重 要 事 項 説 明 書

＜糸魚川市介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和型通所サービス＞

◎わたしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

事 業 所 名	デイサービスセンターあじさい	法 人 名	社会福祉法人 奴奈川福祉会
所　在　地	糸魚川市大字水保１７８８番地１	電話番号	０２５（５５２）６６０１
営　業　日	月曜日～土曜日(1 月 1 日～1 月 2 日を除く)	営業時間	８：００～１７：００
県指定年月日	平成 30 年 10 月 1 日(番号 1571500212 号)	利用定員	５人

従業員の概要	管理責任者	畑　野　　健（兼務）	
	生活相談員	１人以上（兼務）	（資格：社会福祉主事等）
	看護職員兼機能訓練指導員	１人以上（兼務）	（資格：看護師資格）
	介護職員	１人以上（兼務）	（資格：介護福祉士等）
	送迎車両	１台以上	

◎わたしたち（事業者）が、あなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

１　提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、**第一号通所事業（基準緩和型通所サービス）**です。

第一号通所事業(基準緩和型通所サービス)とは、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、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、心身機能の維持回復を図るサービスです。

なお、通常の事業の実施地域は、糸魚川市一円または特別な事情により特に施設長が認めた地域といたします。

【あなたに提供するサービス】

サービスの内容	提供の有無	おおむねの提供時間（帯）
第一号通所事業 (基準緩和型通所サービス)	有	午前 11 時 30 分～午後 15 時 00 分
機能訓練の提供	有	午後 1 時～午後 3 時
送迎の提供	有	迎え午前 11 時 00 分～午前 11 時 30 分 送り午後 3 時 00 分～午後 3 時 30 分
	※原則希望者のみ。 送迎の要・不要については事前にご相談ください。	
食事の提供	有	午前 11 時 45 分～午後 12 時 45 分

【業務取り扱い方針】

(1)　あなたの心身の状況やご家族の環境を踏まえ、地域包括支援センターの作成する「介護予防ケアマネジメント」又は「介護予防サービス計画」と、わたしたちの作成する「第一号通所サービス(基準緩和型通所サービス)計画」に従い、心身機能の維持を図ることができるよう、基準緩和型通所サービスを提供します。

(2)　サービスの提供の開始に際しては、看護職員による健康チェックを行い、体調等の変化を必ず確認します。

(3)　わたしたちは「第一号通所サービス(基準緩和型通所サービス)計画書」を作成します。

２　担当の職員

この事業を担当する責任者は次の者です。

○　デイサービスセンターあじさい　　生活相談員　　氏名　畑　野　　健

連絡先　デイサービスセンターあじさい　（０２５－５５２－６６０１）

ご相談や連絡したいことがある場合は、管理責任者、生活相談員、直接お世話する職員まで遠慮なくお申し出ください。

３　利用者負担金

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、基本利用料のうち、介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合の額です。**ただし、介護保険給付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。また、第一号通所事業(基準緩和型通所サービス)で規定回数以上サービスを利用する場合、超えた回数分は全額ご負担いただきます。**

(1)　介護保険給付対象の利用者負担金

この料金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

なお、介護給付費体系の改正が行われた場合は、事前に通知し、利用料金等を変更いたします。

①　基本料金

(※料金には送迎サービス費も含まれています。)

区　分	基本料金
事業対象者（週１回程度利用） 要 支 援１（週１回程度利用）	3,490 円／回 （１月４回まで）
	14,380 円／月 （１月５回）
事業対象者（週２回程度利用） 要 支 援２（週２回程度利用）	3,580 円／回 （１月８回まで）
	28,970 円／月 （１月９回）

② 加算料金

介護職員処遇改善（Ⅰロ）相当加算

介護職員の処遇改善と賃金改善を図ることが目的とされた加算です。

（基本料金の 127/1000 相当）

区　分	介護職員等処遇改善 （Ⅰロ） 相当加算
事業対象者（週１回程度利用） 要 支 援１（週１回程度利用）	440 円／回 （１月４回まで）
	1,830 円／月 （１月５回）
事業対象者（週２回程度利用） 要 支 援２（週２回程度利用）	450 円／回 （１月８回まで）
	3,680 円／月 （１月９回）

○ 介護保険負担割合証に記載されている負担割合に応じて、これらにかかる料金の合計額の１割、２割、もしくは３割をあなたにご負担いただきます。

(2) 介護保険給付対象外の利用者負担金

① 食事料金

あなたが希望して、わたしたちが用意するお食事を取られた場合は、実費として**1 食あたり 720 円**をご負担いただきます。

※ただし、生活保護世帯は１食あたり 500 円とします。

○ 実費については、全額あなたにご負担いただきます。

【利用者負担金の算定例】

区分／項目	週１回程度利用		週２回程度利用		利用者負担金
	１月４回まで	１月５回	１月８回まで	１月９回	
基本料金	3,490 円／回	14,380 円／月	3,580 円／回	28,970 円／月	各欄に表示された金額の 1～3 割
介護職員等処遇改善（Ⅰロ）相当加算	440 円／回	1,830 円／月	450 円／回	3,680 円／月	
食費	720 円×食事回数				全額

４　キャンセルについて

(1) 利用予定のサービスをキャンセルする場合は、早めに下記までご連絡ください。

【連絡先】デイサービスセンターあじさい　０２５－５５２－６６０１

(2) 以下の場合は「１食分の食費」を実費としてご負担いただきます。

対　象：利用予定日前日の１７時以降にご連絡いただいたキャンセル

※体調不良等の場合も含みますが、事業所都合（悪天候や感染症での休業）は対象外です。

負担額：**720 円**（生活保護世帯：500 円）

５　緊急時の対応について

サービス提供中に利用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。

６　非常災害対応

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対応マニュアルを策定しております。

防災時の対応	消防計画により対応します。
防　災　設　備	必要な設備を備えています。
防　災　訓　練	消火訓練、避難訓練、通報訓練等を実施しています。
近隣との協力関係	水保区、北山区住民の一部の方に委嘱した地域防災協力員が、災害発生時に、利用者の避難、救出、初期消火活動等に協力する体制を整えています。

７　事故発生時の対応

(1)　事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族及び市町村へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(2)　事業者は、事故が発生した場合には再発を防ぐための対策を講じます。

８　虐待の防止のための措置に関する事項

(1)　事業者は、虐待またはその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるものとします。

①　虐待の防止のための対策を検討する委員会を設け定期的に開催し、その結果を介護職員その他の従業者に周知徹底を図るものとします。

②　虐待の防止のための指針を整備するものとします。

③　虐待の防止のための介護職員その他の従業者に対する研修を定期的に行うものとします。

④　前 3 項に定める措置を適切に実施するための担当者を置くものとします。

(2)　事業者は、虐待が発生した場合は、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査に協力するよう努めます。

９　サービスの利用にあたってあなたに留意いただきたいこと

(1)　サービスの利用に先だってあなたの日常の健康状態を詳しく教えていただきます。場合によっては、健康診断をお願いすることもあります。

(2)　サービスの利用中に気分が悪くなったときは、職員に直ちにお申し出ください。

(3)　複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方の迷惑にならないようにご協力ください。

(4)　あなたの都合で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地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、または事業所までご連絡ください。

(5)　相談窓口・苦情対応

①　苦情相談窓口設置場所

デイサービスセンターあじさい　新潟県糸魚川市大字水保１７８８－１
電話番号　（０２５－５５２－６６０１）

苦情受付担当者　管理責任者　畑　野　健

苦情解決責任者　磯　野　茂（特別養護老人ホームみやまの里施設長）

第三者委員　大　西　順　子
建　部　久美子

ロビーに意見箱を設置しているほか、下記の場所でも苦情を受付ております。

糸魚川市福祉事務所　（０２５－５５２－１５１１）
新潟県国民健康保険団体連合会　（０２５－２８５－３０７２）
新潟県福祉サービス運営適正化委員会（０２５－２８１－５６０９）

②　事業者は、苦情の申し立てがあった場合は、次の手順によりその解決を図ります。

ア　利用者や職員からの事情聴取等により、事実関係を把握します。

イ　苦情にかかる問題点を把握し、対応策を検討し、必要な改善を行います。

ウ　利用者に対し、調査結果や講じた措置の内容を、納得が得られるよう説明します。

なお、必要に応じて概要を記した文書を添えることにします。

１０　第三者評価受審状況について

・第三者評価実施の有無　なし
・実施した年月日　―
・実施した評価機関　―
・評価結果の開示状況　―

サービスの提供に先だって上記のとおり説明します。

令和　　年　　月　　日

（事業者）　所在地　　新潟県糸魚川市大字大野 129 番地

事業者名　　社会福祉法人　奴奈川福祉会

代表者職・氏名　　理事長　　本 間　政 一　　印

（説明者）　職・氏名　　生活相談員

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この本重要事項説明書が契約書の別紙（１部）となることについても同意します。

（利用者）　ご住所

お名前

（署名代理人）ご住所

お名前

利用者との続柄（　　）