

通所介護・介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンターあかり	
所在地	新潟市西区五十嵐東3丁目11番24号	
電話番号	025-264-1980	
FAX番号	025-260-1715	
開設年月日	1947年 1月	
介護保険事業所番号	1570109007	
管理者及び連絡先	氏名	連絡先
	小林 博史	025 - 264 - 1980
サービス提供地域	新潟市	

2. 事業所の職員体制等

(令和6年 4月1日現在)

職種	従事するサービスの内容等	常勤	非常勤	合計
管理者	事業所の従業員の管理及び業務の実施状況の把握及び業務の管理を一元的に行う。	1名	0名	1名
生活相談員	利用者及びその家族との面接、生活相談、利用者の申し込みの調整、利用者の介護計画の作成、介護指導等や事業所にかかわる活動の計画、実施などの管理に努める。	2名	0名	2名
看護職員	利用者の健康状態を把握し、健康指導や主治医との連絡調整、家族への看護指導等を行い、その旨を他の従業員に指示し、安全で快適な通所介護の提供を行う。その他、活動プログラムへの協力を行う。	3名	1名	4名
介護職員	利用者に対する食事や排泄の介助、入浴の準備・片付け、送迎時の運転や付き添い、その他、活動プログラムへの協力を行う。	2名	1名	3名
機能訓練指導員	利用者が日常生活を営むために必要な機能の減退を防止するための指導・訓練・補助を行う。	2名	1名	3名

3. 営業日、営業時間及びサービス提供時間

- (1) 営業日は月曜日から土曜日とする。但し年末年始は除く。
- (2) 営業時間は午前8時30分から午後5時30分までとします。
- (3) サービス提供時間は午前8時45分から午後4時45分までとします。

4. 利用料等

利用者の方からいただく利用料等は、次の通りです。

(1) 介護保険給付対象サービス利用料

区 分	単 位	内 容 の 説 明
要介護1	658	7時間以上8時間未満 のサービス提供に対する 1回あたりの負担額で す。
要介護2	777	
要介護3	900	
要介護4	1,023	
要介護5	1,148	
加算	入浴介助	40

* 利用者負担は、上記利用料の1から3割負担となります。
(皆様お持ちの介護保険負担金証をご確認下さい。)

介護予防通所介護相当		
要支援 1	1,798単位	/ 1月につき
要支援 2	3,621単位	/ 1月につき

*1単位は、「10.14円」となります。

* 利用者負担は、上記利用料の1から2割負担となります。
(皆様お持ちの介護保険負担金証をご確認下さい。)

* 当事業所は、「介護職員処遇改善加算Ⅱ」の対象事業所です。

(2) 介護保険給付対象外サービス利用料

① その他の費用 (消費税含む)

区 分	金 額	内 容
食 事 (昼食)	1回 530円	1食分(おやつ代を含む)
おむつ代	1枚 0円	原則ご持参下さい
尿とりパット	1枚 0円	
行事代	実 費	利用者の希望により費用が発生する行事等に参加頂いた場合

(3) 利用料等の支払い

利用者が介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用料(費用基準額)の1割から3割を利用者負担金としてお支払いいただきます。また、居宅サービス計画書を作成しない場合などは、利用者がいったん利用料の全額(10割)を事業者へ支払い、その後市町村に対して保険給付分(9割)を請求し、払い戻しを受けます。

- (4) 事業者は、介護保険給付対象外サービスの提供にあたっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に文書で説明を行い、支払に同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けるものとします。
- (5) 利用料等は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。請求書は利用明細書を添えて、お届けします。
- (6) 利用料等のお支払方法は、次の方法よりお支払いください。
 - (1)口座引き落とし
 - (2)銀行振込
 - (3)現金支払い
 利用月の翌々月の末日までにお支払い下さい。

5. サービスの利用方法

- (1) サービスの利用方法

当事業所にお電話又は御来所いただくか、居宅介護支援事業所にお申込下さい。
- (2) サービスの終了
 - ① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する3日前までにお申し出ください。
 - ② 事業者の都合でサービスを終了する場合
 - ・人員不足、事業規模の縮小、事業所の休廃止等やむを得ない事情により、この契約に基づく通所介護の提供が困難になった場合、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知します。
 - ・利用者又はその家族の不法行為や他利用者への迷惑行為等により、この契約の継続が困難となった場合には、文書で通知することにより、サービスの提供を終了させていただく場合があります。
 - ③ 自動終了

次の場合には自動的にサービスを終了させていただきます。

 - ・利用者が介護保険施設や医療施設等に1ヶ月を超える期間の入所、又は入院した場合
 - ・認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を受けることとなった場合
 - ・利用者の要介護認定区分が自立と認定された場合
 - ・利用者がお亡くなりになった場合

6. 利用の中止(キャンセル)

- (1) 利用者がサービス利用の中止をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡下さい。

連絡先 : デイサービスセンター あかり
電話 : 025-264-1980
- (2) 利用者の都合でサービスをキャンセルする際には、出来るだけ利用の前日までにご連絡下さい。当日のキャンセルは、次の表のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承下さい。
ただし、利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

時 期	キャンセル料
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%

キャンセル料は、利用者負担金の支払に合わせてお支払いいただきます。

7. 緊急時の対応

サービスの提供中に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じた時は、ご家族、主治の医師、救急機関、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

医療機関等	主治の医師等の氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

8. 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、市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に早急に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。このため、次の賠償責任保険に加入しています。

- ・保険の種類 居宅介護事業賠償責任保険
- ・保険会社 損害保険ジャパン日本興亜株式会社

9. 非常災害対策

事業者は、非常災害、風水害及び地震などに対応するため、避難訓練を行います。

10. 秘密保持

従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らすことはありません。また、従業員が退職した後、在職中に知り得た利用者及びその家族の個人情報漏らすことがないように必要な措置を講じます。

11. 相談窓口・苦情処理の対応

(1) 相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、当事業所の窓口等にて常時受け付けています。

お客様 相談窓口	受付時間	午前8時30分から午後5時30分まで
	電話番号	025-264-1980
	管理者	小林 博史
	相談員	小林 博史

(2) 苦情処理の対応

- ① 苦情を受けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- ② 事業者は、介護保険法の規定により市等から文書の提出等を求められた場合は、速やかに協力をし、市等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って適切な改善を行うものとする。
- ③ 事業者は、市等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告するものとする。

(3) 下記の公的機関等においても、相談・苦情の申し出ができます。

新潟市 介護保険課	電話番号	025-226-1273
新潟県 国民健康保険 団体連合会 (国保連)	電話番号	025-285-3022

12. 当法人の概要

法人の名称 有限会社ケーワ
代表者名 代表取締役 小林 博史
所在地 〒950-2045
新潟市西区五十嵐東3丁目11番16号2
電話番号 025-378-3971
FAX番号 025-378-3981

13. 虐待防止への対策

事業者は、人権の擁護、虐待の発生または再発を防止するため、虐待に対する研修や委員会の設置、解決に向けた取り組みを各関係機関と連携していきます。

14. 感染症への対策

事業者は、感染症等の発生及びまん延防止対策を講じ、感染症への対応や感染が判明した時は迅速かつ適切に対応するとともに、その原因を解明し、対策を実施し再発防止に努めます。

15. 業務継続計画

感染症や非常災害の発生でも利用者への居宅介護を継続的に継続的に実施するためと、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

16. 身体拘束等に関して

事業者は、利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束やその他利用者の行動を制限する行為を行いません。

17. その他

当事業所は、第三者評価を実施していません。

[説明確認欄]

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明いたしました。

事業者 名称 デイサービスセンターあかり

説明者

サービス契約の締結にあたり、重要事項の交付を受け、説明を受けましたので同意します。

利用者 氏 名

署名代行者（署名を代筆した場合）

私は、上記利用者が、契約の内容を理解し、契約を締結する意思があることを確認し、次の理由により、利用者に代わって上記署名を行いました。

氏名

続柄

代理人

氏名