重要事項説明書

（通所介護・介護予防通所介護相当サービス）

１．事業者

（１）法人名　　株式会社メタルエッグ
（２）法人所在地　　舞鶴市字小倉 222 の５
（３）電話番号　　0773-62-8377
（４）代表者氏名　　代表取締役　西 厚紀
（５）設立年月　　平成 11 年 6 月 30 日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類　　指定通所介護事業所・平成 12 年 8 月 15 日指定
指定介護予防通所介護相当サービス・平成 30 年 4 月 1 日指定
（２）事業所の目的　　介護が必要と認定された利用者や支援を必要と認定された利用者に対し当事業所の生活相談員、看護員、介護員等が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家族の身体的、精神的負担の軽減をはかることを目的として通所介護・介護予防通所介護相当サービスを提供します。
（３）事業所の名称　　デイサービスあっぷる
（４）事業所の所在地　　舞鶴市字田中町 15-11
（５）電話番号　　0773-62-5868
（６）管理者　　氏名　　山本　晋一
（７）当事業所の運営方針

- 当事業所では、心身の特性を踏まえて、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入浴、排泄、食事の介助等、日常生活上必要なお世話や機能訓練を行う。
- 当事業所では、家庭的な雰囲気のなかで 1 日楽しく安全に過ごすことができるようサービスの提供に努める。

（８）開設年月　　平成１２年　８月１５日　　利用定員　　１０人
平成１３年１２月　１日　　利用定員　　８人
（平成１９年１月４日より利用定員１８名となる）
平成２８年　３月３１日　　利用定員　　２５人

３．事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域　　舞鶴市全域、高浜町
（２）営業日及び営業時間

営業日	月～土　（12/30～1/3 を除く）
受付時間	月～土　午前 8 時 10 分～午後 5 時
サービス提供時間	月～土　午前 9 時 30 分～午後 3 時 45 分（6 時間 15 分）

４．職員の配置状況

当事業所では、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・通所型現行相当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〉

ⅰ　管理者　　１名（常勤・他事業所兼務）
ご利用者様が当サービスをご利用していただくにあたっての調整･管理を行います。また、利用中の体調の変化に応じた適切なサービスが提供できるように連絡・環境整備を行います。

ⅱ　生活相談員　１名以上　（提供時間帯に応じて専従で配置）
利用者様の日常生活上の相談に応じたり、ご利用にあたっての計画を作成したりします。

ⅲ　看護職員　１名以上（単位ごとに専従で配置）
利用者様の身体上の看護・それに係る連絡調整を行います。デイサービスには医療器具が備わっていませんので、緊急時には応急処置と救急対応の連絡調整を行います。

ⅳ　機能訓練指導員　１名以上 配置
日常生活上の機能減退の防止を目的とした訓練を行います。

ⅴ　介護職員　１名以上（単位ごとに提供時間帯に応じて配置）
作成された計画やその都度ご利用者様・ご家族様に承ったご希望に沿って、入浴・食事・排泄など、生活全般の援助を行います。

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

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

があります。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス

〈サービスの概要〉

①食事の介助

・ ご利用者の身体の状況を考慮した食事提供を行います。またご利用者の身体の状況に応じて必要な介助を行います。　　（但し食事代は別途いただきます）

時間 11：45～12：45

②入浴の介助

・ 入浴介助または入浴見守りを行います。またご利用者の身体の状況に応じて二人体制の入浴介助やシャワー浴、リフト浴等を行います。

③排泄の介助

・ ご利用者の身体の状況に応じて排泄の介助を行います。

④機能訓練

・ 機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、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訓練を実施します。

⑤送迎サービス

・ご自宅と事業所間の送迎を行います。（加算はありません。）

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、ご利用者の要介護・要支援状態に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度や要支援度に応じて異なります。）

通常規模　通所介護（所要時間６時間以上７時間未満の場合）　**１回あたり**

算定項目 / サービス内容	基本料金	サービス提供体制加算Ⅰ	中重度者ケア体制加算	※入浴介助加算Ⅰ	合　計	利用者負担（1割負担の場合）	※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	※ 自己負担（1割負担の場合）
要介護　1	5,840 円	220 円	450 円	400 円	6,910 円	691 円	82 円	773 円
要介護　2	6,890 円				7,960 円	796 円	95 円	891 円
要介護　3	7,960 円				9,030 円	903 円	108 円	1,011 円
要介護　4	9,010 円				10,080 円	1,008 円	120 円	1,128 円
要介護　5	10,080 円				11,150 円	1,115 円	133 円	1,248 円

給食費が生じた時は、自己負担合計に、給食費 780 円×利用回数分を加算いたします。

※　介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）は利用者負担の合計回数の料金に 12.0%を加算いたします。

※　入浴介助加算はご利用になった場合のみ加算いたします。

※　自己負担合計は「介護保険負担割合証」の判定により変動いたします。

通常規模　介護予防通所介護相当サービス（所要時間６時間以上７時間未満の場合）**1ヶ月あたり**

算定項目 / サービス内容	基本料金	サービス提供体制加算Ⅰ	合計	利用者負担（1割負担の場合）	※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	※ 自己負担合計（1割負担の場合）
要支援１事業対象者	17,980 円	880 円	18,860 円	1,886 円	226 円	2,112 円
要支援２	36,210 円	1,760 円	37,970 円	3,797 円	455 円	4,252 円

給食費が生じた時は、自己負担合計に、給食費 780 円×利用回数分を加算いたします。
入浴の料金は基本料金に含まれております。入浴を希望されない場合でも割引することはできませんので、あらかじめご了承ください。

※　介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）は利用者負担の料金に 12.0%を加算いたします。

※　自己負担合計は「介護保険負担割合証」の判定により変動いたします。

☆ ご利用者がまだ要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。要支援・事業対象者又は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ります。償還払いとなる場合、ご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。

☆ ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。利用料と合算で請求いたします。（下記（2）①参照）

☆ 利用者様が希望されて参加されたレクリエーションにて必要となった経費・散髪サービスなどにつきましては、これらの利用料等とは別に実費にてお支払いいただきます。この場合の支払方法は、その都度事前に金額を通知の上、指定いたします（下記（2）②参照）。

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

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①　食事代

ご利用者に提供する食事とおやつにかかる費用です。

料金：1 回あたり 780 円

②レクリエーション

利用者様の希望により、参加された場合、内容によって実費をいただきます。

（３）利用料金のお支払い方法

毎月 20 日までに前月分の請求をいたします。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。お支払い方法は銀行振り込み、現金集金、郵便局・銀行引き落としのいずれかの中からお選びください。（漁連からの引き落としはご利用になれません。）

引き落としの目安は毎月 26 日頃です。

（４）利用の中止、変更、追加

○ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消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。但しご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 ※介護予防通所介護の方を除く	当日の利用料金の 50% （自己負担相当額）

※介護予防通所介護相当サービスは月単位の定額制の為キャンセル料は発生いたしません。

６．事故発生時の対応について

通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービスを提供中、事故が発生した場合には、速やかにご利用者様の家族、市役所及び保健所、介護支援専門員に連絡を行います。必要であれば受診をしていただきます。この場合の診療に係る代金等は当施設が負担いたします。(持病の悪化によるもの等は除きます)。

７．秘密保持について

当事業所はサービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密､個人情報については、利用者又は第３者の生命､身体に危険がある場合など正当な理由がある場合及びサービス担当者会議等、サービス提供に必要な場合で、あらかじめ文書で同意を得た場合を除いて､利用中、利用終了後第三者にもらすことはありません。

８．記録の整備

職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備する。
利用者に対する指定通所介護・指定介護予防通所介護相当サービスの提供に関する記を整備日するとともに、完結の日から５年間保存する。

９．虐待防止に関する事項

事業所は利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

（１） 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。

（２） 虐待防止のための指針の整備。

（３） 従業者に対し虐待を防止するための研修を年１回以上実施。

（４） 前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置。

２　事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

１０．身体拘束

事業所は、当該利用者の生命又は身体を保護するため緊急時やむを得ない場合を除き、利用者の行動を制限する身体拘束行為は行わない。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

２　事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。

（１） 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を、年１回以上開催するとともに、その結果について介護職員、その他の従業者に周知徹底を図るものとする。

（２） 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

（３） 介護職員、その他の従業者に対し、身体的拘束等の敵背化のための研修を定期的に実施する。

１１．感染症対策への対応

事業所は、当該施設において感染症の予防及び、まん延防止に努め、次の措置を講ずるものとする。

（１） 感染症への対策を検討する委員会の開催、指針の整備。

（２） 従事者に対して、従業者の清潔の保持及び健康状態についての必要な管理及び感染症に関する研修、訓練（シュミレーション）の実施。

１２．事業継続に向けた取り組み

事業所は、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して事業の提供を受けられるよう、業務継続計画（BCP）を策定するとともに、次の措置を講ずるものとする。

（１） 業務継続に向けた計画を策定し、従業者へ周知。

（２） 業務継続計画（BCP）に関する研修、訓練（シュミレーション）を実施し、定期的な見直しを行う。

１３．サービス利用に当たっての留意事項

送迎時間	何らかの理由で、送迎時間の変動があった場合は、速やかに連絡いたしますが、利用日には、準備を早めにお願いします。ご自宅以外で連絡のつく電話番号を指定される場合は、必ずお知らせください。
体調確認	風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
体調不良等によるサービスの中止・変更	当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。特に、医師の意見書がない限り、体温 37.0℃、血圧 160/90 以上の場合、入浴はお断りさせていただく場合があります。
時間の変更	通院、その他家庭の事情でサービス提供時間と異なる時間帯のご利用を希望される場合は、直接当事業所へご相談ください。
連絡先の変更	緊急時(体調不良、気象警報、感染症発生、災害時等)に連絡が取れるよう、連絡先の変更があった場合は、速やかにお知らせください。

１４．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口　　ＴＥＬ　62-5868
　担当者　　山本　晋一

○ 受付時間　　毎週　月曜日～土曜日
　午前 8：10～午後 5：00

（２）行政機関その他苦情受付機関

舞鶴市役所 高齢者援護課	所在地　舞鶴市字北吸 1044 番地 電話番号　0773-66-1013
国民健康保険団体連合会	所在地　京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620 番地 COCON 烏丸内 電話番号　075-326-1050

苦情を受け付け致しましたら、当事業所にて担当職員にて事実確認と今後の対応を協議させていただいた後、詳しい説明と今後の対応についてご説明に参ります。その後、必要に応じて、皆様からいただきました情報とこちらからの報告内容をまとめまして、市役所など関係機関へ報告させていただきます。

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項を交付し説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

デイサービスあっぷる

説明者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の交付と説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。利用の際、当該サービスの利用料等を支払いすることにも同意します。

利用者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 本人

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　2. 代筆　(続柄　　)