

重要事項説明書（指定通所介護〔指定介護予防通所介護〕）

当事業所は、ご利用者に対して指定通所介護サービス〔指定介護予防通所介護サービス〕（以後「デイサービス」という）を提供します。事業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次の通り説明します。

- 1 **事業者** 越前市高瀬町1丁目32-20 (株)住みかえ情報館 代表取締役 林洋三 0778-22-1432
 2 **事業所** 越前市広瀬町153-12-2 ケアフルハウスデイサービス 0778-22-0030
 事業所番号 1870300678

3 **管理者** 松田 晶

4 **事業目的** 適正な運営をもって、適切な介護サービスを提供することを目的とします。

5 運営方針

ご利用者の心身の特性を踏まえ、能力に応じた自立した日常生活を送れるよう、必要な日常生活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機能の維持並びに利用者の家族の身体的負担及び精神的負担の軽減を図ります。

6 事業実施地域及び営業時間等

通常の実施地域は 越前市です。

利用定員は25名、営業日は月曜日～土曜日で、日曜日と1月1日～1月3日は休業とし、営業時間は午前9時から午後6時までです。サービス提供時間は午前9時から午後4時00分までです。

7 職員の体制

当事業所は指定基準を遵守し、利用者ご本人に対して介護サービスを提供する為に、管理者1名、生活相談員1名以上（1日につき）、看護職員1名以上（1日につき）、介護職員3名以上（1日につき）を配置します。

8 サービスの内容

- 1 送迎…ご自宅から施設まで送り迎えをさせていただきます。
- 2 食事…栄養並びに利用者の身体状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- 3 入浴…入浴、または清拭（看護職員の判断により、入浴をお断りする場合があります。）
- 4 機能訓練…心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための機能訓練を実施します。
- 5 健康チェック…健康状態を把握し、変化があれば適切なアドバイスをいたします。
- 6 趣味活動…手芸、折り紙、書道、カラオケ等ご希望によりさまざまな活動を行います。
 （費用については自己負担が必要なものもあります。）

9 利用料金

要介護1～5の方（介護保険給付の対象分（1割負担の場合））

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金(円/回) 3時間以上4時間未満	370	423	479	533	588
基本料金(円/回) 4時間以上5時間未満	388	444	502	560	617
基本料金(円/回) 5時間以上6時間未満	570	673	777	880	984
基本料金(円/回) 6時間以上7時間未満	584	689	796	901	1,008
基本料金(円/回) 7時間以上8時間未満	658	777	900	1,023	1,148
基本料金(円/回) 8時間以上9時間未満	669	791	915	1,041	1,168
個別機能訓練体制加算Ⅰロ	76円/日				
個別機能訓練体制加算Ⅱ	20円/月				
入浴介助加算Ⅰ	40円/日				
入浴介助加算Ⅱ	55円/日				
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20円/回 ※半年に1回				
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5円/回 ※半年に1回				
口腔機能向上加算Ⅰ	150円/回 ※月に2回まで				
口腔機能向上加算Ⅱ	160円/回 ※月に2回まで				
科学的介護推進体制加算	40円/月				
同一建物減算	-94円/回				
送迎減算	-47円/片道				

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 円/回
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	利用単位数の 9.2%

事業者が通常の実施地域を越えて指定通所介護を行う場合、その地域が国の定める中山間地域に該当する場合は、1日につき所定の額に5%を乗じた額が加算されます。

事業対象者・要支援1、2の方(介護保険給付の対象分(1割負担の場合))

程度	週1回程度	週2回(要支援2)
基本料金(円/月)	1,798	3,621
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 円/回	※半年に1回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 円/回	※半年に1回
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 円/回	※月に2回まで
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 円/回	※月に2回まで
科学的介護推進体制加算	40 円/月	
同一建物減算(週1回)	-376 円/月	
同一建物減算(週2回)	-752 円/月	
サービス提供体制加算(Ⅱ)週1回	72 円/月	
サービス提供体制加算(Ⅱ)週2回	144 円/月	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	利用単位数の 9.2%	

事業者が通常の実施地域を越えて指定介護予防通所介護を行う場合、その地域が国の定める中山間地域に該当する場合は、1月につき所定の額に5%を乗じた額が加算されます。

(介護保険給付の対象とならないサービス)

・昼食(550円) おやつ(100円) おむつ代 レクリエーション参加料金 材料費等 理美容代実費

※利用料金等を変更する場合は、変更の内容と変更する事由について変更を行う2ヶ月前までにご説明し同意を得ます。

1.0 利用料金の支払い方法

毎月、15日前後に前月分の請求明細をお渡しします。

お支払い方法は、翌月5日にご指定の口座より自動引き落としさせていただきます。

1.1 利用の中止、変更、追加

- ・利用予定日の前に、ご契約者の都合によりサービス利用を中止又は変更もしくは新たなサービス利用の追加をすることができます。この場合には、サービス実施の前日までに事業者へ申し出てください。
- ・利用予定日の前日までに申し出がなく当日に中止の申し出をされた場合、食材料費(550円)等の料金を頂きますが、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。
- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対し、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を提供して協議します。

1.2 サービス内容に関する苦情

事業者は、サービスの提供により事故が発生した場合は市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。どんなことでも事業者に対して相談、要望、苦情をお寄せください。責任をもって調査、改善させていただきます。また行政機関の相談窓口は以下の通りです。

越前市役所 長寿福祉課	越前市府中1丁目13-7	TEL 0778-22-3715
鯖江市役所 介護保険グループ	鯖江市西山町13-1	TEL 0778-53-2218
越前町役場 高齢福祉課	丹生郡越前町西田中13-5-1	TEL 0778-34-8711
南越前町役場 保健福祉課	南条郡南越前町東大道29-1	TEL 0778-47-8007
福井県国民健康保険団体連合会	福井市開発4丁目201-1	TEL 0776-57-1614

1.3 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態に変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

14 宿泊サービスについて（介護保険適用外）

利用人数・・・1日3名とする。

宿泊曜日・・・月曜日～土曜日迄（日曜日の朝9時頃までにご家族様のお迎えになります。）

宿泊時間・・・午後17時～朝9時迄とします。

（デイ終了時間午後15:30～宿泊の始まる17時までは介護保険適用の延長料金になります。）

宿泊施設・・・しあわせ館またはすこやか館の個室となり1室あたり7.43㎡以上とする。

料金・・・1泊3000円。

食事・・・夕食代金660円。朝食代金390円は実費となります。

排泄・・・利用者様に合わせた排泄介助を行います。

オムツ代・・・利用者持参ですが、不足時は施設から実費での提供とさせていただきます。

責任者・・・当日の夜勤者が責任者となり夜勤時の記録作成、夜間業務を遂行します（記録書は2年間保管）

宿泊サービス計画作成・・・概ね4日以上連続して利用する利用者については宿泊サービス計画を作成し

又、4日未満の利用者でも継続的に利用する利用者にもサービス計画を作成しご家族に説明、同意を得て利用者に交付いたします。

利用中止について・・・利用日でも体調不良時（熱発）の場合はお受けできない場合もあります

緊急時対応・・・利用者の体調が急変した場合速やかに御家族様に連絡、緊急搬送等の装置を講じる。

令和 年 月 日

（事業所）当事業所は指定通所介護〔指定介護予防通所介護〕の提供開始にあたり、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

越前市広瀬町153-12-2 ケアフルハウスデイサービス
説明者職氏名 管理者 松田 晶

（利用者）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、指定通所介護〔指定介護予防通所介護〕の提供開始に同意しました。

住所

氏名

電話番号

（家族代表）私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

※ この欄は、利用者に意思能力が認められることを前提に、筆記能力のみが欠けている場合に署名の代行を明らかにするものです。

住所

氏名

利用者との続柄
