

「地域通所介護／日常生活支援総合事業（通所型サービス） デイサービスみそら」 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して地域通所介護サービス／日常生活支援総合事業（通所型サービス）（以下「地域通所介護／通所型サービス」という。）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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業所

- (1) 法人名 株式会社 美空
- (2) 法人所在地 高知県南国市立田1544-2
- (3) 電話番号 088-856-7692
- (4) 代表者氏名 代表取締役 津野 克久
- (5) 設立年月 平成18年12月4日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域通所介護事業所・平成30年4月1日指定 高知県 3970400382号
- (2) 事業所の目的 要介護状態等にある高齢者に対し、適正な地域通所介護／通所型サービスを提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービス みそら
- (4) 事業所の所在地 高知県南国市十市1524番地2
- (5) 電話番号 088-865-8171
- (6) 管理者 氏名 津野 克久
- (7) 当事業所の運営方針 要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話等を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- (8) 開設年月 平成19年2月15日
- (9) 利用定員 15人（地域通所介護／通所型サービス）

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 南国市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日～金曜日（年末年始を除く）	
受付時間	営業日	8時30分～17時30分
サービス提供時間	営業日	9時30分～16時45分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して地域通所介護及び通所型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	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1	名
2. 介護職員	1以上	名
3. 生活相談員	1	名
4. 看護師（正・准）	1以上	名
5. 機能訓練指導員	1	名

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間：8：30～17：30 ☆原則として3名の介護職員が勤務します。

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、ご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、下記の場合があります。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

(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（通常9割）が介護保険から給付されます。

☆加算対象サービスについては利用者ごとの選択制となります。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。）

- ・ 食事の準備、介助を行います。
- ・ ご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。
- ・ 医師から食事指導、食事療法を受けられている方、食事内容に制限のある方は、お弁当をご持参いただくことも可能です。その場合には、あらかじめ事業所に申し出て下さい。

（食事時間） 12：00～13：00

②入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。（1回につき下記料金をいただきます。）

入浴サービス利用料金	400円
1割負担	40円
2割負担	80円
3割負担	120円

③排泄

- ・ ご契約者の排せつの介助を行います。

④送迎サービス

- ・ ご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。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞（契約書第5条参照）

次の料金表によって、ご契約者の要介護度等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。（利用料金は、要介護度に応じて異なります。）

☆サービス利用料金

(所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4, 160円	4, 780円	5, 400円	6, 000円	6, 630円
1割負担	416円	478円	540円	600円	663円
2割負担	832円	956円	1, 080円	1, 200円	1, 326円
3割負担	1, 248円	1, 434円	1, 620円	1, 800円	1, 989円

(所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	4, 360円	5, 010円	5, 660円	6, 290円	6, 950円
1割負担	436円	501円	566円	629円	695円
2割負担	872円	1, 002円	1, 132円	1, 258円	1, 390円
3割負担	1, 308円	1, 503円	1, 698円	1, 887円	2, 085円

(所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6, 570円	7, 760円	8, 960円	10, 130円	11, 340円
1割負担	657円	776円	896円	1, 013円	1, 134円
2割負担	1, 314円	1, 552円	1, 792円	2, 026円	2, 268円
3割負担	1, 971円	2, 328円	2, 688円	3, 039円	3, 402円

(所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6, 780円	8, 010円	9, 250円	10, 490円	11, 720円
1割負担	678円	801円	925円	1, 049円	1, 172円
2割負担	1, 356円	1, 602円	1, 850円	2, 098円	2, 344円
3割負担	2, 034円	2, 403円	2, 775円	3, 147円	3, 516円

(所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	7, 530円	8, 900円	10, 320円	11, 720円	13, 120円
1割負担	753円	890円	1, 032円	1, 172円	1, 312円
2割負担	1, 506円	1, 780円	2, 064円	2, 344円	2, 624円
3割負担	2, 259円	2, 670円	3, 096円	3, 516円	3, 936円

(所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	7, 830円	9, 250円	10, 720円	12, 200円	13, 650円
1割負担	783円	925円	1, 072円	1, 220円	1, 365円
2割負担	1, 566円	1, 850円	2, 144円	2, 440円	2, 730円
3割負担	2, 349円	2, 775円	3, 216円	3, 660円	4, 095円

(通所型サービス)

	要支援 1	要支援 2
サービス利用料金	17, 980円	36, 210円
1割負担	1, 798円	3, 621円
2割負担	3, 596円	7, 242円
3割負担	5, 394円	10, 863円

⑤科学的介護推進体制加算 (月に1度)

科学的介護推進体制加算	400円
1割負担	40円
2割負担	80円
3割負担	120円

⑥サービス提供体制強化加算Ⅱ

(介護 1回につき)

サービス提供体制強化加算Ⅱ	400円
1割負担	40円
2割負担	80円
3割負担	120円

(支援 月に1度)

週1回程度利用 72単位/月 ・ 週2回程度利用 144単位/月

⑦介護職員処遇改善加算Ⅱ

基本サービス費に各種加算減算を加えた1か月あたりの総単位数に基本加算率(9.0%)を乗じた単位数で算定し加算致します。当該加算は区分支給限度基準額の算定対象からは除外されます。

☆ご契約者に提供する食事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 (契約書第5条別紙1-1参照)

*以下のサービスは、利用料金の全額がご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 (おやつ代含む)

ご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。

朝食 400 円、昼食 600 円、夕食 600 円

特別食 (腎臓食、ソフト食、減塩食など) 750 円

☆ご契約者の都合により当日キャンセルした場合、食事代の 50%をご負担いただきます。

②レクリエーション、クラブ活動

ご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。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、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 10 円(カラーや特殊用紙の場合は別途実費が必要です。)

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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いただきます。

おむつ代：パット 100 円、おむつ 200 円

洗濯代：200 円

☆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ご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条別紙1-1、1-2参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、請求書は翌月10日に発送しますので、その月の末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

ア. 下記指定口座への振り込み

高知銀行 南国支店 普通預金 0295287

四国銀行 南国支店 普通預金 1009037

イ. 口座振替

四国銀行・高知銀行・ゆうちょ銀行

※毎月20日に口座振替とさせていただきます

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第3条、第4条参照)

○予定日の前に、ご契約者の都合により、地域通所介護及び通所型サービスの利用を中止、変更、又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。

○利用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。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、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50% (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提示して協議します。

6. 非常災害対策について

(1) 緊急時における対応方法

従業者は、地域通所介護および日常生活支援総合事業を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに管理者及び主治医に報告しなければならない。

(2) 非常災害及び感染症対策

①事業所は、消火設備その他の非常災害及び感染症に際して必要な設備を設けるとともに、知事が別に定める防災対策のための指針等に基づく南海トラフ地震(高知県南海トラフ地震による災害に強い地域社会づくり条例(平成20年高知県条例第4号)第2条第1号に規定する南海トラフ地震をいう。)その他の非常災害及び感染症に対する防災対策マニュアルを策定し、並びに必要なに応じて点検及び見直しを行い、非常災害及び感染症まん延時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、これらを定期的に従業者に周知しなければならない。

②事業所は、非常災害及び感染症に備えるため、前項の防災対策マニュアルの概要を当該事業所の見やすい場所に掲示するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

7. 苦情の受付について (契約書第11条参照)

(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け付けます。

○苦情受付窓口 (担当者)

[職名] 管理者 津野 克久

○受付時間 毎週月曜 ～ 金曜日

午前8:30～午後5:30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南国市役所 長寿支援課	所在地 高知県南国市大樋甲2301番地 電話番号 088-880-6556
国民健康保険団体連合会 介護保健課 苦情相談係	所在地 高知県高知市丸の内2丁目6番5号 電話番号 088-820-8410 F A X 088-820-8411
高知県高齢者福祉課	所在地 高知県高知市丸の内1丁目2番20号 電話番号 088-823-9786

令和 年 月 日

地域通所介護及び通所型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 みそら

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、地域通所介護及び通所型サービスの提供開始に同意しました。

<契約者>

住所

氏名 印

<代筆者>

住所

氏名 印

(続柄：)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。