

デイサービスセンターあかり

通所介護・第1号通所事業

重要事項説明書

当事務所はご契約者に対して 通所介護・第1号通所事業サービスを提供します。事務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以下に説明します。

1 事業者

- (1) 法人名 株式会社灯の台地
- (2) 法人所在地 栃木県宇都宮市駒生町1219番地-1
- (3) 電話番号 028-902-1121
- (4) 代表者氏名 代表取締役 阿部久男
- (5) 設立年月日 平成26年4月2日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 通所介護・第1号通所事業所
- (2) 目的 株式会社灯の台地が開設するデイサービスセンターあかり（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護及び第1号通所介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員（以下「生活相談員等」という。）が、要介護状態（第1号通所事業にあっては要支援状態および総合事業の対象者）にある高齢者に対し、適正な指定通所介護及び第1号通所事業を提供することを目的としています。
- (3) 事業所名 デイサービスセンターあかり
- (4) 事業所所在地 栃木県宇都宮市駒生町1219番地-1
- (5) 電話番号 028-902-1121
- (6) 当事業所の運営方針
 - 1 指定通所介護の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要介護者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を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、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ります。
 - 2 第1号通所事業の提供にあたっては、事業所の生活相談員等は、要支援者および総合事業の対象者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
 - 3 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (7) 開設年月日 平成26年6月1日

3 事業実施区域及び営業時間

- (1) 通常の実施区域 宇都宮市 鹿沼市 日光市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日 日曜日から土曜日（ただし12月31日から1月3日を除く）
受付時間 午前8時30分から午後5時30分まで。

4 職員の体制

通所介護・第1号通所事業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ます。（職員の配置については指定基準を遵守）

- 1 管理者 1 名（介護職員と兼務）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。

- 2 生活相談員 1 名以上

生活相談員は、利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

- 3 看護職員 1 名以上（機能訓練指導員と兼務）

看護職は、利用者の健康管理や療養上の世話をおこないます。

- 4 介護職員 3 名以上

介護職員は、利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

- 5 機能訓練指導員 1 名以上（看護職員と兼務）

機能訓練指導員は、利用者の機能訓練を行います。

5 当事業所が提供するサービスと料金

(1) 当事業所は次のサービスを提供します。

食事介助	食事の介助を行います。
入浴介助	入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
機能訓練 レクリエーション	心身の機能減退防止を目的としたレクリエーションを行います。

(2) サービス利用料金

○ 要介護者

事業所区分	サービス提供時間	基本単位	利用料(円)	利用者負担額(円)		
				1割負担	2割負担	3割負担
通常規模型	3時間以上4時間未満					
	要介護1	368	3,779円	378円	756円	1,134円
	要介護2	421	4,323円	433円	865円	1,297円
	要介護3	477	4,898円	490円	980円	1,470円
	要介護4	530	5,443円	545円	1,089円	1,633円
	要介護5	585	6,007円	601円	1,202円	1,803円
	4時間以上5時間未満					
	要介護1	386	3,964円	397円	793円	1,190円
	要介護2	442	4,539円	454円	908円	1,362円
	要介護3	500	5,135円	514円	1,027円	1,541円
	要介護4	557	5,720円	572円	1,144円	1,716円
	要介護5	614	6,305円	631円	1,261円	1,892円
	5時間以上6時間未満					
	要介護1	567	5,823円	583円	1,165円	1,747円
	要介護2	670	6,880円	688円	1,376円	2,064円
	要介護3	773	7,938円	794円	1,588円	2,382円
	要介護4	876	8,996円	900円	1,800円	2,699円
	要介護5	979	10,054円	1,006円	2,011円	3,017円
	6時間以上7時間未満					
	要介護1	581	5,966円	597円	1,194円	1,790円
要介護2	686	7,045円	705円	1,409円	2,114円	
要介護3	792	8,133円	814円	1,627円	2,440円	
要介護4	897	9,212円	922円	1,843円	2,764円	
要介護5	1,003	10,300円	1,030円	2,060円	3,090円	
7時間以上8時間未満						
要介護1	655	6,726円	673円	1,346円	2,018円	
要介護2	773	7,938円	794円	1,588円	2,382円	
要介護3	896	9,201円	921円	1,841円	2,761円	
要介護4	1,018	10,454円	1,046円	2,091円	3,137円	
要介護5	1,142	11,728円	1,173円	2,346円	3,519円	
8時間以上9時間未満						
要介護1	666	6,839円	684円	1,368円	2,052円	
要介護2	787	8,082円	809円	1,617円	2,425円	
要介護3	911	9,355円	936円	1,871円	2,807円	
要介護4	1,036	10,639円	1,064円	2,128円	3,192円	
要介護5	1,162	11,933円	1,194円	2,387円	3,580円	

加算等

加算・減算	基本単位	利用料(円)	利用者負担額(円)			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
入浴介助加算(Ⅰ)	40	410円	41円	82円	123円	1日につき
入浴介助加算(Ⅱ)	55	564円	57円	113円	170円	1日につき
中重度者ケア体制加算	45	462円	47円	93円	139円	1日につき
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	575円	58円	115円	173円	個別機能訓練を実施した日
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	85	872円	88円	175円	262円	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	205円	21円	41円	62円	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	225円	23円	45円	68円	1日につき
科学的介護推進体制加算	40	410円	41円	82円	123円	1月につき
同一建物に居住する利用者の減算	-94	-965円	-97円	-193円	-290円	1日につき

送迎を行わない場合の減算	-47	-482円	-49円	-97円	-145円	片道につき
--------------	-----	-------	------	------	-------	-------

名称	加算・減算割合
定員超過、人員欠如減算	70/100へ減算
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数の5.9%を加算
介護職員等特定処遇改善加算 I	所定単位数の1.2%を加算
介護職員等特定処遇改善加算 II	所定単位数の1.0%を加算
感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合の加算	所定単位数の3%を加算

○ 要支援者

サービス提供区分	介護予防サービス費(Ⅰ) 週1回程度の利用が必要な場合				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
通常の場合 (月ごとの定額制)	1,672	17,171円	1,718円	3,435円	5,152円
日割り計算	384	3,943円	395円	789円	1,183円
サービス提供区分	介護予防サービス費(Ⅱ) 週2回程度の利用が必要な場合				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
通常の場合 (月ごとの定額制)	3,428	35,205円	3,521円	7,041円	10,562円
日割り計算	395	4,056円	406円	812円	1,217円

加算等

加算・減算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等	
			1割負担	2割負担	3割負担		
運動器機能向上加算	225	2,310円	231円	462円	693円	1月に1回	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	週1回程度	88	903円	91円	181円	271円	1月に1回
	週2回程度	176	1,807円	181円	362円	543円	
同一建物に居住する利用者の減算	週1回程度	-376	-903円	-91円	-181円	-271円	1月に1回
	週2回程度	-752	-1,807円	-181円	-362円	-543円	
科学的介護推進体制加算	40	410円	41円	82円	123円	1月につき	

名称	加算・減算割合
定員超過、人員欠如減算	70/100へ減算
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の5.9%を加算
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の1.2%を加算
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の1.0%を加算

(3) 料金の特記

1 昼食代

一食 600円 (ペースト食プラス100円)

2 レクリエーション費用

一回 70円

3 おやつ代

一日 70円

(4) 利用料金のお支払い方法

前記の料金は一ヶ月毎に計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下の口座に入金しお支払いください。

栃木銀行 三の沢支店 口座番号1028228

口座名義 株式会社灯の台地 代表取締役 阿部久男

6 サービスの利用に関する留意事項

(1) サービスの利用開始

通所介護計画作成とともに契約を締結しサービスを開始します。

(2) サービスの利用の中止・変更

利用予定日の前に、ご契約者の都合により通所介護サービスの利用を中止、変更することができます。この場合は、サービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

利用日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止を申し出された場合は、取消料金(自己負担相当額)が発生することがあります。ただし、ご契約者の体調不良等、正当な事由のある場合はこの限りではありません。

(3) サービスの終了

① ご利用者の都合によるサービス終了については前項同様に申し出て下さい。

② 事業所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でサービスを終了する場合は、一ヶ月前までに文書でお知らせします。

③ 以下の場合、双方の通知がなくてもサービスを終了いたします。

(1) ご利用者が入院又は介護保険施設に入所した時。

(2) 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が非該当と認定された時(この場合、条件を変更して再度契約することができます)。

(3) ご利用者様がお亡くなりになった時。

7 事故発生時の対応方法

事業者又は通所介護員が通所介護サービスを提供する上で事故が発生した場合は、速やかに市及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事業所に連絡するとともに、利用客の主治医または医療機関への連絡を行い、医師の指示にしたがいます。事故発生の原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

8 損害賠償

事業者はサービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者生命・身体・財産に損害を与えた場合には、利用者に対してその損害を賠償します。

但し、以下の各号に該当する場合には、事業者は賠償責任を免れます。

① 契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が生じた場合。

② 契約者がサービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が生じた場合。

③ 契約者が急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が生じた場合。

④ 契約者が事業者若しくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が生じた場合。

9 苦情の受付

当事業所における苦情は、以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口 相談担当責任者 田野辺 雄

受付時間 日曜日から土曜日まで8時30分～17時30分

電話番号 028-902-1121

行政機関の苦情受付機関

栃木県国民健康保険団体連合会

宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同庁舎6階
受付時間 月曜日から金曜日まで8時30分～17時
電話番号 028-643-2220

宇都宮市高齢福祉課
宇都宮市旭1丁目1-5
電話番号 028-632-8989

鹿沼市介護保険課
鹿沼市今宮町1688-1
電話番号 0289-63-2283

日光市介護保険課
栃木県日光市今市本町1番地
電話番号 0288-21-5124

10 虐待防止について

利用者等の人権擁護・虐待防止のため下記のとおり必要な措置を講じます。

- ・従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施し、人権意識の向上や知識技術の向上に努めます。
- ・サービス提供中に当該事業所または擁護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、当事業所の虐待防止マニュアルに沿って市町村に報告します。

虐待事案解決責任者：田野邊 雄

11 第三者評価の実施状況 実施なし

令和 年 月 日

通所介護・介護予防通所介護および第1号通所介護事業サービスの提供について、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンターあかり

説明者職名

管理者

田野邊 雄

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、通所介護・介護予防通所介護および第1号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所

氏名

印

利用者代筆者（代理人）

住所

氏名

利用者との続柄

印