

重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業 通所型サービス

利用者名：様

事業者名：デイサービスセンター かたばる

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業通所型サービス 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	社会福祉法人 恩納村社会福祉協議会
主たる事業所の所在地	〒904-0411 沖縄県国頭郡恩納村字恩納 6302 番地
代表者（職名・氏名）	会 長 平良 幸夫
設 立 年 月 日	昭和50年10月4日
電 話 番 号	098-966-1193

2 ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンターかたばる	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒904-0411 沖縄県国頭郡恩納村字恩納 6302 番地	
電 話 番 号	098-966-1150	
指定年月日・事業所番号	平成 22 年 6 月 1 日 指定	4771600022
実施単位・利用定員	1 単位	定員 25 人
通常の事業の実施地域	恩納村	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、第1号通所事業（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1号通所事業（介護予防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、排せつ、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	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日～1月3日）及び旧盆（旧7月15日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	午後9時30分から午後4時 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
生活相談員	常勤 3人、 非常勤 0人
看護職員	常勤 2人、 非常勤 1人
介護職員	常勤 4人、 非常勤 4人
機能訓練指導員	常勤 2人、 非常勤 1人

7 サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の担当職員(生活相談員)は、下記のとおりです。

サービスの利用にあたって、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。

担当職員の氏名	生活相談員
---------	-------

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、超えた額的全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業(介護予防通所訪問介護相当サービス)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月につき)	1,798円	3,596円
事業対象者 要支援2	36,210円(1月につき)	3,621円	7,242円
事業対象者 要支援1	4,360円(1回につき) (1月の中で全部で4回までのサービス)	436円	872円
事業対象者 要支援2	4,470円(1回につき) (1月の中で全部で5回～8回までのサービス)	447円	894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。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額		
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
介護職員 処遇改善加算Ⅱ※	介護職員の処遇改善に関して、 一定の改善基準を超えた場合	R6年4・5月 所定の単位数(料金)に8.0% R6年6月以降 所定の単位数(料金)に9.0%		

(注1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注2) 処遇改善加算として、事業者が受け取る費用については、中間搾取することなく、介護職員に全額手渡す算定ルールになっており、人件費分を「加算」という形での利用者負担とさせていただきます。

(2) その他費用

食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき450円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき20円の実費をいただきます。
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回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護相当サービスで、利用料が月単位の定額の場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の50%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の50%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)の利用料(利用者負担分の金額)は、1か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等については、利用者負担金の支払いを受けた後、7日以内に差上げます。

支払い方法	支払要件等
預金口座振替	サービスを利用した月の翌月の15日～22日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する口座より振替とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日(休業日の場合は直前の営業日)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	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 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、及び沖縄県介護保険広域連合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11 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	ご利用時間：月曜日～金曜日
	午前8時30分～午後5時30分まで
	電話番号 098-966-1150
	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出ることができます。

苦情受付機関	恩納村役場福祉健康課	電話番号 098-966-1207
	沖縄県介護保険広域連合	電話番号 098-911-7502
	沖縄県国民健康保険団体連合会	電話番号 098-863-2321

12 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの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します。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13 非常災害対策

事業所は、非常災害が発生した場合に備え、その対策に必要な具体的な計画の策定をするとともに、計画に基づき非難、救出その他必要な訓練を毎年1回以上実施し、非常災害対策に万全を期します。

14 高齢者虐待防止

- (1) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待を防止等の観点から、虐待の発生又は再発防止のための委員会の開催、方針の整備、研修の実施、担当者を定めます。
- (2) 事業所は、利用者又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、身体的拘束等を行う場合の記録を義務付けます。

令和 年 月 日

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

事業者 所在地 沖縄県国頭郡恩納村字恩納6302番地
事業者(法人)名 社会福祉法人 恩納村社会福祉協議会
説明者職・氏名 ㊟

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、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 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印