

重要事項説明書

(通所介護・第1号通所事業)

社会福祉法人守皓会
デイサービスセンター愛宕苑

あなた（ご契約者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人守皓会
主たる事務所の所在地	〒649-0316 和歌山県有田市宮崎町841番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 成川暢彦
設立年月日	平成元年4月6日
電話番号	0737-82-6644

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター愛宕苑
サービスの種類	通所介護・第1号通所事業
事業所の所在地	〒649-0305 和歌山県有田市港町9番地1 特別養護老人ホーム愛宕苑 1階
電話番号	0737-82-0630（直通）/0737-82-0600（代表）
指定年月日・事業所番号	平成19年4月10日指定（3071500361）
利用定員	40人
通常の事業の実施地域	有田市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他ご契約者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご契約者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	日曜日から土曜日まで ただし、年始（1月1日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	i) 午前9時30分から午後4時45分まで（7時間以上8時間未満） ii) 午前9時30分から午後3時45分まで（6時間以上7時間未満） iii) 午前9時30分から午後0時45分まで（3時間以上4時間未満） iv) 午後1時30分から午後4時45分まで（3時間以上4時間未満）

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1名
生活相談員	1名以上
介護職員	6名以上
看護職員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上
管理栄養士	1名以上

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管 理 者 山下雅康
担当職員の氏名	生活相談員 川村真也

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた負担割合の額**です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業(介護予防通所介護相当)

①基本利用料金

	1月あたりの 利用料金額	介護保険適用時の自己負担割合		
		1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者	16,720円	1,672円	3,344円	5,016円
要支援1	16,720円	1,672円	3,344円	5,016円
要支援2	34,280円	3,428円	6,856円	10,284円

②加算

加 算 名	1月あたりの 利用料金額	介護保険適用時の自己負担割合			
		1割負担	2割負担	3割負担	
運動器機能向上加算	2,250円	225円	450円	675円	
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円	
サービス提供体制強化加算(I)	事業対象者・要支援1	880円	88円	176円	264円
	要支援2	1,760円	176円	352円	528円

- ・介護職員処遇改善加算 I 1月につき所定金額(上記①②により算定した合計)に5.9%を加算させていただきます。(支給限度額管理の対象外)
- ・介護職員特定処遇改善加算 I 技能・経験のある介護職員の処遇改善を目的に創設された加算です。1月につき所定金額(上記の①②により算定した合計)に1.2%を加算させていただきます。(支給限度額管理の対象外)
- ・中山間地域等提供加算 運営規定に定めている「通常の事業の実施地域」を超えて「中山間地域等」に居住する方にサービスを提供した場合に、所定金額(上記①)に5.0%を加算させていただきます。(支給限度額管理の対象外)
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算 1月につき所定金額(上記①②により算定した合計)に1.1%を加算させていただきます。(支給限度額管理の対象外)
- ・**昼食代** **1食あたり720円内、おやつ代60円(全額自己負担)**
- ・複写物交付代 1枚につき15円
- ・その他 おむつ代、レクリエーション材料費等にかかる費用は、自己負担となります。

(2)第1号通所事業(通所型サービスA)

①基本利用料金

		1日あたりの 利用料金額	介護保険適用時の自己負担割合		
			1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1、2	全日	3,040円	304円	608円	912円
	半日	2,030円	203円	406円	609円

・昼食代

1食あたり720円内、おやつ代60円(全額自己負担)

・複写物交付代

1枚につき15円

・その他

おむつ代、レクリエーション材料費等にかかる費用は、自己負担となります。

(3)通所介護(要介護認定を受けられた方)

①基本利用料金(7時間以上8時間未満の場合)

	通所介護			
	1日あたりの 利用料金額	介護保険適用時の自己負担割合		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
要介護2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
要介護3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
要介護4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
要介護5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

基本利用料金(6時間以上7時間未満の場合)

	通所介護			
	1日あたりの 利用料金額	介護保険適用時の自己負担割合		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	5,840円	584円	1,168円	1,752円
要介護2	6,890円	689円	1,378円	2,067円
要介護3	7,960円	796円	1,592円	2,388円
要介護4	9,010円	901円	1,802円	2,703円
要介護5	10,080円	1,008円	2,016円	3,024円

基本利用料金(3時間以上4時間未満)

	通所介護			
	1日あたりの 利用料金額	介護保険適用時の自己負担割合		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	3,700円	370円	740円	1,110円
要介護2	4,230円	423円	846円	1,269円
要介護3	4,790円	479円	958円	1,437円
要介護4	5,330円	533円	1,066円	1,599円
要介護5	5,880円	588円	1,176円	1,764円

②加算/減算

加算/減算名	1日あたりの 利用料金額	介護保険適用時の自己負担割合		
		1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算(I)	400円/日	40円	80円	120円
個別機能訓練加算(I)イ	560円/日	56円	112円	168円
個別機能訓練加算(I)ロ	760円/日	76円	152円	228円
個別機能訓練加算(II)	200円/月	20円	40円	60円
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円	80円	120円
サービス提供体制強化加算(I)	220円/日	22円	44円	66円
送迎未実施減算(事業者が利用者の送迎を行わない場合)	-470円 (片道につき)	-47円	-94円	-141円

- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ 1月につき所定金額(上記①②により算定した合計)に5.9%を加算させていただきます。(支給限度額管理の対象外)
 - ・介護職員特定処遇改善加算Ⅰ 技能・経験のある介護職員の処遇改善を目的に創設された加算です。1月につき所定金額(上記の①②により算定した合計)に1.2%を加算させていただきます。(支給限度額管理の対象外)
 - ・中山間地域等提供加算 運営規定に定めている「通常の事業の実施地域」を超えて「中山間地域等」に居住する方にサービスを提供した場合に、所定金額(上記①)に5.0%を加算させていただきます。(支給限度額管理の対象外)
 - ・介護職員等ベースアップ等支援加算 1月につき所定金額(上記①②により算定した合計)に1.1%を加算させていただきます。(支給限度額管理の対象外)
 - ・昼食代 1食あたり720円内、おやつ代60円(全額自己負担)
 - ・複写物交付代 1枚につき15円
 - ・その他 おむつ代、レクリエーション材料費等にかかる費用は、自己負担となります。
- (注) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます(食事を希望されている場合)。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用当日の午前8時30分以降	660円

(5) 支払い方法

上記(1)～(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、発行いたします。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。 (取り扱いできる金融機関はきのくに信用金庫のみ)
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 【きのくに信用金庫 箕島支店 8208055 社会福祉法人守峯会 特別養護老人ホーム愛宕苑 理事長 成川暢彦】
現金払い	サービスを利用した月の翌月末までに、お支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中にご契約者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご契約者の家族、担当の居宅介護支援事業所及び有田市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	苦情受付担当 川村真也（生活相談員兼介護職員） 電話番号 0737-82-0630 受付日時 毎週月曜日から土曜日（祝祭日除く）8：30～17：30
---------	--

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	有田市高齢介護課 9：00～17：00（土・日・祝除く）	0737-83-1111
	和歌山県国民健康保険団体連合会 9：00～17：00（月曜日～金曜日）	073-427-4662
	和歌山県福祉サービス運営適正化委員会 9：00～17：00（月曜日～金曜日）	073-435-5527
	苦情解決第三者委員・社会福祉法人守皓会評議員 田中賢司（たなかけんじ）	0737-83-1100

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業所又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 金銭や貴重品、食べ物等の持ち込みはご遠慮下さい。紛失等のトラブルが発生しても責任は負えません。

13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

14. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	意見箱設置
結果開示	なし
第三者による評価の実施状況	未実施

15. 連帯保証人

- 1 連帯保証人は、契約者と連帯して、本契約から生じる契約者の債務を負担するものとします。
- 2 前項の連帯保証人の負担は、極度額 20 万円を限度とします。

説明日 令和 年 月 日

通所介護（第1号通所事業）の提供開始にあたり、ご契約者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	和歌山県有田市港町9番地1 特別養護老人ホーム愛宕苑 1階
	事業者	社会福祉法人守皓会 デイサービスセンター愛宕苑
	法人	和歌山県有田市宮崎町841番地1 社会福祉法人守皓会
	代表者	理事長 成川暢彦 ㊟
	説明者	生活相談員 川村真也 ㊟

同意日 令和 年 月 日

私は、本書面により、事業者から通所介護（第1号通所事業）についての重要事項の説明を受け同意し、本書面を受理しました。

契約者

住所 _____

氏名 _____ ㊟

代理人（連帯保証人）

住所 _____

氏名 _____ ㊟

本人との続柄 _____