金) × 1 / 10 = お客様負担額
負担割合につきましては、介護保険負担割合証に記載している割合といたします

ただし、介護保険の限度額を超えた部分にかかるサービスまたは介護保険対象外のサービスは全額自己負担になります。

【通所介護基本料金】 1回の料金（単独型・一般型通所介護費・7～8時間・8～9時間）

| | 利用料金 | お客様負担額（括弧内は2割・3割） |
|------|---------------|-----------------------------------|
| 要介護1 | 6550円・6660円 | 655円（1310・1965）・666円（1332・1998） |
| 要介護2 | 7730円・7870円 | 773円（1546・2319）・787円（1574・2361） |
| 要介護3 | 8960円・9110円 | 896円（1792・2688）・911円（1822・2733） |
| 要介護4 | 10180円・10360円 | 1018円（2036・3054）・1036円（2072・3108） |
| 要介護5 | 11420円・11620円 | 1142円（2284・3426）・1162円（2324・3486） |

（単独型・一般型通所介護費・5～6時間・6～7時間）

| | 利用料金 | お客様負担額（括弧内は2割・3割） |
|------|--------------|----------------------------------|
| 要介護1 | 5670円・5810円 | 567円（1134・1701）・581円（1162・1743） |
| 要介護2 | 6700円・6860円 | 670円（1340・2010）・686円（1372・2058） |
| 要介護3 | 7730円・7920円 | 773円（1546・2319）・792円（1584・2376） |
| 要介護4 | 8760円・8970円 | 876円（1752・2628）・897円（1794・2691） |
| 要介護5 | 9790円・10030円 | 979円（1958・2937）・1003円（2006・3009） |

（単独型・一般型通所介護費・3～4時間・4～5時間）

| | 利用料金 | お客様負担額（括弧内は2割・3割） |
|------|-------------|---------------------------------|
| 要介護1 | 3680円・3860円 | 368円（736・1104）・386円（772・1158） |
| 要介護2 | 4210円・4420円 | 421円（842・1263）・442円（884・1326） |
| 要介護3 | 4770円・5000円 | 477円（954・1431）・500円（1000・1500） |
| 要介護4 | 5300円・5570円 | 530円（1060・1590）・557円（1114・1671） |
| 要介護5 | 5850円・6140円 | 585円（1170・1755）・614円（1228・1842） |

介護保険加算料金

| | 利用料金 | お客様負担額（カッコ内は2割・3割） |
|-----------------|-----------|-----------------------|
| 入浴介助加算Ⅰ | 400円/回 | 40円（80円・120円）/回 |
| 個別機能訓練加算Ⅰ（イ） | 560円/日 | 56円（112円・168円）/日 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | 1500円/回 | 月2回で300円（600円・900円）/月 |
| 通所介護サービス提供体制加算Ⅱ | 180円/日 | 18円（36円・54円）/日 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 所定料金の9.2% | 利用料金により変動します。 |

【介護予防・日常生活支援総合事業基本料金】 *1 か月の料金及び1 回料金

| | 利用料金 | お客様負担額 (括弧内は 2 割・3 割) |
|---------------------------------|------------|-------------------------------|
| 事業対象者・要支援 1 | 17,980 円/月 | 1,798 円 (3,596 円・5,394,円) /月 |
| 事業対象者・要支援 1 回数 (一月の中で 4 回まで日数分) | 4,360 円/回 | 436 円 (872 円・1,308 円) /回 |
| 事業対象者・要支援 2 | 36,210 円/月 | 3,621 円 (7,242 円・10,863 円) /月 |
| 事業対象者・要支援 2 回数 (一月の中で 8 回まで日数分) | 4,470 円/回 | 447 円 (894 円・1,341 円) /回 |

介護保険加算料金 ※1 か月の料金

| | 利用料金 | お客様負担額 (括弧内は 2 割・3 割) |
|----------------------------|------------|------------------------|
| 口腔機能向上加算 (I) | 1500 円/月 | 150 円 (300 円・450 円) 月 |
| 通所型サービス提供体制加算 II 1 (要支援 1) | 720 円/月 | 72 円 (144 円・216 円) /月 |
| 通所型サービス提供体制加算 II 2 (要支援 2) | 1440 円/月 | 144 円 (288 円・432 円) /月 |
| 通所型独自サービス処遇改善加算 I | 所定料金の 9.2% | 利用料金により変動します |

【その他の費用】 *全サービス共通

| | |
|--------------|----------------------------------------|
| 介護保険対象外サービス料 | 食事・おやつ費：500円 (1日) 連絡帳ノート代：150円 (1冊) |
|--------------|----------------------------------------|

お客様がまだ要介護認定を受けていない場合や、要介護認定を受けた後に1年以上保険料を滞納している等の場合は、基本料金と加算料金の全額を一旦お支払いいただきます。この場合お客様は、当事業所が発行する「サービス提供証明書」を添えて居住地の市町村に保険給付の申請を行うこととなります(償還払い)。

9 料金のお支払い方法

利用料金のお支払いは利用月の翌月に請求書を発行致しますので現金払い若しくは当社の口座へのお振込みでお願い致します。(口座へのお振込みの場合は事務所にお問い合わせください。)

口座引き落としも可能です。

10 サービスの利用方法等

| | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 利用申し込み | 電話または来所のうえお申込みください。 居宅介護支援事業所に居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員(ケアマネージャ |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>一)にご相談ください。</p> <p>本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、お客様の同意を得た上で、契約を締結します。</p> |
| サービスの終了 | <p>① お客様のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の 30 日前までにお申し出ください。</p> <p>② 人員不足などやむを得ない事情により、サービスを終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。</p> <p>③ 自動終了 次の場合は、双方の通知がなくとも自動的に終了します。 ア お客様が介護保険施設に入所した場合 イ お客様の介護認定区分が「非該当（自立）」となった場合 ウ お客様が亡くなられた場合</p> <p>④ その他 ア 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、お客様の個人情報のみだりに漏洩した場合、お客様やご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、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できます。 イ サービス料金のお支払いが、3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず15日以内にお支払いいただけない場合、当事業所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させていただく場合があります。 ウ お客様やご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、当事業所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させていただく場合があります。</p> |

11 サービス利用に当たっての留意事項

利用者は、サービスの提供を受ける際には医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を従業者と確認し、心身の状況に応じた適切なサービスを受けることができるよう留意するものとする。

12 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、お客様の主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員（ケアマネージャー）等に連絡いたします。

13 非常災害対策

- ・消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。
- ・非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会います。

- ・非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
 - ・防火管理者は、職員に対して防火教育、消防訓練を実施します。
 - ・防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）……年2回以上
- その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

14 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅支援事業所等に連絡いたします。

また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社と契約を結んでおります。

15 サービス内容等に関する苦情・相談について

サービスの内容等に苦情・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

| | | |
|---|--------------|--------------------------------------------------------------|
| ① | 当事業所の窓口 | 〒901-2121 沖縄県浦添市内間1丁目14-9 1階 電話 098-963-9456 相談担当者 棚原 千十也 |
| ② | 居宅介護支援事業所の窓口 | お客様が契約を結んでいる居宅支援事業所になります |
| ③ | 公的団体の窓口 | 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護保険課 |
| ④ | 市町村の窓口 | お客様がお住まいの市町村の介護保険担当部署になります |

苦情・相談を受けた際にはその概要に沿って措置を行い、その対応を公表いたします。公表の際は利用者の個人情報に配慮致します。

16 秘密保持

利用者及び利用者の家族の情報を利用する場合は、あらかじめその使用内容に同意を得ます。

〈当事業所と契約を結ぶ場合は、説明の事実を証するため下記に記名してください〉

上記の内容について「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令第37号)」第105条(第8条準用)の規定に基づき、説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

所在地 沖縄県浦添市内間1丁目14-9 1階

事業所 事業所名 デイサービスセンターゆい

説明者名：

上記の内容について説明を受けました。

住所：

利用者

氏名：

家族 住所：
(代理人)
(続柄：) 氏名：