

介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 かくだ
主たる事務所の所在地	〒914-0812 敦賀市昭和町二丁目 20 番地 16
代表者（職名・氏名）	代表取締役 横井 小夜子
設立年月日	昭和 62 年 8 月 18 日
電話番号	0770-25-4141

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	敦賀ケアセンターかくだ	
サービスの種類	通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒914-0812 敦賀市昭和町二丁目 20 番地 16	
電話番号	0770-25-4141	
指定年月日・事業所番号	平成 29 年 1 月 1 日	1870200159
実施単位・利用定員	要支援 1 1,798 単位 要支援 2 3,621 単位	30 名
通常の事業の実施地域	敦賀市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第一号通所介護相当サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練・レクリエーション、送迎を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	年中無休とします。 ただし、1月1日を除きます。
営業時間	8:00～18:00
サービス 提供時間	午前8時30分から午後5時30分まで 延長時間は、午前7時00分から午後7時00分までとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1人（兼務）
生活相談員	常勤 2人（兼務 2） 非常勤 1名（兼務 1）
看護職員	常勤 2名 非常勤 1名
理学療法士等	常勤 5名（兼務 3）
歯科衛生士	常勤 1名（兼務 1）
介護職員	常勤 8名（兼務 4） 非常勤 3名
調理員	非常勤 1名

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の管理者及び従事者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者	所長
-----	----

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険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。

(1) 第一号通所事業・通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業対象者 要支援1	17,980円	1,798円	3,596円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間について1,000円の延長料金をいただきます。
食事・おやつ代	食事・おやつを提供を受けた場合、朝食350円、昼食750円、夕食600円/回 おやつ代 80円/回の食費をいただきます。
洗濯	洗濯のサービスを受けた場合、1回につき300円の料金をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費をいただきます。
若年性認知症利用者受入加算	40歳以上65歳未満の方で、若年性認知症と診断を受けた利用者様を受け入れする場合、2,400円（自己負担額 1割負担：240円 2割負担：480円）を月に一度いただきます。
口腔機能向上加算	口腔機能向上サービスを利用した場合、1月につき1,500円（自己負担額 1割負担：150円 2割負担：300円）の料金をいただきます。
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	栄養に関するスクリーニングを行い、ケアマネに報告した場合、200円（自己負担額 1割負担：20円 2割負担：40円）の料金を6か月に1回いただきます。
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	厚生労働省に情報を提供し、フィードバックを受け、ケアに活かした際に、400円（自己負担額 1割負担：40円 2割負担：80円）を月に一度いただきます。
サービス提供体制加算	サービス提供体制加算として要支援1の方は1月につき240円（自己負担額 1割負担：24円 2割負担：48円）、要支援2の方は1月につき480円（自己負担額 1割負担：48円 2割負担 96円）の料金をいただきます。
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	介護職員等処遇改善加算として利用したサービス合計金額×90/1000の金額をいただきます。

送迎減算	事業所が送迎を行わない場合、1回につき（片道）47円の減算となります。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の周り品など）について、費用の実費をいただきます。

（3）支払い方法

上記（1）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月末までに送付させていただきます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称 院長名 所在地 電話番号 診療科	川上医院 川上 究 敦賀市松原町 1-39 0770-22-0977 内科・胃腸科・外科・形成外科
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 住所 電話番号	

10. 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は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 1. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0770-25-4141 担当者氏名 生水 隼人 面接場所 当事業所の相談室
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	敦賀市福祉保健部長寿健康課	住 所 敦賀市中央町2丁目1番1号 電話番号 0770-22-8180
	福井県国民健康保険団体連合会	住 所 福井市西開発4丁目202番1 電話番号 0776-57-1611

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスをご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 敦賀市昭和町二丁目 20-16
事業者（法人名） 株式会社 かくだ
説明者職・氏名 _____

私は、事業者より上記の重要事項の説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所 _____
氏名 _____

署名代行者（又は法定代理人）
住所 _____
本人との続柄 _____
氏名 _____

請求書送付先 _____