

デイサービスほんかたた（地域密着型通所介護）

重要事項説明書

1. 事業の目的、運営方針

デイサービスほんかたたにおいて、要介護状態の利用者に対し、適切な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とします。

地域密着型通所介護の提供に当たって、要介護状態となった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、生活機能の維持又は向上を目指し、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ならびにその家族の身体的、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います。

尚、「大津市介護保険法に基づく指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

2. 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

事業所名：デイサービスほんかたた

TEL：077-532-9111

担当 楢谷 健二

下記の相談機関でも受け付けております。※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

大津市介護保険課 077-528-2753

滋賀県国民健康保険団体連合会 077-510-6605

3. 事業所名 デイサービスほんかたたの概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービスほんかたた
所在地	滋賀県大津市本堅田 1-23-32
介護保険指定番号	地域密着型通所介護事業（大津市 2570104394 号）
通常の事業実施地域	大津市のうち、小松・和邇・真野・堅田・比叡・比叡第二地域包括支援センター担当区域 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。

(2) 営業時間

月～土（祝日も営業） （※日曜日・12/31～1/3 を除く）	午前 8：30 ～ 午後 5：30
------------------------------------	-------------------

(3) サービス提供時間

月～土（※12/31～1/3 を除く）	午前 9：25 ～ 午後 4：30
---------------------	-------------------

(4) 職員体制

	業務内容	員数
管理者	従事者及び業務の一元管理、技術指導等	常勤 1 名
生活相談員	利用の調整、利用者・家族への相談助言、地域密着型通所介護計画作成等	常勤 2 名以上 非常勤 1 名以上
機能訓練指導員	機能訓練の実施等	非常勤 2 名以上
介護職員	利用者への介助、利用者・家族の相談・助言等	常勤 2 名以上 非常勤 5 名以上
看護職員	利用者への看護、相談、助言等	非常勤 2 名以上

(6)利用定員

13名（介護予防通所介護相当サービスを含む）

4. サービス内容

居宅サービス計画に沿って、地域密着型通所介護計画を作成します。当該地域密着型通所介護計画に沿って、送迎、昼食サービス、入浴サービス、口腔ケア、排泄介助、生活指導(相談・援助等)、レクリエーション、健康チェック、機能訓練その他必要な介護等を行います。

5. 利用料金

(1) 利用料について

利用料の額は、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」によるものとし、当該指定地域密着型通所介護が法定代理受領サービスであるときは、その1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。

① 1回あたりの基本利用料（地域密着型通所介護の利用料 7～8時間利用された時の金額）

介護保険適用	単位	一割負担分	二割負担分	三割負担分
要介護1	753 単位	787 円	1,574 円	2,361 円
要介護2	890 単位	930 円	1,860 円	2,790 円
要介護3	1,032 単位	1,079 円	2,157 円	3,236 円
要介護4	1,172 単位	1,225 円	2,450 円	3,675 円
要介護5	1,312 単位	1,371 円	2,742 円	4,113 円

②加算

入浴介助加算（Ⅱ） ※入浴関連動作の援助を計画的に行います。	55 単位/回	58 円/回	115 円/回	173 円/回
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ ※身体及び生活機能の維持向上を実施します。	56 単位/回	59 円/回	117 円/回	176 円/回
個別機能訓練加算（Ⅱ） ※厚生労働省に訓練計画の情報提出とフィードバックを受けます。	20 単位/月	21 円/月	42 円/月	63 円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） ※介護福祉士の在籍率40%以上の場合	6 単位/回	7 円/回	13 円/回	19 円/回
科学的介護推進体制加算 ※ADL 値などを厚生労働省へ提出及び情報の活用します。	40 単位/月	42 円/月	84 円/月	126 円/月
ADL 維持等加算（Ⅰ） ※ADL 値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出します。	30 単位/月	32 円/月	63 円/月	94 円/月
送迎減算 ※送迎を未実施の場合減算します。	▲47 単位/回 (片道)	▲50 円/回 (片道)	▲99 円/回 (片道)	▲148 円/回 (片道)
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※介護職員の賃金改善に充てます	月の総単位数の 5.9%×10.45/単位の一割又は二割又は三割 (R6.6月～介護職員等処遇改善加算Ⅱ)			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ ※該当介護職員の賃金改善に充てます。	月の総単位数の 9.0%×10.45/単位の一割又は二割又は三割 (R6.6月～廃止)			
介護職員等ベースアップ加算等支援加算 ※※該当介護職員の賃金改善に充てます。	月の総単位数の 1.1%×10.45/単位の一割又は二割又は三割 (R6.6月～廃止)			

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※利用者の負担割合は『介護保険負担割合証』に記載された割合となります。

法定代理受領サービスに該当しない指定地域密着型通所介護に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した地域密着型通所介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明証を利用者に対して交付する。(証明証と領収証を保険者に提出することで9割又は8割又は7割が返還されます。)

(2) その他の費用について

自費をいただくもの(介護保険適用外)

食費(おやつ代含む)	670円
オムツ	実費
サービス提供記録の複写物	10円/枚
連絡帳セット(50回分)	670円
※必要な方のみ	

(3) 送迎費用

通常の事業実施地域を越える送迎を実施する場合、通常の事業実施地域を越えてから1kmあたり100円の送迎費用を別途徴収させていただきます。

(4) 利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。

- ①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合 無料
- ②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合 利用料の一割又は二割又は三割負担分の同額

(5) その他指定地域密着型通所介護の提供における便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用については実費を徴収します。

(6) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、25日までにあらかじめ指定の方法でお支払い下さい。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。重要事項を説明・同意いただき、契約締結後、地域密着型通所介護計画作成の上でサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

但し、利用者の病変や緊急入院など、やむを得ない事情がある場合は、即時サービスの終了をすることが出来ます。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了(以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します)

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、要支援と認定された場合
- ・利用者が亡くなられた場合

④その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者や家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

7. サービス利用に当たっての留意事項

- ・利用者は、サービス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。
- ・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

8. 事故発生時の対応

1. 利用者に対するサービスの提供（注1）に事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故が発生した場合には、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
また、治療が必要な場合、利用者の医療保険を使用させていただきます。
（注1）生活リハビリ、趣味・嗜好、生きがいの観点から、屋内外での活動、はさみや包丁など、刃物を使用した創作活動、調理活動などクレーションなど含む。また、活動は、その日の利用者の状況、天候により、事前連絡なしでの活動を実施する場合があります。
2. 利用者に対するサービス提供により発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

10. 秘密保持

1. ご本人又はご家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ同意を得た上で利用させていただきます。
2. 事業者、および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
3. 従業者であった者に、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約をいたします。

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

当事業所は、第三者評価の実施はしていません。

12. 介護現場におけるハラスメント対策

1. 介護保険制度や契約の内容を超えたサービスは提供致しません。
2. 利用者に対し説明をしたものの、十分に理解されていない場合は利用をお断りする場合があります。
3. 金品などの心づけはお断りさせていただきます。

13. その他運営に関する重要事項

1. 事業者は、従業者の資質向上を図るため、研修の機会を設けます。
2. 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等を図るため、責任者（管理者）を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、研修の機会を設けます。
※虐待防止に関しては、以下の措置を講ずる。
 - (1) 委員会の名称は「虐待防止委員会」とする。
 - (2) 委員会の委員長は、管理者が務める。
 - (3) 委員会の委員は、管理者、看護師、介護支援専門員、介護士とする。
 - (4) 委員会は、年1回以上、委員長が必要と認めた時に開催する。
3. 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わない。また、身体的拘束等を行う場合には、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を記録する。
4. 事業者は、指定通所介護に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存するものとします。
5. 本事業所を運営する法人の役員及び管理者その他の従業者は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員という。）ではありません。
6. 本事業所は、その運営について、暴力団員の支配を受けていません。
7. 非常災害等の発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、及び協力することができる体制を構築するよう努めます。
8. 2回/年は避難訓練、消火訓練、通報訓練等、総合訓練を実施し、防災意識を高めるよう努めます。

【 会社の概要 】

社名 株式会社 ニューアース
所在地 滋賀県大津市衣川三丁目7番10号
代表者 代表取締役 田中 健太

【事業者】

滋賀県大津市衣川三丁目7番10号
株式会社 ニューアース
代表取締役 田中 健太 印

【事業所】

滋賀県大津市本堅田1-23-32
デイサービスほんかた（指定番号 大津市 2570104394 ）

【説明者】 楢谷 健二

上記の内容の説明を受けました。

令和 年 月 日

本人氏名 _____ 印

私は、本人に代わり書名代行を致しました。

署名代行者氏名 _____ (続柄) 印

私は、本人に代わり説明を受け、同意致しました。

代理人氏名 _____ (続柄) 印