

「指定通所介護」「予防専門型通所サービス」重要事項説明書

デイサービスセンター大野木指定通所介護事業所

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2370400307号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 苦情の受付について	6

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 清里 |
| (2) 法人所在地 | 名古屋市西区五才美町 211 番地 |
| (3) 電話番号 | (052) 501-7581 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 堀場 章 |
| (5) 設立年月 | 昭和62年9月21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10年3月28日指定
愛知県2370400307号
指定介護予防通所介護 平成18年4月1日指定 |
| (2) 事業所の目的 | 要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護又は介護予防通所介護を提供することを目的とする。 |
| (3) 事業所の名称 | デイサービスセンター大野木指定通所介護事業所 |
| (4) 事業所の所在地 | 名古屋市西区大野木4丁目185番地 |
| (5) 電話番号 | (052) 505-7581 |
| (6) 施設長(管理者) | 誉田 望 |

(7) 当事業所の運営方針

- 1 事業所の職員は、要介護者等の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出来るよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって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家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- 2 事業所の職員は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。
- 3 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(8) 開設年月 平成10年4月1日

(9) 利用定員 30人（指定通所介護及び指定介護予防通所介護の合計）

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

名古屋市西区全域、北区一部、北名古屋市一部

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 ただし、12月31日～1月3日を除く
サービス提供時間	9時30分～16時40分 ただし、利用者の要望により時間外対応をする
受付時間	8時30分～17時30分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
施設長（管理者）	1名	1名
介護職員	5名	4名
生活相談員	1名	1名
看護職員	1名(兼務)	1名(兼務可)
機能訓練指導員	1名(兼務)	1名(兼務可)

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
介護職員	勤務時間 8：30～17：30
看護職員	勤務時間 8：30～17：30 原則として1名以上の看護職員が勤務します。

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、ご契約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は、

- (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契約者に負担いただく場合

の2種類があります。

(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、利用料金の通常9割が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①送迎

ご家庭までの送迎を行います。リフト付車両を使用しておりますので、車椅子の方もご利用いただけます。

※送迎を行わない場合は基本サービスより減算となります。ただし、予防専門型通所サービスでは基本サービスに含みますので、送迎サービスを利用されなくても減算はありません。

②入浴

入浴又は清拭を行います。機械浴槽を使用して入浴することもできます。

※通所介護では基本サービスに加算となります。ただし、予防専門型通所サービスは基本サービスに含みますので、入浴サービスを利用されても加算はありません。

③個別機能訓練（通所介護のみ）

機能訓練指導員により、ご契約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。

※基本サービスに含みます。

④食事介助

当事業所では、社会福祉法人清里の栄養士（管理栄養士）が立てる献立により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

食事時間 12:00～13:00

⑤排泄介助

ご契約者の排泄の介助を行います。

⑥健康チェック

ご契約者の利用当日の健康状態を確認します。

<通所介護サービス利用料金(1回あたり)> (契約書第6条参照)

下記の料金表(一般例)によって、ご契約者の要介護度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。(上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度および介護保険負担割合証の負担額に応じて異なります。)

(1) 1割負担の方

1. ご契約者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2. サービス利用料金(円)	8,127	9,515	10,947	12,378	13,830
3. 2のうち介護保険から 給付される金額(円)	7,314	8,563	9,852	11,140	12,447
4. サービス利用に係る 自己負担額(2-3)	813	952	1,095	1,238	1,383
5. 口腔スクリーニング加算Ⅰ を含んだ自己負担額 (6ヶ月に1回)	837	974	1,118	1,261	1,407

(注) 上記金額には、入浴加算、および介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)を含みます。

尚、半年に1回、口腔・栄養スクリーニング加算を含みます。

(2) 2割負担の方

1. ご契約者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2. サービス利用料金(円)	8,127	9,515	10,947	12,378	13,830
3. 2のうち介護保険から 給付される金額(円)	6,501	7,612	8,757	9,902	11,064
4. サービス利用に係る 自己負担額(2-3)	1,626	1,903	2,190	2,476	2,766
5. 口腔スクリーニング加算Ⅰ を含んだ自己負担額 (6ヶ月に1回)	1,673	1,948	2,235	2,521	2,813

(注) 上記金額には、入浴加算、および介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)を含みます。

尚、半年に1回、口腔・栄養スクリーニング加算を含みます。

(3) 3割負担の方

1. ご契約者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2. サービス利用料金 (円)	8,127	9,515	10,947	12,378	13,830
3. 2のうち介護保険から 給付される金額 (円)	5,688	6,660	7,662	8,664	9,681
4. サービス利用に係る 自己負担額 (2-3)	2,439	2,855	3,285	3,714	4,149
5. 口腔スクリーニング加算Ⅰ を含んだ自己負担額含んだ (6ヶ月に1回)	2,509	2,922	3,352	3,781	4,220

(注) 上記金額には、入浴加算、および介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)を含みます。

尚、半年に1回、口腔・栄養スクリーニング加算を含みます。

<予防専門型通所サービス利用料金(1ヶ月あたり1割負担の方)> (契約書第6条参照)

1. ご契約者の要介護度	要支援 1	要支援 2
2. サービス利用料金 (円)	20,932	42,153
3. 2のうち介護保険から 給付される金額 (円)	18,838	37,937
4. サービス利用に係る 自己負担額 (2-3)	2,094	4,216
5. 口腔スクリーニング加算 Ⅰを含んだ自己負担額 (6ヶ月に1回)	2,117	4,239

(注) 上記金額には、介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)を含みます。

尚、半年に1回、口腔・栄養スクリーニング加算を含みます。

<予防専門型通所サービス利用料金(1ヶ月あたり2割負担の方)> (契約書第6条参照)

1. ご契約者の要介護度	要支援 1	要支援 2
2. サービス利用料金 (円)	20,932	42,153
3. 2のうち介護保険から 給付される金額 (円)	16,745	33,722
4. サービス利用に係る 自己負担額 (2-3)	4,187	8,431
5. 口腔スクリーニング加算 Ⅰを含んだ自己負担額 (6ヶ月に1回)	4,234	8,478

(注)上記金額には、介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)を含みます。

尚、半年に1回、口腔・栄養スクリーニング加算を含みます。

＜予防専門型通所サービス利用料金(1ヶ月あたり3割負担の方)＞(契約書第6条参照)

1. ご契約者の要介護度	要支援 1	要支援 2
2. サービス利用料金(円)	20,932	42,153
3. 2のうち介護保険から 給付される金額(円)	14,652	29,507
4. サービス利用に係る 自己負担額(2-3)	6,280	12,646
5. 口腔スクリーニング加算 Ⅰを含んだ自己負担額 (6ヶ月に1回)	6,351	12,717

(注)上記金額には、介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)を含みます。

尚、半年に1回、口腔・栄養スクリーニング加算を含みます。

◆ご契約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、ご契約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。

◆ご契約者に提供する食費(食材料費と調理にかかる費用)は、別途いただきます。

(下記(2)①参照)

◆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、ご契約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(契約書第5条、第6条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食費

ご契約者に提供する食材料費と調理にかかる費用です。

料金：1食当り食事代600円、おやつ代100円

②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと通常の事業実施区域界との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

西区、北区以外の地区：40円/1km(片道)

③レクリエーション活動

レクリエーションに参加していただいた場合、その材料代等の実費をいただくこともあります。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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。

※経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合は事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

(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、サービス利用月末締めにて集計、請求後一括してお支払い下さい。

(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、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、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利用予定日の前日までに事業者申し出てください。
- ・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、取消料として食費相当額の 700 円 (食事代+おやつ代) をお支払いいただきます。
- ・サービス利用日の変更、追加等の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

（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窓口で受け付けます。

○受付窓口（担当者） 生活相談員 神 佳 美

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 ８：３０～１７：３０

（２）行政機関その他苦情受付機関

名古屋市西区役所 介護保険担当課	西区花の木二丁目１８番１号 電話 ５２３－４５１９ 受付時間 ８：４５～１７：１５
国民健康保険団体連合会	東区泉一丁目６番５号 電話 ９７１－４１６５ 受付時間 ９：００～１７：００

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター大野木指定通所介護事業所

説明者職氏名 生活相談員

神 佳 美

私は、本書面に基つき事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供

開始に同意しました。

利用者

氏 名

住 所

※この重要事項説明書は、厚生省令第 37 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 8 条及び厚生労働省令第 37 号（平成 18 年 3 月 14 日）第 4 条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。