重 要 事 項 説 明 書

＜介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(通所介護相当サービス)、通所介護＞

◎わたしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

事 業 所 名	糸魚川デイサービスセンター	法 人 名	社会福祉法人 奴奈川福祉会
所　在　地	糸魚川市大字大野１６０番地	電話番号	０２５（５５２）８１０６
営　業　日	月曜日～日曜日(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12年1月28日(番号1571500071号)	利用定員	３５人
従業員の概要	管理責任者　石　井　　肇		
	生活相談員　４人	（資格：社会福祉主事等）	
	看護職員兼機能訓練指導員　３人	（資格：看護師資格）	
	介護職員（2名生活相談員兼務）　12人	（資格：介護福祉士等）	
	送迎車両　６台		

◎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（通所介護相当サービス）**又は**通所介護**です。

第一号通所事業(通所介護相当サービス）及び 通所介護とは、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・送迎の実施地域は、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(通所介護相当サービス)・通所介護	有	午前8時40分～午後4時00分
機能訓練の提供	有	午後2時～午後3時
送迎の提供	有	迎え　午前8時00分～午前9時00分 送り　午後3時45分～午後5時00分
	※ご家族で送迎される方は事業所にお申し出ください。	
食事の提供	有	午前11時45分～午後12時45分
入浴の提供	有	午前9時00分～午前11時30分

【業務取り扱い方針】

(1) **＜第一号通所事業(通所介護相当サービス)＞**

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(介護予防通所介護相当)計画」に従い、心身機能の維持を図ることができるよう、通所介護相当サービスを提供します。

＜通所介護＞

あなたの心身の状況やご家族の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」と、わたしたちの作成する「通所介護計画」に従い、心身機能の維持を図ることができるよう、通所介護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(介護予防通所介護相当サービス)計画書」 又は「通所介護計画書」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。

○　糸魚川デイサービスセンター　　生活相談員　　氏名　石 井　肇

連絡先　糸魚川デイサービスセンター　　（０２５－５５２－８１０６）

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(通所介護相当サービス)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、事前に通知させていただき、利用料金等を変更いたします。

① 基本料金

＜第一号通所事業(通所介護相当サービス） ４時間以上＞

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）	4,360 円／回 （１月４回まで）
	17,980 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）	4,470 円／回 （１月８回まで）
	36,210 円／月 （１月９回）

＜第一号通所事業(通所介護相当サービス） ４時間未満＞

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）	3,920 円／回 （１月４回まで）
	16,180 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）	4,020 円／回 （１月８回まで）
	32,590 円／月 （１月９回）

※ご利用時間 4 時間以上、4 時間未満ともに、ご家族が送迎される場合など、事業所が送迎を行わなかった場合は、上記の金額から片道につき 470 円を引いた料金となります。

＜通所介護＞

区分	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
２時間以上３時間未満	2,720 円	3,110 円	3,510 円	3,920 円	4,320 円
３時間以上４時間未満	3,700 円	4,230 円	4,790 円	5,330 円	5,880 円
４時間以上５時間未満	3,880 円	4,440 円	5,020 円	5,600 円	6,170 円
５時間以上６時間未満	5,700 円	6,730 円	7,770 円	8,800 円	9,840 円
６時間以上７時間未満	5,840 円	6,890 円	7,960 円	9,010 円	10,080 円
７時間以上８時間未満	6,580 円	7,770 円	9,000 円	10,230 円	11,480 円

※ご家族が送迎される場合など、事業所が送迎を行わなかった場合は、上記の金額から片道につき 470 円を引いた料金となります。

② 加算料金

＜第一号通所事業(通所介護相当サービス)＞

ア サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護福祉士が 70%以上、または勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されていますので、**１ヶ月あたり、事業対象者（週１回程度利用）、要支援１（週１回程度利用）の方は 880 円、事業対象者（週２回程度利用） 及び 要支援２（週２回程度利用）の方は 1,760 円の**加算をいただきます。

イ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること、また、サービスの提供にあたり、必要な情報を活用している場合、**１ヶ月あたり 400 円**の加算をいただきます。

ウ 口腔機能向上加算（Ⅱ）

口腔機能改善のための計画に基づき、適切なサービスを実施し、定期的な評価と計画の見直しを行っていること。また、サービスの実施や管理のために必要な情報を厚労省に提出・活用している場合、**１ヶ月あたり 1,600 円**の加算をいただきます。

エ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）

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・加算・減算を合わせた単位数合計（処遇改善加算等を除く）に 12.0%を加算させていただきます。

＜通所介護＞

ア サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護福祉士が 70%以上、または勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されていますので、**１回あたり 220 円**の加算をいただきます。

イ 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること、また、サービスの提供にあたり、必要な情報を活用している場合、**１ヶ月あたり 400 円**の加算をいただきます。

ウ 入浴介助加算（Ⅰ）

あなたが希望して入浴された場合は、**１日あたり 400 円**の加算をいただきます。

エ 口腔機能向上加算（Ⅱ）

口腔機能改善のための計画に基づき、適切なサービスを実施し、定期的な評価と計画の見直しを行っていること。また、サービスの実施や管理のために必要な情報を厚労省に提出・活用している場合、**１回あたり 1,600 円**の加算をいただきます。（ただし１ヶ月につき２回まで）

オ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）

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・加算・減算を合わせた単位数合計（処遇改善加算等を除く）に 12.0%を加算させていただきます。

○ 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

＜第一号通所事業(通所介護相当サービス)・通所介護＞

① 食事料金

あなたが希望してわたしたちのご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、全額あなたのご負担になります。

＜第一号通所事業(通所介護相当サービス)＞

料金は単位数に単価（10円）を乗じたものです。（10円/単位）

利用時間･加算等	事業対象者（週1回程度利用） 要支援1（週1回程度利用）	事業対象者（週2回程度利用） 要支援2（週2回程度利用）	利用者負担金
基本料金	4,360円／回 （1月4回まで）	4,470／回 （1月8回まで）	各欄に表示された金額の1割、2割、もしくは3割
	17,980円／月 （1月5回）	36,210円／月 （1月9回）	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	880円 （1ヶ月につき）	1,760円 （1ヶ月につき）	
科学的介護推進体制加算	400円（1ヶ月につき）		
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,600円（1ヶ月につき）		
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	上記太枠の単位数合計×12.0%		
食費	720円×食事回数		全額

＜通所介護＞

通所介護利用の1日あたりの利用料金です。

料金は単位数に単価（10円）を乗じたものです。（10円/単位）

利用時間･加算等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	利用者負担金
7～8時間未満の基本料金	6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円	各欄に表示された金額の1割、2割、もしくは3割
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円					
科学的介護推進体制加算	400円（1ヶ月につき）					
入浴介助加算（Ⅰ）	400円					
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,600円（1回につき）※月2回まで					
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	上記太枠の単位数合計×12.0%					
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】糸魚川デイサービスセンター　０２５－５５２－８１０６

(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、通報訓練等実施しています。
近隣との協力関係	大野区、上刈区住民のなかから防災協力員を委嘱し、災害発生時に利用者の避難、救出、初期消火活動に協力します。

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下さい。
　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

糸魚川デイサービスセンター	新潟県糸魚川市大字大野１６０
	電話番号　（０２５－５５２－８１０６）
苦情受付担当者	管理責任者　　石 井　肇
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

また、ロビーに意見箱を設置しています。
その他、下記の場所でも苦情の受付をしております。

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（　　）