総合事業・地域密着型通所介護重要事項説明書

≪ 理 念 ≫

家庭的な雰囲気の下、利用者の意思及び人格を尊重し、本人がその生活を笑顔で楽しく充実して過ごせるよう援助を行います。

１　事業所の概要

事業所名	小規模デイサービス　こすもす
提供するサービス	総合事業・地域密着型通所介護
所在地	秋田県にかほ市平沢字堺田２６番地１
電話・FAX番号	電話・FAX　０１８４-３７-３７７７
事業所番号	０５７２５１２４８１

２　事業所の職員体制

職　名	資　格	常勤	非常勤	合　計	業　務　内　容
管理者兼介護職員	ヘルパー２級	１人		１人	業務の実施状況の把握
機能訓練指導員	理学療法士	１人		１人	機能訓練の計画実施
看護員	准看護師		1人	1人	利用者の健康チェック
生活相談員	社会福祉主事・介護支援専門員	１人		１人	利用者への生活指導
介護職員	ヘルパー２級・初任者研修	2人		2人	介護サービスの提供
営業日		月曜日～金曜日　土日・年末年始（12/31～1/3）休み			
サービス提供時間帯		午前９時３０分～午後４時３０分			
延長時間帯		午後４時３０分～午後７時００分			

３　利用定員　　12名

４　事業所の設備概要

食　堂 機能訓練室	39.7㎡	兼用
相　談　室	7.04㎡	プライバシー保護のためパーテーションを設置
事　務　室	13.24㎡	
浴　室	3.30㎡	個浴・２室
厨　房	9.93㎡	

５　サービスの内容

サービス	内　　容
送　迎	自動車による送迎
食　事	昼食　午後１２時～
生活相談	生活相談員に日常生活の相談ができます
介　護	日常生活の介護を行います
入　浴	状況に応じて清拭、シャワー浴となります
※同性介護を希望される方は事前に申し出ください。できる限り対応いたします。	

６　利用料金

１）　1日当たりの介護保険自己負担分

①　通所介護費（デイサービス料）

利用時間	負担割合	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
６時間以上～７時間未満	１割負担	678円	801円	925円	1,049円	1,172円
	２割負担	1,356円	1,602円	1,850円	2,098円	2,344円
	３割負担	2,034円	2,403円	2,775円	3,147円	3,516円
７時間以上～８時間未満	１割負担	753円	890円	1,032円	1,172円	1,312円
	２割負担	1,506円	1,780円	2,064円	2,344円	2,624円
	３割負担	2,259円	2,670円	3,096円	3,516円	3,936円
８時間以上～９時間未満	１割負担	783円	925円	1,072円	1,220円	1,365円
	２割負担	1,566円	1,850円	2,144円	2,440円	2,730円
	３割負担	2,349円	2,775円	3,216円	3,660円	4,095円

※　他の利用時間については厚生労働大臣の定める基準額に準じます

②　加算・減算

②-1　入浴加算　　40円／1回 2割負担：80円 3割負担：120円

②-2　送迎減算　　-47円/片道　-94円/往復

②-3　地域通所介護処遇改善加算Ⅲ　　通所介護費と加算の合計金額の8.0%となります。

②-4　個別機能訓練加算（Ⅰ）１　　56円／1回

２）　介護保険自己負担分（総合事業）

①　1月当たりの介護保険自己負担分　※通所型独自サービス1,2

負担割合	要支援　１	要支援　２
１割負担	1,798円	3,621円
２割負担	3,596円	7,242円
３割負担	5,394円	10,863円

※要支援１の方へのサービス提供回数が4回/月を超える場合

※要支援２の方へのサービス提供回数が8回/月を超える場合

②　1日当たりの介護保険自己負担分　※通所型独自サービス1,2　回数

負担割合	要支援　１	要支援　２
１割負担	436円	447円
２割負担	872円	894円
３割負担	1,308円	1,341円

※要支援１の方へのサービス提供回数が4回/月を超えない場合

※要支援２の方へのサービス提供回数が8回/月を超えない場合

③　加算・減算

③-1　通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ　　通所介護費と加算の合計金額の8.0%となります。

３）　その他

① 食材費　５５０円（おやつ代含む）

② オムツ・リハパン代（税込　1枚当たり）

品名	M	L	LL
オムツ	99円	110円	121円
リハパン	77円	88円	99円

※負担割合については、介護保険負担割合証に基づきます。
※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。
※法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した場合に利用者から支払いを受ける利用料の額と、厚生労働大臣が定める基準により算定した額との間に、不合理な差が生じないようにします。
※上記デイサービス料に関しては、介護報酬制度の改定により変化する場合は、事前に新しい基本料金（通所介護費）を契約書別紙にてお知らせし、再度契約を取り交わします。

７　料金の支払い方法

計算期間は1日から末日です。翌月5日まで請求書を発行しますので、15日までお支払いください。
お支払いは、銀行振込・現金支払いのいずれかの方法をお選びください。

８　サービス内容に関する苦情

当事業所のお客様相談・苦情窓口

担　当　者	金木　真由美
連　絡　先	電話　０１８４-３７-３７７７
受　付　日	通年（12/31～1/3・土曜日・日曜日を除く）
受付時間	午前９時～午後５時

当事業所以外に

にかほ市　長寿支援課	電話　０１８４－３２―３０４２
国民健康保険団体連合会	電話　０１８－８６２－６８６４

の苦情・相談窓口等に苦情を伝えることができます

９　サービス内容の説明

サービスを開始する前に利用者及び家族に内容や、必要事項を解り易く説明します。また身体・生命を保護するためやむを得ない場合を除き身体的拘束、その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

１０　利用者への援助

利用申し込みの際、被保険者証を提示していただき、必要事項を確認します。介護認定を受けていない方は、介護認定申請が既に行われたかどうか確認し、申請が行われていない場合は利用希望者の意思を踏まえ、速やかに行われるよう援助します。

１１　保険給付請求の為の証明書の交付

法廷代理受領サービスに該当しないサービス費用の支払いを受けた場合は、サービスの内容・費用の額その他必要事項を記載したサービス提供書を利用者に交付します。

１２　介護サービス計画の作成

管理者は、介護計画の作成に関する業務を担当し、心身の状況、希望、置かれている環境等の評価をし、他の事業者との協議の上作成し、介護計画の目標とその達成時期・内容・提供の上で留意すべき事項を記載するとともに、介護計画について利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

管理者は介護計画の作成後においても、他に従業員との連携を継続的に行い、介護計画の実施状況を把握し、必要に応じて介護計画の変更を行います。

１３　勤務体制の確保等

利用者に対して適切なサービスが提供できるよう、継続性を重視し従業員の勤務の体制を定めます。介護従事者の日々の勤務体制、常勤、非常勤の別、管理者との兼務関係、担当者を明確にし、サービスの提供にあたっては、常時介護従事者を１人以上確保します。

１４　衛生管理

施設、食器その他の設備または飲用に供する水について衛生管理に努め、衛生上必要な措置を講じ、また感染症の発生、まん延を防ぐ為に必要な措置を講じます。

１５　緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化等が生じた場合、事前の打ち合わせにより、主治医、ご家族、身元保証人、救急隊および介護支援専門員等へ連絡します。

１６　災害対策

非常災害に備えて、必要な設備を設け、防災、避難に関する計画を作成し、少なくとも６ヶ月に１回は避難、救出その他必要な訓練を行います。

１７　掲示

事業所内の見やすい場所に、運営規定の概要、従業員の勤務体制、利用料、事故発生時の対応、苦情処理の体制その他サービスの選択に資する重要事項を掲示します。

１８　秘密保持

利用者または家族及び身元保証人の秘密は厳守されます。事業所を退職した者も同様です。ただし、サービス担当者会議等において、利用者又は家族に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により利用者又は身元保証人の同意を得てから提供します。

１９　事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、必要な借置を講じます。サービスの提供により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。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

２０　身元保証人

身元保証人は本人の意思確認を行い、緊急時の対応を行うものとし、本人が故意による施設や備品に損害を与えた場合にはその補償を行います。また、利用料の滞納があった場合には本人に代わりその支払いを行います。なお、この期間は３年とし、申し出がない限り自動で更新とします。

２１　第三者評価の実施状況

第三者評価は実施しておりません。

総合事業・地域密着型通所介護サービス提供にあたり、利用者またその家族に対し本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業所所在地　　秋田県にかほ市平沢字堺田26番地1

名　称　　有限会社　アタカンテ
小規模デイサービス　こすもす

説明者　氏名　　印

私は、本書面により、事業者から総合事業・地域密着型通所介護サービスについての重要事項の説明を受けサービスの提供の開始に同意し、受領いたします。

令和　7　年　　月　　日

≪利用者≫

住所　〒

氏名　　印

≪署名代行者≫

住所　〒

氏名　　印

≪身元保証人≫

住所　〒　　住所　〒

氏名　　印　氏名　　印