

「指定地域密着型通所介護（デイサービス）」

「指定介護予防通所介護（予防デイサービス）」

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。
(大田原市指定 第 0971000633 号)

当事業所はご契約者に対して、指定地域密着型通所介護サービス又は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とおり説明します。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 株式会社 槐工務店
- (2) 法人所在地 栃木県大田原市中田原 633 番地 6
- (3) 電話番号 0287-22-4934
- (4) 代表者氏名 槐 剛士

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定地域密着型通所介護事業所（平成 28 年 4 月 1 日指定）
指定介護予防通所介護事業所（平成 19 年 10 月 1 日指定）
大田原市指定 第 0971000633 号
- (2) 施設の名称 介護の郷 わたぼうし デイサービス
- (3) 施設の所在地 栃木県大田原市紫塚 2 丁目 2 5 8 0 番地 1
- (4) 電話番号 0287-53-7878
- (5) 事業所長(管理者) 井上 未歩
- (6) 開設年月 平成 19 年 10 月 1 日
- (7) 利用定員 1 8 名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

大田原市・那須塩原市※要介護者は大田原市のみ

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月・火・水・木・金・土（日曜定休）
受 付 時 間	8：30 ～ 17：30
サービス提供時間	9：30 ～ 16：30

4. 職員の配置状況

介護の郷 わたぼうし デイサービスでは、ご契約者に対して指定地域密着型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、以下の職種を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

	職 種	常勤職員
1	施設長（管理者）	1名
2	介護職員	3名以上
3	生活相談員	2名以上（兼務）
4	看護職員	1名以上（兼務）
5	機能訓練指導員	1名以上（兼務）

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

5. 介護の郷 わたぼうし デイサービスが提供するサービスの特徴

私たちは、介護の郷 わたぼうし基本理念に基づいて、質の高いケアを追求していきます。

(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〉

入浴	入浴または清拭を行います。
	大浴槽・機械浴槽のうち、お身体の状態に合った浴槽をご利用いただきます。
排泄	ご契約者の排泄の介助を行います。
	排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
送迎サービス	ご契約者のご希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。
機能訓練	生活リハビリの考え方により、日常生活の中での動作を大切にし、身体機能の回復またはその減退の防止に努めます。

〈サービス利用料金〉

契約書別紙に定める料金表によって、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）と、食事に係る自己負担額をお支払いください。

※規定以上の利用は自費となります。

○共通のサービス

※地域区分 7級地 1単位あたり 10.14円

（デイサービスの場合）：1回利用につき

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
基本単位 (1単位 10.14円)	753	890	1,032	1,172	1,312
介護保険 (10割)	7,635	9,024	10,464	11,884	13,303
利用者様自己負担 (1割)	764	903	1,047	1,189	1,331
利用者様自己負担 (2割)	1,527	1,805	2,093	2,377	2,661
利用者様自己負担 (3割)	2,291	2,708	3,140	3,566	3,991

○加算対象サービス：1回につき（要介護のみ）

加算対象サービス	入浴
基本単位 (1単位 10.14円)	40
介護保険 (10割)	405
利用者様自己負担 (1割)	41
利用者様自己負担 (2割)	81
利用者様自己負担 (3割)	122

○予防デイサービスの場合：1回利用につき

ご契約者の要介護度	事業対象者 要支援1	事業対象者 要支援2
基本単位 (1単位 10.14円)	436	447
介護保険 (10割)	4,421	4,532
利用者様自己負担 (1割)	442	453
利用者様自己負担 (2割)	884	906
利用者様自己負担 (3割)	1,326	1,359

○介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) ※支給限度額管理の対象外

所定単位数に9.0%を乗じた単位数

例：(月の合計サービス単位数) × 0.09 = (A)

(A：小数点以下四捨五入) × 10.14 = (B：小数点以下切り捨て)

(B) - (B × 0.9) = 利用者負担分 (1割)

☆ご契約者が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）。

☆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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

下のサービスは、利用金額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》

食事	650 円/日
おやつ	100 円/日
レクリエーション費	個別にかかる材料費等の費用をご負担いただきます。
複写物の交付	10 円/枚 ※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。
尿取りパット	50 円/枚
リハビリパンツ	100 円/枚
紙おむつ	100 円/枚
使い捨てカミソリ	50 円/個

☆経済状況の著しい変化、その他止むを得ない事由がある場合、介護保険の基準外サービス利用料金は、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 30 日前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、当月末締めにてご請求します。

お支払方法は、口座引き落とし又は現金払いとなります。所定のお手続きをお願いいたします。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、指定地域密着型通所介護サービス又は指定介護予防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の実施日前日までに事業者へ申し出てください。

○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、下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約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。また、ご家族様の都合により急遽、ご利用時間が短縮される場合は、通常のご利用料金をお支払いいただきます。

利用予定日の前日 17 時 30 分までに申し出があった場合	無料
上記以降、または利用当日の 8 時 30 分までに申し出があった場合	650 円
申し出が無く、ご自宅にうかがった場合	650 円

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、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契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について

(1) 介護の郷わたぼうしにおける苦情の受付

苦情やご相談は以下の相談窓口で受け付けています。

窓口または電話での受付	担当者	井上 未歩
	受付時間	毎週月曜日～金曜日
		8:30 ～ 17:30
電話番号	0287-53-7878	
投書による受付	〒324-0058 栃木県大田原市紫塚2丁目2580番地1	

(2) 苦情解決の方法

法人の定める「苦情解決規定」に従い原因と解決方策を検討します。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

各市町村	介護保険の担当窓口
大田原市役所保健福祉部 高齢者幸福課介護管理係	所在地 〒324-8641 大田原市本町 1-4-1 電話番号 TEL0287-23-8865 FAX0287-23-4521 受付時間 8:30～17:15
那須塩原市役所保健福祉部 高齢福祉課介護管理係	所在地 〒325-8501 那須塩原市共墾社 108-2 電話番号 TEL0287-62-7191 FAX0287-63-8911 受付時間 8:30～17:15
栃木県国民健康保険団体連合 会 介護保険課介護サービス係	所在地 〒320-0033 宇都宮市本町 3-9 栃木県本町合同ビル 6 階 電話番号 TEL028-643-2220 FAX028-643-5411 受付時間 9:00～17:00

7. 事故発生時等の対応に関する承諾について

施設内での生活において、身体拘束等の抑制は特別な場合を除き行なっておりません。施設内では家庭生活と同様、自由に歩行や移動をしていただく為に、職員が見守り、介助を行なっています。また、手すり等も整備しておりますが、お一人での歩行やトイレ等への移乗時、入浴の際浴槽への移動中等、つまずきや転倒、転落などの事故が起こる可能性があります。

職員一同、細心の注意を払っておりますが、転倒等の事故につきましては、毎日多数の利用者様が生活をしている施設内では、完全に予防することは困難であり、自力での移動、移乗の際

の事故に関しての責任までは負えないことをご了承ください。

万一、利用者様が施設内外で転倒、転落等の不慮の事故に遭われた場合、速やかにご家族様、ケアマネージャー様に連絡いたします。転倒等により、打撲だけではなく骨折、または骨折の疑い、頭部打撲等があった場合は、ご家族へ連絡をとり、受診を依頼することがあります。又、受診の内容によって、健康保険の適用となり、一部負担金が発生することがありますので、ご了承ください。

利用者様の急変、事故等により、緊急で連絡を取らせて頂きます。その際、施設への来所をお願いする場合がありますので御理解の程よろしくお願いいたします

8. 感染および皮膚疾患等の対応について

インフルエンザ・感染性胃腸炎・その他、疥癬などの伝染性の強い皮膚疾患で、感染性があると医師に診断された場合は、他の方への感染を防止するため、医師の許可があるまでは施設サービスのご利用はお控えいただきます。ご家族の方に感染された方が見える場合も、サービスのご利用はお控えいただきます。尚、利用再開時には、受診された病院の医師からの、完治証明書を持参して頂きます。

9. 送迎に関する説明及び同意について

安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、今一度ご利用者様・ご家族の皆様当施設の運営規定を理解していただき、ご協力いただきますよう、よろしくをお願いいたします。

- (1) 原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りをいたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族様と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。その場合には、同意書の備考欄に内容を記載いたします。
- (2) 季節により、暑かったり寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。そのため、ご自宅の中でお待ちいただきます。
- (3) 利用契約時に、職員がお迎えに何う時間帯をお知らせします。交通事情等で、時間が確定ではありませんのでご了承ください。
- (4) 乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用して下さい。
- (5) 送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備ができていない場合は、長時間待つことはできません。他の利用者様にもご迷惑をかけてしまうこととなります。送迎の対応ができなくなる場合もありますので、その点をご理解くださり、ご本人・ご家族のご協力をお願いいたします。
- (6) 職員一同、送迎中は事故のないよう細心の注意を払っておりますが、完全に予防することは困難です。偶発的な事故や車内での転倒、乗り降りの際の転倒等に遭われた場合、当施設の緊急対応として、ご家族様へ連絡のうえ、医療機関への受診を依頼する場合がございます。受診の内容によっては、医療保険の適応となり、一部負担金が利用者様に発生する可能性がありますので、ご了承ください。

個人情報使用同意書

(1) 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

(2) 使用にあたっての条件

①個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際に関係者以外には漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

※「個人情報」とは、利用者及び家族個人に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

(3) 使用する期間

契約日 ～ 有効期間満了日

私は、指定地域密着型通所介護サービス又は指定介護予防通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき個人情報使用同意書及び重要事項の説明を行いました。

説明者 介護の郷 わたぼうし デイサービス

役職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から個人情報使用同意書及び重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービス又は指定介護予防通所介護サービス提供開始に同意しました。

利用者 住所

氏名

印

ご家族 住所
(代理人)

氏名

印

続柄