

# 重要事項説明書

(第1号通所介護サービス)

## 1. デイサービス せせらぎの里 の概要

事業所名	デイサービス せせらぎの里
所在地	岐阜県恵那市長島町永田519番2
電話番号	0573-25-7117
FAX番号	0573-25-8510
介護保険事業所番号	2171700863

## 2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、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に支援することを目的とする
運営の方針	介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、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なサービスを提供する

## 3. 職員体制と職務内容

職名	員数	常勤・非常勤	職務内容
管理者	1	常勤兼務1名	職員と業務の管理、基準遵守のための命令指揮 利用申込みの調整、サービス実施状況の把握
生活相談員	4	常勤兼務2名 非常勤兼務2名	(通所介護計画の取りまとめ)、従業者の技術指導、サービス提供状況の管理、生活相談一般、サービスの提供
看護職員	6	非常勤兼務6名	バイタル(血圧・体温・脈拍・呼吸)チェック、応急手当て、サービスの提供
介護職員	19	常勤兼務1名 非常勤専従15名 非常勤兼務3名	サービスの提供(送迎時介助・移動介助・排泄介助・衣服着脱介助・入浴介助・)
機能訓練指導員	10	非常勤専従3名 非常勤兼務7名	機能訓練

#### 4. 利用定員

25人

#### 5. 営業日・営業時間、サービスの提供日・提供時間

事務所の営業日	月曜日～ 土曜日（12月31日～1月3日迄を除く）
営業時間	9時00分～17時00分
サービス提供時間	9時10分～16時20分

#### 6. 通常の事業の実施地域

恵那市 の地域

上記の市町村以外であってもサービスの提供は可能です。ただし、その場合は8項記載の交通費を申し受けます。

#### 7. サービスの内容

送迎	ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。
健康チェック	看護職員が、健康管理を行います。
食事	当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
入浴	入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
排泄	ご契約者の排泄の介助を行います。
機能訓練	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。

#### 8. 利用料金

介護保険を利用する場合は、原則として基本料金の1割です。

$$(\text{基本料金} + \text{加算料金}) \times 1/10 = \text{お客様負担額}$$

尚、負担割合が2割、3割の方については以下のようになります。

$$2\text{割の場合} \quad (\text{基本料金} + \text{加算料金}) \times 2/10 = \text{お客様負担額}$$

$$3\text{割の場合} \quad (\text{基本料金} + \text{加算料金}) \times 3/10 = \text{お客様負担額}$$

ただし、介護保険の給付の限度額を超えた部分にかかるサービスまたは介護保険対象外のサービスは全額自己負担になります。

### 【介護保険基本料金】

料金表は負担割合1割の場合です。

#### (第1号通所介護費)

	利用料金	お客様負担額 (左記1割負担の場合)
要支援1	16,470円	1,647円
要支援2	33,770円	3,377円

#### (サービス提供体制強化加算(I)口)

	利用料金	お客様負担額 (左記1割負担の場合)
要支援1	480円	48円
要支援2	960円	96円

### 【介護保険加算料金】

	利用料金	お客様負担額 (1割負担の場合)
運動器機能向上加算	2,250円	225円
若年性認知症利用者受入加算	2,400円	240円
口腔機能向上加算	1,500円	150円

\*お客様がまだ要介護認定を受けていない場合や、要介護認定を受けた後に1年以上保険料を滞納している等の場合は、基本料金と加算料金の全額を一旦お支払いいただきます。この場合お客様は、当事業所が発行する「サービス提供証明書」を添えて居住地の市町村に保険給付の申請を行うことになります。(償還払い)

### 【その他の費用】

交通費	お客様の居宅が6に定める通常の事業の実施地域以外の場合下記のとおり。 ① 事業所から往復おおむね15km未満 無料 ② 事業所から往復おおむね15km以上25km未満 300円 ③ 事業所から往復おおむね25km以上 500円
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセル料は頂きませんが、事前のご連絡をお願い致します。
介護保険対象外サービス料	おむつ代：実費 昼食費：702円

### 【請求とお支払いの方法】

請求	<p>② 利用料その他の費用は、月ごとに請求いたします。</p> <p>②請求書は、利用月の翌月10日に発行させていただきます。</p>
支払い	<p>①お客様に居宅介護支援事業所からあらかじめ交付されているサービス利用票と、請求明細書を照合のうえ、請求月の27日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。</p> <p>ア 当事業所指定の口座に振り込み</p> <p>イ お客様の口座から自動引き落とし</p> <p>ウ 現金支払い</p> <p>②お支払いを確認しましたら医療費控除の対象となる額を明らかにした領収証を発行しますので、大切に保管してください。</p> <p>③お支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず、30日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解約させていただいたうえで未払い分をお支払いいただくこととなります。</p>

## 9. サービスの利用方法等

利用申込み	<p>電話または来所のうえお申し込みください。</p> <p>居宅介護支援事業所に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談ください。</p> <p>本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、お客様の同意を得た上で、契約を締結します。</p>
サービスの終了	<p>①お客様のご都合でサービスを提供する場合は、サービスの終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。</p> <p>②人員不足等やむを得ない事情により、サービスを終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。</p> <p>③自動終了</p> <p>次の場合は、双方の通知がなくとも自動的に終了になります。</p> <p>ア お客様が介護保険施設に入所した場合</p> <p>イ お客様の要介護認定区分が「非該当（自立）」となった場合</p> <p>ウ お客様が亡くなられた場合</p> <p>④その他</p> <p>ア 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、お客様の個人情報をみだりに漏洩した場合、お客様やご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了できます。</p> <p>イ サービス料金のお支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず30日以内にお支払いいただけない場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即</p>

	<p>座にサービスを終了させていただく場合があります。</p> <p>ウ お客様やご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただく場合があります。</p>
--	---

## 10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、お客様の主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員（ケアマネジャー）等に連絡いたします。

### 11. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償いたします。なお、当事業所は損害保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

### 12. サービス内容等に関する苦情・相談について

サービスの内容等に苦情・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

①	当事業所の窓口	電話番号 0573-25-7117 相談担当者：市川 受付時間 9時00分～17時00分
②	居宅介護支援事業所の窓口	お客様が契約を結んでいる居宅介護支援事業所になります
③	公的団体の窓口	岐阜県国民健康保険団体連合会4階 介護保険課苦情相談係 〒500-8385 岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館内 苦情処理専用番号：058-275-9826
④	市町村の窓口	お客様がお住まいの市町村の介護保険担当部署になります

<当事業所と契約を結ぶ場合は、説明の事実を証するため下記に記名押印してください>

説明日 平成 年 月 日 説明者 印

所在地 岐阜県恵那市長島町永田519番2

事業所 事業所名 デイサービス せせらぎの里

管理者名 市川 貴子 印

上記の内容について説明を受けました。

利用者 住所  
氏名 印

家族 (代理人) 住所  
氏名 印