

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています

(愛知県指定 第2372601688号)

当事業所は、利用者に対して、指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上のご注意いただくことを次のとおりご説明します。

* 当事業所のサービス利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

1 事業者名	未来株式会社
2 所在地	愛知県豊川市瀬木町郷中29番地の4
3 電話番号	(0533)89-2502
4 代表者名	入谷 勝則

2. 事業所の概要

1 事業所種類	指定通所介護事業所
2 事業目的	通所介護
3 事業所名称	光輝デイサービス通所介護事業所
4 所在地	愛知県豊川市御油町池田60
5 電話番号	(0533)65-9997
6 管理者氏名	入谷 綾子
7 運営方針	① ご利用者様の意思及び人格を尊重し、常にご利用者様の立場にたったサービスの提供に努めます。 ② スタッフ一丸となり、常に自己研鑽に努め、ご利用者様の自立を支援し、生活維持、向上に資するサービスの提供を行います。 ③ 安心、安全、居心地の良さを基本とする質の高いサービスを総合的に提供し、ご利用者様と笑顔の絶えない暖かい身体関係を築きます。
8 利用定員	1単位 40名

3. 事業実施地域及び営業日

- 1 通常の事業の実施地域 豊川市、豊橋市、岡崎市、蒲郡市
- 2 営業日及び営業時間 この事業は、月曜日から金曜日までを営業日とし、営業時間を午前8時30分から午後5時30分までとする。（8月13日から15日、12月30日から1月3日までを除く。）
ただし、デイサービスの提供については、設備及び設備の損壊・故障・気象現象、その他特別な理由がある場合はこの限りではない。

営業日	月曜日から金曜日
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前9時15分から午後4時25分
休日	土曜日、日曜日、夏期（8月13日～15日）、冬期（12月30日～1月3日）、会社指定日

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〔主な職員の配置状況〕

職種	員数	
管理者	1名	常勤兼務1名
生活相談員	4名	常勤兼務1名
看護職員	1名	常勤兼務1名
介護職員	17名	常勤兼務11名、非常勤専従3名、非常勤兼務3名
機能訓練指導員	1名	非常勤専従1名

従事者は、指定通所介護サービスの提供にあたる。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- 1 当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。
 - ① 食事の提供
 - ② 入浴（一般浴、機械浴、寝浴）
 - ③ 日常生活動作の機能訓練
 - ④ 健康チェック
 - ⑤ 送迎
 - ⑥ 個別機能訓練
 - ⑦ 日常生活の介護（養護、排泄、身体介護）

当事業所が提供するサービスについては、次の場合があります。

- | |
|------------------------|
| ① 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| ② 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合 |

1 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の9割又は8割（介護保険負担割合証にて、適応される割合をご確認ください。※平成27年8月から負担割合が変更。）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

- ① 入浴（車椅子乗車の方、片麻痺の方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます）
- ② 排泄介助
- ③ 機能訓練

〈サービス利用料金〉（契約書第6条参照）

下記の料金表によって利用者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なり、サービス内容により加算があります。）

《介護報酬》（基本料金）【通所介護】（7時間以上8時間未満 1日あたり）

1 割負担の方

A. 単位表

利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. サービス利用料金（単位）	6580円 658単位	7770円 777単位	9000円 900単位	10230円 1023単位	11480円 1148単位
2. 介護保険から給付される金額	5922円	6993円	8100円	9207円	10332円
3. 自己負担額（1-2）	658円	777円	900円	1023円	1148円

《加算制》

B. （利用するサービスにより加算する体制）

加算体制	個別機能訓練体制 I ※1回につき	入浴介助体制 ※1日につき
------	----------------------	------------------

1.加算料金	560円 (56単位)	400円 (40単位)
2.介護保険から給付される金額	504円	360円
3.自己負担額 (1-2)	56円	40円

C. (事業所の体制により加算される体制)

加算体制	中重度者ケア体制 ※1日につき	サービス提供体制強化加算(II) ※1回につき
1.加算料金	450円 (45単位)	180円 (18単位)
2.介護保険から給付される金額	405円	162円
3.自己負担額 (1-2)	45円	18円

D. (ご利用者様の身体状態に関わる加算する体制)

加算体制	若年性認知症加算 ※1日につき
1.加算料金	600円 (60単位)
2.介護保険から給付される金額	540円
3.自己負担額 (1-2)	60円

E. (全体に係る加算)

加算体制	介護処遇改善加算 I ※1月につき
1.加算料金	上記単位(A+B+C+D)に 9.2%をかけた金額 (小終点第1位切り 上げ)

F. (全体に係る加算)

加算体制	地域加算 (豊川市: 7級地: 10.14円) ※1月につき
1.加算料金	上記単位(A+B+C+D+E)に 10.14円をかけた金額が保険事業対象分の費用総額と なります。(小終点第1位切り上げ)

2 割負担の方 (介護保険負担割合証をご確認ください。)

A. 単位表

利用者の 要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3. サービス 利用料金 (単位)	6580円 658単位	7770円 777単位	9000円 900単位	10230円 1023単位	11480円 1148単位

4. 介護保険から給付される金額	5264 円	6216 円	7200 円	8184 円	9184 円
3. 自己負担額 (1 - 2)	1316 円	1554 円	1800 円	2046 円	2296 円

《加算制》

B. (利用するサービスにより加算する体制)

加算体制	個別機能訓練体制 I ※1回につき	入浴介助体制 ※1日につき
1.加算料金	560 円 (56 単位)	400 円 (40 単位)
2.介護保険から給付される金額	368 円	320 円
3.自己負担額 (1-2)	112 円	80 円

C. (事業所の体制により加算される体制)

加算体制	中重度者ケア体制 ※1日につき	サービス提供体制強化加算(II) ※1回につき
1.加算料金	450 円 (45 単位)	180 円 (18 単位)
2.介護保険から給付される金額	360 円	144 円
3.自己負担額 (1-2)	90 円	36 円

D. (ご利用者様の身体状態に関わる加算する体制)

加算体制	若年性認知症加算 ※1日につき
1.加算料金	600 円 (60 単位)
2.介護保険から給付される金額	480 円
3.自己負担額 (1-2)	120 円

E. (全体に係る加算)

加算体制	介護処遇改善加算 I ※1月につき
1.加算料金	上記単位(A+B+C+D)に 5.9%をかけた金額 (小終点第1位切り上げ)

F. (全体に係る加算)

加算体制	地域加算 (豊川市: 7級地: 10.14 円) ※1月につき
1.加算料金	上記単位(A+B+C+D+E)に 10.14 円をかけた金額が保険事業対象分の費用総額となります。(小終点第1位切り上げ)

☆利用者がまだ介護認定を受けていない場合には、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。要介護の認定を受けた後、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) また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなる為、利用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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

2 介護保険の給付の対象とならないサービス (契約書第 5 条、第 6 条参照)

以下のサービスについては、諸費用の実費をお支払いいただきます。

〈サービスの概要〉

- ① 日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で、利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。
デイサービスにて注文されたオムツ代は、リハビリパンツ 100 円、パット 50 円、オムツ 100 円を徴収致します。
- ② 通常の事業の実施地域 (前記 : 3. 事業実施地域及び営業日の 1 参照) を越えて行う指定通所介護に要した送迎の費用は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1 km あたり 50 円を負担いただきます。(同一建物に居住している入居の方は該当いたしません。)
- ③ 利用者との合意に基づいて介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービスを提供した場合、その利用料金は全額を負担いただきます。
- ④ デイサービスで注文した食事については 1 回 1 食あたり 500 円の実費がかかります。

3 利用料金のお支払い方法 (契約書第 6 条参照)

前記 1・2 の料金・費用は、サービス利用月の翌月 27 日までにお支払いください。

光輝ご入所の方の清算は (毎月 27 日にお引き落としとなります。)

4 利用の中止・変更・追加 (契約書第 7 条参照)

- 利用予定日の前に、利用者の都合により通所介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービス実施日の前営業日午後 5 時 30 分までに事業者申し出てください。
- 利用予定日の前営業日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、食材料費等の料金を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利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

当事業所における苦情の受付

当事業所におけるご相談や苦情は、以下の窓口で受け付けいたします。

○苦情受付窓口（連絡先・担当者名・受付時間）

① 連絡先

〒441-0211 愛知県豊川市御油町池田 60

電話：0533-65-9997 FAX：0533-65-9924

担当者名 管理者 入谷 勝則

生活相談員 入谷 綾子

受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

同一連絡先 光輝訪問介護ステーション

管理者 入谷 勝則

サービス担当責任者 入谷勝則

サービス付高齢者向け住宅光輝

柴田 郁男

② 各市町村等の苦情受け付け

蒲郡市役所 長寿課介護保険係

電話番号：0533-66-1176

〒443-8601 愛知県蒲郡市旭町 17 番 1 号

豊川市役所 健康福祉部 介護高齢課

電話番号：0533-89-2173

〒442-8601 愛知県豊川市諏訪 1 丁目 1 番地

豊橋市役所 福祉部 長寿介護課

電話：0532-51-2359

〒442-8601 愛知県豊橋市今橋町 1 番地

愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情相談室

電話番号：052-971-4165

〒461-8532 愛知県名古屋市東区泉 1 丁目 6 番 5 号

東三河広域連合 介護保険課

電話番号：0532-26-8471

〒440-0806 愛知県豊橋市八町通二丁目 16 番地職員会館 5 階

7. 事故発生時の対応について

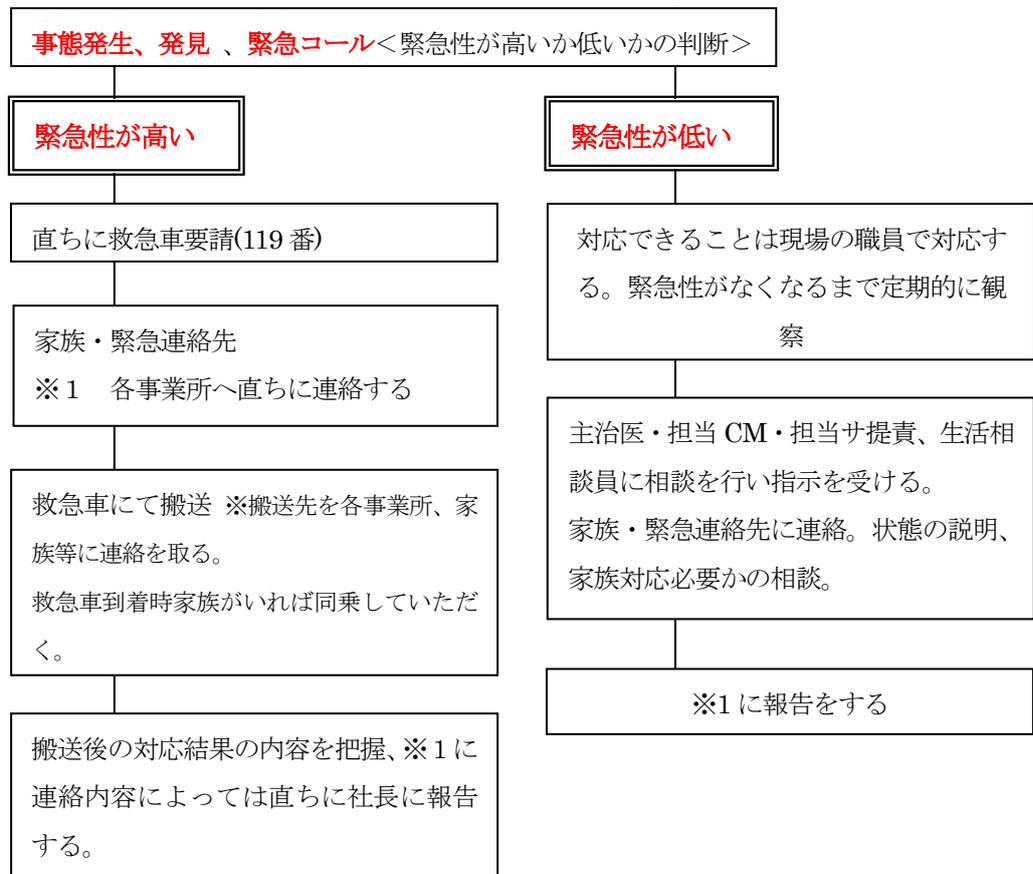
【緊急時における対応方法】

当事業所において、通所介護の提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合、速やかに主治の医師等に連絡するなど、適切な処置をいたします。

【事故発生時の対応】

利用者に対する介護サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要に応じた措置を講じます。また、不可抗力による場合を除き速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除されます。また、当事業所では、万が一の事故発生に備えて損害賠償責任保険に加入しています。

【事故発生時の対応経路】



※1

各事業所とは：光輝訪問介護ステーションの管理者と責任者、サービス付高齢者向け住宅光輝の管理者

8. 非常災害対策

非常災害に備え、定期的に避難・救出などの訓練を行います。

9. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施は行なっておりません。

10. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 気分が悪い時は、速やかに従業員に申し出てください。
- ② 事業所の施設・設備の利用に際しては、他の利用者に迷惑のかからないよう利用してください。
- ③ 送迎サービスの集合時間に遅れた場合は、送迎サービスを利用できない場合がありますのでご了承ください。

指定通所介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて重要事項を交付して説明した上で利用契約を結び、個人情報の使用について同意したことを証するため本書 2通を作成し、利用者及び事業者の署名押印の上、1通ずつ保持するものとします。

令和 年 月 日

事業者

所在地 愛知県豊川市瀬木町郷中29番地の4
名称 未来株式会社
代表取締役 入谷 勝則 印

説明者

所属 光輝デイサービス通所介護事業所
氏名 柴田 郁男 印

私は本書面により、事業者から指定通所介護サービスの重要事項の説明を受けた上で利用契約を結び、個人情報の使用について同意し本書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 _____ 印

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代理人

住所

氏名 _____ 印

電話番号