

通所介護・介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書

1. 事業の目的・運営方針

(1) 事業の目的

【指定 通所介護事業】

利用者が可能な限りその居宅において、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の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。

【指定 介護予防通所介護相当サービス事業】

利用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または向上を目指します。

(2) 運営方針

前項の目的を達成するため、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、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。

2. 事業者

事業者名称	社会福祉法人 小浜市社会福祉協議会
代表者名	理事長 山岸 博之
事業者所在地	福井県小浜市遠敷 84 号 3 番 4
電話番号	0770-56-5800
F A X 番号	0770-56-5806

3. 事業所の概要

(1) サービス提供事業所

事業所名称	小浜市デイサービスセンター
管理者氏名	森口 恵己
事業所所在地	福井県小浜市遠敷 84 号 3 番 4
電話番号	0770-56-5803
F A X 番号	0770-56-5810
指定年月日及び指定番号	通所介護・介護予防通所介護相当サービス ：令和 2 年 9 月 27 日 1870400015

(2) 設備の概要

定 員	30 名	休養室	15.0 m ²
食堂兼機能回復訓練室	157.44 m ²	相談室	19.66 m ²
浴 室	一般浴槽と 特殊浴槽が あります	身障者用トイレ	2 箇所
		送迎車	2 台

(3) 職員の職種、員数

- ・管理者 1名
- ・生活相談員 1名以上
- ・看護職員 1名以上
- ・介護職員 8名以上
- ・機能訓練指導員 1名以上
- ・認知症介護実践者研修終了者 1名以上

(4) 職務内容

- ・管理者は、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとします。
- ・生活相談員、看護職員及び介護職員は、指定通所介護の提供に当たるものとします。
- ・機能訓練指導員は、指定通所介護の提供を通じて、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行うものとします。

(5) 営業日及び営業時間

1. 営業日

月曜日から土曜日までとします。ただし、次は休業日とします。

ア. 日曜日

イ. 国民の祝祭日

ウ. 8月13日より8月15日まで

エ. 12月29日より翌年1月3日まで（年末年始）

2. 営業時間

営業時間は午前9時から午後5時まで、サービス提供時間は午前9時15分から午後4時45分までとする。

(6) 通常の事業の実施地域

小浜市の区域とします。

4. サービス内容

事業者が管理運営する特定の施設に通って、その施設において、入浴および食事の提供（これらに伴う介護も含む）、生活などに関する相談・助言、健康状態の確認、その他利用者に必要な日常生活上の世話、ならびに機能訓練を行うサービスです。

5. 利用料金

指定通所介護・指定介護予防通所介護相当サービスを提供した場合の利用料は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、**基本料金と加算料金表の基準額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額**です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

また、食事をされる場合は、**食費が別途必要**となります。

【通所介護サービス利用料金】

○基本料金（通常規模型）

※本事業所は、7～8時間の欄に該当します。

要介護度	4～5 時間	5～6 時間	6～7 時間	7～8 時間	8～9 時間
要介護 1	3,880 円	5,700 円	5,840 円	6,580 円	6,690 円
要介護 2	4,440 円	6,730 円	6,890 円	7,770 円	7,910 円
要介護 3	5,020 円	7,770 円	7,960 円	9,000 円	9,150 円
要介護 4	5,600 円	8,880 円	9,010 円	10,230 円	10,410 円
要介護 5	6,170 円	9,840 円	10,080 円	11,480 円	11,680 円

○加算料金

入浴介助加算	加算Ⅰ 400 円/日
	加算Ⅱ 550 円/日
口腔機能向上加算 (月 2 回を限度)	加算Ⅰ 1,500 円/回
	加算Ⅱ 1,600 円/回
認知症加算 (注 1)	600 円/日
中重度者ケア体制加算 (注 2)	450 円/日

サービス提供体制強化加算 (注 3)	(Ⅰ) 220 円/回
	(Ⅱ) 180 円/回
	(Ⅲ) 60 円/回

(注1) 指定基準に規定する職員数に加え、介護または看護職員を常勤換算で 2 名以上確保していること、利用者の総数のうち認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 100 分の 15 以上であること、サービス提供時間帯を通じて認知症研修等を終了した者を 1 名以上確保していることが加算要件です。

(注2) 指定基準に規定する職員数に加え、介護または看護職員を常勤換算で 2 名以上確保していること、利用者総数のうち、要介護 3 以上の割合が 100 分の 30 以上であること、サービス提供時間帯を通じて、看護職員を 1 名以上確保していることが算定要件です。

(注 3) 介護福祉士の人員配置 70%以上かつ勤続 10 年以上の介護福祉士 25%以上の要件を満たす事業所であることが加算要件です。介護予防サービスも同じく適用となります。

※国の定める中山間地域等に居住する方へサービス提供をした場合は、基本料金の 5%が加算となり、介護予防サービスにも同じく適用となります。

※事業所が送迎を行わない場合は片道につき 470 円の減算となります。

【介護予防 通所介護相当サービス利用料金】

○基本料金

要支援 1・事業対象者	17,980 円/月
要支援 2・事業対象者	36,210 円/月

○加算料金

口腔機能向上加算	1,500 円/月
若年性認知性利用者受入加算	2,400 円/月

サービス提供体制強化加算 (通所介護注3同)	(Ⅰ)	要支援1・事業対象者 880 円/月
		要支援2・事業対象者 1,760 円/月
	(Ⅱ)	要支援1・事業対象者 720 円/月
		要支援2・事業対象者 1,440 円/月
	(Ⅲ)	要支援1・事業対象者 240 円/月
		要支援2・事業対象者 480 円/月

【食費－通所介護・介護予防通所介護相当サービス 共通】

食費	700 円/日
----	---------

※ 食費は、介護保険給付対象外です。

※ ご契約者が居宅サービス計画を作成しない場合などは、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。その後市町村に対して保険給付分を請求することにより、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

この場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

6. 支払い方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。ただし、原則として自動口座引き落としでお願いします。

イ. 自動口座引き落とし (ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします)

ロ. 銀行振込 (期日までに利用者の方がお振込み願います。手数料は利用者負担となります)

ハ. 現金払い (定められた日にお支払い願います)

7. キャンセル

利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービスの実施日の前日までに事業所にご連絡ください。

利用予定日の前日までにご連絡がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル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。

ただし、利用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10% (自己負担相当額)

8. 緊急時の対応方法

指定通所介護サービスの提供を行っているときに利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。

9. 守秘義務

- (1) サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密および個人情報については、利用者または第三者および事業従事者の生命、身体などに危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中および契約終了後第三者に漏らしません。
- (2) 前項の規定にかかわらず、利用者に係る居宅介護支援サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、利用者及びその家族の同意を得たうえで、情報提供することができるものとします。
- (3) サービスの提供に当たって、緊急時の速やかな対応を行うため等正当な理由がある場合は、利用者及びその家族の同意を得たうえで、保険者および医療機関等から心身等の情報を得ることができるものとします。

10. 苦情等相談の受付

(1) 利用場所及び時間

当事業所内において、上記の営業時間でご相談、苦情を受け賜われます。

(2) 利用方法

来談、電話、FAX、電子メール、書簡等で受け賜われます。

電話番号 0770-56-5803

FAX番号 0770-56-5810

電子メール info@obama-shakyo.or.jp

(3) 窓口担当者

管理者 森口 恵己

その他、当事業所以外に、市町村担当課、国民健康保険団体連合会、県担当課に苦情を伝えることができます。

【小浜市役所 高齢・障がい者元気支援課】小浜市大手町6-3 電話 0770(53)1111

【福井県国民健康保険団体連合会】福井市西開発4-202-1 電話 0776(57)1614

【福井県庁 長寿福祉課】福井市大手3-17-1 電話 0776(21)1111

(4) 苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・窓口で受けた相談苦情は、相談苦情処理記録簿にてデータ化し、社会福祉法第82条、83条による社会福祉法人としての苦情解決体制と連動して処理内容を決定し、利用者に伝達します。
- ・利用者に対してサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償について検討します。
- ・提供した通所介護事業に関し、市町村及び国民健康保険団体連合会の行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行います。

11. その他留意事項

- (1) 風邪、病気の際はサービス提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容を変更または中止することがあります。その場合、ご家族等に連絡の上、対応します。

12. 情報提供等に関する同意への求め

利用者及びその家族に関する個人情報を、介護支援事業者、地域包括支援センター、保健サービス機関、医療機関、福祉サービス機関に必要な応じて情報を提供または得ることを求めます。

1 3. 介護保険の給付の範囲を超えるサービス利用に関する同意への求め

介護保険の給付の範囲を超えるサービスについて、上記の利用料金についての留意事項を了承のうえ当該サービスを利用する場合、それに係わる利用料を支払うことへの同意を求めます。

1 4. その他重要事項

本重要事項説明書に定めのない事項については、契約書ならびに介護保険法その他諸法令の定めを遵守するものとします。