

通所介護及び介護予防通所介護

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

あなた（利用者）に対する通所介護及び介護予防通所介護の提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要 □

事業所の名称	デイサービス桑の里	県指定年月日	平成21年1月1日 (番号1570302784)
所在地	新潟県上越市大字京田字三角田134番1		
電話番号	025-521-0770	管理者	横尾保朋
通常の見送の実施地域	旧上越市（高田地区〔高田・新道・金谷・和田・津有・春日・三郷〕 直江津地区〔直江津・五智〕）		

2. 設備の概要 □

定員	18人		
設備の種類	室数または箇所数	備考	
食堂	1室		
機能訓練室	1室	食堂と兼用	
浴室	1室	特別浴槽・リフト介助浴槽・一般浴槽	
脱衣所	1室		
便所	2か所	車椅子トイレ	
洗面設備	2か所		
静養室	1室	2階	
面談室	1室	1階	

3. 従業者の勤務体制

職 種	員 数			職 種	員 数		
	常 勤 (兼務)	非 常 勤	計		常 勤 (兼務)	非 常 勤	計
生活相談員	4人 (4人)	人	4人	栄 養 士	1人 (1人)	人	1人
介 護 職 員	12人 (4人)	人	12人	機能訓練指導員	0人	人	0人
看 護 師	1人 (1人)	人	1人	調 理 員	10人 (10人)	人	10人
准 看 護 師	2人 (2人)	人	2人				

4. 運営及び運営時間

営 業 日	月曜日～土曜日
営 業 時 間	7:30～19:30
サービス実施時間	9:15～16:30
休 業 日	日曜日 及び 12月30日～1月3日

※ 利用時間帯は当事業所に来所してから、退所するまでの滞在時間とし、7時間以上9時間未満を標準とします。

5. 提供するサービスの内容

① 「通所介護」及び「介護予防通所介護」は、事業者が設置する施設（事業所）に通所していただき、「通所介護計画」及び「介護予防通所介護計画」に沿って、送迎、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練、レクリエーション、趣味活動等の活動を行うことにより、利用者の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るサービスです。

② 具体的なサービスの内容は、次のとおりです。

食 事 の 提 供	栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を、適切な時間に、十分な時間を確保して提供します。また、利用者の食事の自立に配慮するとともに、可能な限り離床して、食堂（または共同生活室）で召し上がることを支援します。
-----------	--

入浴の介助	利用者が身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入浴の介助を行います。また、利用者の状態から入浴することが困難な場合は、清しきを行うなど利用者の清潔確保に努めます。
排せつの介助	利用者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排せつ介助等を適切に行います。なお、おむつを使用する利用者については、その心身および活動の状況に適したおむつを提供するとともに、排せつ状況を踏まえて適切に取り替えます。
送迎	ご自宅から当事業所まで送り迎えを行います。
相談及び援助	常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
機能訓練	利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善または維持のための機能訓練を行います。
健康管理	看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。
レクリエーション 趣味活動	利用者の心身の状況等を踏まえ、季節にあったレクリエーション・趣味活動を行います。

6. 業務取扱い方針 □

- ① あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、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」及び「介護予防通所介護計画」に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、さらに利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を提供します。
- ② わたしたちは、「通所介護計画」及び「介護予防通所介護計画」を必ず作成します。

7. 担当の職員 □

あなたを担当する職員（生活相談員等）及びその管理責任者は次の者です。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

- ・担当職員 氏名 _____ (資格：社会福祉主事) 連絡先 025-521-0770
- ・管理責任者 氏名 横尾保朋 連絡先 025-521-0770

8. 利用料金 □

① 利用者負担金 □

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の利用料の1割の額です。但し、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は、利用料の全額（10割負担）をご負担いただきます。

【通所介護利用料】 □

要 介 護 度	通所介護利用料		
	3時間～5時間利用 (a)	5時間～7時間利用	7時間～9時間利用
要介護 1	4,260円/回	6,410円/回	7,350円/回
要介護 2	4,880円/回	7,570円/回	8,680円/回
要介護 3	5,520円/回	8,740円/回	10,060円/回
要介護 4	6,140円/回	9,900円/回	11,440円/回
要介護 5	6,780円/回	11,070円/回	12,810円/回

※ 上記の利用料は、利用1回当りの介護報酬告示上の単位に、1単位10.0円の地域単価を乗じた額です。

※ 2時間から3時間の利用の場合 (a) の7割の利用料を頂きます。

※ 9時間から10時間の利用の場合500円増、10時間から11時間の利用の場合1,000円増、11時間から12時間の利用の場合1,500円増です。

【通所介護加算】 □

加算の種類	加算の要件及び加算額	
入浴加算	入浴を行った場合、1日につき <u>500円 (50円)</u> を加算します。	
サービス提供体制強化加算	Iイ	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上である場合。1回につき <u>180円 (18円)</u>
	Iロ	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上である場合。1回につき <u>120円 (12円)</u>
	II	サービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の占める割合が100分の30以上である場合。 1回につき <u>60円 (6円)</u>

若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症の利用者に対してサービスを提供した場合。1日につき <u>600円(60円)</u>
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等に居住する者は <u>基本報酬の5%</u> を加算します。
介護職員 処遇改善加算	I <u>所定単位数の4.0%</u> を加算します。 II <u>所定単位数の2.2%</u> を加算します。

【介護予防通所介護利用料】 □

要 介 護 度	介 護 予 防 通 所 介 護 利 用 料
要 支 援 1	1,647円/月
要 支 援 2	3,377円/月

※ 上記の利用料は、利用時間・回数に関わらず1ヶ月当たり包括的な介護報酬告示上の単位に、1単位10.0円の額です。

【介護予防通所介護加算】 □

加 算 の 種 類	加 算 の 要 件 及 び 加 算 額	
サービス提供体制強化加算	Iイ	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上である場合。1月につき 支援1： <u>720円(72円)</u> 支援2： <u>1,440円(144円)</u>
	Iロ	事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上である場合。1月につき 支援1： <u>480円(48円)</u> 支援2： <u>960円(96円)</u>
	II	事業所の利用者に直接サービス提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の割合が100分の30以上である場合。1月につき 支援1： <u>240円(24円)</u> 支援2： <u>480円(48円)</u>
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症の利用者に対してサービスを提供した場合、1月につき <u>2,400円(240円)</u>	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等に居住する者は <u>基本報酬の5%</u> を加算します。	
介護職員 処遇改善加算	I <u>所定単位数の4.0%</u> を加算します。 II <u>所定単位数の2.2%</u> を加算します。	

※ 上記の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

② その他の実費負担

実費負担の種類	要 件	負 担 額
食 事 代	食事代です。	朝食代 <u>570円</u> (1食につき)
		昼食代 <u>770円</u> (1食につき)
		夕食代 <u>570円</u> (1食につき)
行事等特別な食事代	行事等の特別な食事にかかる食事代です。 (個別選択による物です。)	実 費
お む っ 代 等	利用中に使用するおむつ代等です。	紙パンツ <u>155円</u> (1品につき)
		紙おむつ <u>125円</u> (1品につき)
		パット <u>40円</u> (1品につき)
身の回り品	個別選択による日用品等(歯ブラシ・ティッシュペーパー等)	実 費
教養娯楽費	レクリエーション・趣味活動等にかかる材料費です。(個別選択による物です。)	実 費

③ お支払い方法

<input type="checkbox"/> 口座引き落とし	サービス利用月の翌月 <u>28日</u> に、お客様ご指定の口座より引き落とします。
<input type="checkbox"/> 銀行振込	サービス利用月の <u>翌月末日</u> までに、下記の口座にお振り込み願います。 <u>上越信用金庫 高田中央支店 普通口座 0545609</u> 口座名義： <u>社会福祉法人 清和会 (シャイワグホウジン セイワカイ)</u>
<input type="checkbox"/> 現金支払い	サービスを利用された月の <u>翌月末日</u> までに、現金にてお支払い願います。

※ 口座引き落とし及び銀行振込等にかかわる手数料については、ご利用者様の負担となりますので、よろしくお願いたします

9. サービスの中止

- ① あなたの都合によりサービスの利用を中止(キャンセル)する場合は、すみやかに次の連絡先(または7の担当の職員の連絡先)迄、ご連絡ください。

連絡先(電話番号)： _____

- ② 利用開始予定日の直前に利用をキャンセルする場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定前日の午後5時までに連絡があった場合	無 料
利用予定前日の午後5時までに連絡がなかった場合	770円（食事代相当）

10. 協力医療機関、緊急時等の対応

- ① 当事業所の協力医療機関は次のとおりです。

名 称	所 在 地	主 な 診 療 科 名
上越地域医療センター病院	上越市南高田町6番9号	内科・外科・整形外科 リハビリテーション科

- ② あなたがサービスを利用しているときに病状が急変した場合その他必要な場合は、速やかにあなたの主治医または協力医療機関へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。

主 治 医	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	
	連 絡 先	

11. 事故発生時等の対応

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利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 身体拘束

介護保険指定基準の身体拘束禁止規定に基づき、サービス提供時、ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限するようなことは致しません。

緊急やむを得ず身体拘束を行った場合には、その様子及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しご家族等に報告いたします。

13. 非常災害対策 □

- ① 管理者は、自然災害、火災、その他の防災対策について、計画的な防災訓練と設備改善を図り、ご利用者の安全に対して万全を期します。
- ② 前項の実施について、少なくとも年2回以上の避難訓練を実施します。

14. 苦情相談窓口 □

- ① 当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓 口 設 置 場 所	デイサービス 桑の里 事務所
担 当 者	生活相談員 阿部 芳恵
連絡先（電話番号）	025-521-0770

- ② 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦 情 受 付 機 関	連絡先（電話番号）
上越市高齢者支援課	025-526-5111
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

15. サービスの利用に当たっての留意事項 □

サービスの利用に当たってあなたに注意していただきたいことは、次のとおりです。

- (1) 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。
- (2) 複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方のご迷惑にならないように注意してください。
- (3) 体調の変化など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居宅介護支援事業者 _____

(電話番号： _____)

または当事業所の担当者 _____ 生活相談員 _____

(電話番号：025-521-0770)

迄、ご連絡ください。

平成 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、重要事項説明書のとおり説明しました。

事業者所在地 新潟県上越市大字京田字三角田134番地1

事業者名 社会福祉法人 清和会

代表者職・氏名 理事長 北川たい子 ⑩

説明者職・氏名 生活相談員 ⑩

事業者より重要事項説明書の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 ご住所

お名前 ⑩

代理人 ご住所

お名前 ⑩

立会人 ご住所

お名前 ⑩