

指定通所介護（デイサービス）重要事項説明書

北部陽光苑

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(三重県指定 第 2472100847 号)

当事業所はご契約者に対して指定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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業主体	1
2. 事業所（ご利用施設）の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2
6. 苦情の受付について	5
7. 事故発生時の対応	5

1. 事業主体

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 三重福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 三重県四日市市西坂部町 1127 番地 |
| (3) 電話番号 | 059-331-7960 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 伊藤 忠彦 |
| (5) 設立年月 | 昭和53年8月 |

2. 事業所（ご利用施設）の概要

- | | |
|------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所
令和3年8月1日指定 三重県 2472100847 号
※当事業所は特別養護老人ホーム北部陽光苑に併設されています。 |
| (2) 事業所の目的 | ご利用者が可能な限りその居宅において、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、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持と、ご利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としています。 |

- (3) 事業所の名称 北部陽光苑
 (4) 事業所の所在地 三重県員弁郡東員町山田 3600-1
 (5) 電話番号 0594-87-7730
 (6) 事業所長（管理者）氏名 小 林 祥 徳
 (7) 開設年月 令和3年8月1日
 (8) 利用定員 20人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 東員町・いなべ市・桑名市
 (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日
受付時間	月～土 8時30分～17時30分
サービス提供時間	月～土 9時30分～16時

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

職種	常 勤	非常勤
1. 事業所長（管理者・兼務）	1名	
2. 介護職員	2名	3名
3. 生活指導員	0名	1名
4. 看護職員	1名	1名
5. 機能訓練指導員	1名	1名

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 8：30～17：30
2. 看護職員	勤務時間 8：30～17：30
3. 機能訓練指導員	月～金 10：00～15：00のうち2時間

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（負担割合による）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①入浴

- ・入浴又は清拭を行います。

②排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

③送迎

- ・自宅玄関より当苑までの送迎を行います。
 - ・送迎時間については面接時に希望時間の聞き取りを行い、協議を行う。
- 又、送迎時間変更についても双方協議を行うものとする。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞

下記の料金表によって、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）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

※自己負担額 下記料金表は1割であり、介護保険負担割合証による2割該当者は2割負担、3割該当者は3割負担となります。

通所介護	6時間以上7時間未満
要介護1	584単位
要介護2	689単位
要介護3	796単位
要介護4	901単位
要介護5	1,008単位
入浴介助加算Ⅰ	40単位
若年性認知症利用者受入加算	60単位
介護職員処遇改善加算Ⅱ	総単位数×90／1000
※1単位 10.14円 送迎費用は基本料金に含む	

☆ご契約者がまだ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）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。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。

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)
☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金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＞

①食事等（昼食費・おやつ）

- ・当事業所では、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および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 12：00～13：00

料金：1食あたり650円

おやつ代：100円

②手芸・クラブ等

ご契約者の希望により参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、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。

1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代：実 費

⑤その他

喫茶代：実 費（希望者のみ提供いたします。）

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、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、事前にご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月末に集計し、ご請求申し上げますので、翌月27日に指定口座より振替いたします。

(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、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の前日までに事業者申し出て下さい。

○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、取消料として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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

○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) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（責任者） 小 林 祥 徳

（担当者） 増 山 里 華

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：00～17：00

電話番号 0594-87-7730

(2) 行政機関その他苦情受付機関

東員町 福祉部 長寿介護課 高齢福祉係	所在地 員弁郡東員町山田 1600 番地 電話番号 0594-86-2823
三重県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 三重県津市桜橋2丁目96 三重県自治会館2階 電話番号 059-222-4165
三重県医療保健部長寿介護課 居宅サービス班	所在地 三重県津市広明町13番地 電話番号 059-224-2262

8. 事故発生時の対応

- (1) 契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、当事業所の事故マニュアルに従い必要な応急措置を行うとともに、家族への連絡が必要と判断したときは、速やかに連絡を行います。
- (2) 事業者の責任により契約者について賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに保険等損害賠償の手続きを行います。ただし、その事故について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時は、事業者の損害賠償責任を減ずる場合があります。

9. 協力の医療機関

医療機関名	東員病院
住 所	三重県員弁郡東員町穴太 2400
電 話 番 号	0 5 9 4 - 7 6 - 2 3 4 5

令和 年 月 日

指定通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

北部陽光苑デイサービスセンター

説明者職名 氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名

私は、下記の理由により利用者に代わり、上記署名をしました。

私は、利用者本人の契約意思を確認しました。

署名代行者住所

署名代行者氏名

署名を代行した理由

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。
