

合同会社おおした
デイサービス顔晴れ
地域密着型通所介護・通所型相当サービス

重要事項説明書

当事業所は、地域密着型通所介護（または通所型相当サービス）の提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	合同会社おおした
主たる事務所の所在地	〒912-0043 福井県大野市国時町1007番地
代表者（職名・氏名）	代表 鑛崎 正彦
設立年月日	平成28年 9月 12日
電話番号	0779-64-5251

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス顔晴れ	
サービスの種類	地域密着型通所介護 通所型相当サービス	
事業所の所在地	〒910-0842 福井市開発2丁目306 ブルーハイツⅦ 1階南	
事業所の管理者	大畑 陽平	
電話番号	0776-97-5553	
指定年月日・事業所番号	平成29年 7月 1日	1890100934
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の事業の実施地域	福井市	
面積	延べ床面積175.1㎡	
建物概要	鉄筋コンクリート造5階建	
損害賠償責任保険	東京海上日動火災保険株式会社	

3. ご利用事業所の主な設備の概要

機能訓練室・食堂	120㎡
静養室	21.6㎡
事務室・相談室	10㎡
入浴設備・脱衣所	10㎡
多目的トイレ	12㎡

4. 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

要支援・要介護状態等の利用者に対しその利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

(2) 運営の方針

- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、福井市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- ・サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。
- ・上記のほか、福井市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

5. 提供するサービスの内容

地域密着型通所介護（または通所型相当サービス）サービスの内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行います。

機能訓練	機能訓練指導員による機能訓練を行います。
アクティビティ (介護予防)	生きがい活動、ゲームなどのレクリエーションを行います。
身体介護	食事・入浴・排泄時等に必要な介護を行います。
食事の提供	朝食、昼食の提供を行います
健康チェック	バイタルチェック、水分補給等を行います。
送迎	自宅から事業所間の送迎を行います。 道路事情等により、送迎時間が多少前後、または変更をお願いする場合があります。

6. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日(※土曜日は午前のみ) ただし、年末年始、及びお盆を除きます。※年により日数のずれがあります。
営業時間	8時00分から17時00分まで
サービス提供時間	8時30分から16時15分まで

7. 従業者の職種、員数及び職務の内容

従業者の職種		職務の内容
管理者	1人～	従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定地域密着型通所介護の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。
生活相談員	1人～	利用者及び家族からの相談に対する援助、利用申込みに係る調整、他の従業者に対する助言及び技術指導、居宅介護支援事業者等との連携・調整を行い、また他の従業者と協力して個別サービス計画の作成等を行う。
介護職員	2人～	個別サービス計画に基づき、必要な日常生活の世話及び介護、機能訓練を行う。
機能訓練指導員	1人～	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練、訓練指導及び助言を行う。
看護師	1人～	利用者の健康状態の把握、服薬の指導補助、入浴の可否判断、その他介護業務の補助を行う。

8. 利用料等

(1) 地域密着型通所介護サービスの利用料

【基本部分】

通所型相当サービス

	サービス費用(一回当たり)	利用者負担		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1相当	4,421円(※1)	442円	884円	1,326円
要支援2相当	4,533円(※2)	453円	907円	1,360円

(※1) 月4回(週1回)利用の場合の金額(月5回の場合は総額18,232円/1,823円(1割負担))

(※2) 月8回(週2回)利用の場合の金額(月9回の場合は総額36,717円/3,672円(1割負担))

地域密着型通所介護(ご参考までに利用が多い時間帯のみ掲載します)

	サービス費用 (1日あたり)	利用者負担		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
3時間以上4時間未満 (2時間以上3時間未満の場合、30%減となります)				
要介護1	4,218円	422円	844円	1,265円
要介護2	4,847円	485円	949円	1,454円
要介護3	5,476円	548円	1,095円	1,623円
要介護4	6,084円	608円	1,217円	1,825円
要介護5	6,723円	672円	1,345円	2,017円
4時間以上5時間未満				
要介護1	4,421円	442円	884円	1,326円
要介護2	5,080円	508円	1,016円	1,524円
要介護3	5,739円	574円	1,148円	1,722円
要介護4	6,378円	638円	1,276円	1,913円
要介護5	7,047円	705円	1,409円	2,114円
6時間以上7時間未満				
要介護1	6,875円	688円	1,375円	2,063円
要介護2	8,122円	812円	1,624円	2,437円
要介護3	9,380円	938円	1,876円	2,814円
要介護4	10,637円	1,064円	2,128円	3,191円
要介護5	11,884円	1,188円	2,377円	3,565円

【加算】

上記基本報酬に加え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。

地域密着型通所介護(要介護利用者様)

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額(利用者様負担)		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
個別機能訓練体制Ⅰ.イ	所定の要件を満たして、利用者の状況に応じた個別機能訓練を行った場合	56円/回	113円/回	168円/回
個別機能訓練体制Ⅰ.ロ	所定の要件を満たして、利用者の状況に応じた個別機能訓練を行った場合	77円/回	154円/回	231円/回
個別機能訓練体制Ⅱ	所定の要件を満たして、利用者の状況に応じた個別機能訓練を行った場合	21円/月	42円/月	63円/月
入浴介助Ⅱ	入浴介助をおこなった場合	56円/回	112円/回	168円/回

科学的介護推進体制加算	自立支援・重度化防止を目的に利用者様のデータを国と連携して包括的に活用するシステム	41円/月	82円/月	123円/月
口腔機能向上加算Ⅰ	摂食・嚥下機能の向上、口腔清掃の支援	304円/月	608円/月	913円/月

通所型相当サービス(要支援・事業対象者様)

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額(利用者様負担)		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
科学的介護推進体制加算	自立支援・重度化防止を目的に利用者様のデータを国と連携して包括的に活用するシステム	41円/月	82円/月	122円/月

※利用者様ごとのサービス内容によって算定する加算項目が異なります。

※その他利用者様ごとに「介護職員等処遇改善加算Ⅱ」(本体報酬の約8%)が加算されます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下が減算されます。

減算の種類	減算の要件(概要)	減算割合(利用者負担)
定員超過	利用者数が利用定員の一定割合を超えた場合	30%
介護職員欠如	介護職員数が1ヶ月を平均して一定割合を満たさなかった場合	30%

(2) その他の費用

種類	概要
昼食代	食事提供の場合、費用として、常食800円/食(※1)
おむつ代	おむつを提供した場合の費用として、100円/枚
その他	レク材料費、行事費等、事前にお知らせして徴収する場合があります
飲み物代	飲み物を提供した場合50円/杯とし1日の上限を100円とする

(※1) やわらか食、刻み食、ペースト食をご希望の利用者様は別途+50~100円追加になります。

また、利用者様のご希望でご用意した場合(800円を超える場合)は超過分を併せて引落日に徴収致します。

(3) 支払い方法

上記(1)及び(2)の利用料金、その他の費用は、1ヶ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請求書等については、利用者負担金の支払いを受けた翌月20日までに発行します。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	利用開始後、金融機関の確認に2ヶ月程度かかりますので、最初の引落時にまとめて精算させていただきます。 以後、毎月27日に引き落とします。(ご利用月の翌月27日引落)

※利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払いが無く、支払期日から3ヵ月以上遅延し、事業者が1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定めたにも関わらず、さらに支払いが無い場合、サービス提供の契約を解除したうえで、未払い分をお支払いいただきます。

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が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。
- ・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

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、速やかに福井市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. 非常災害対策

非常災害時の対応方法	別途定める消防マニュアルにより対応します。
避難訓練等の概要	別途定める消防マニュアルにより年1回以上、避難・防災訓練を利用者の方も参加して実施します。
防火設備等の概要	・自動火災報知設備 ・消火器 1台 ・誘導灯

2. 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	担当者：大畑陽平(管理者) ご利用時間：8：30～17：00 電話番号：0776-97-5553
---------	--

※苦情・相談は施設内設置の「苦情相談申立書」(事務所設置)に記入の上ご報告またはお電話、口頭にてご報告ください。

内容を把握した後施設内で会議を行い対応策を報告させていただきます。

その内容について施設内で公表させていただきますが、ご希望の場合は非公表とさせていただきます。

2) 行政機関その他の苦情相談窓口

相談受付機関	所在地	電話番号
福井市役所地域包括ケア推進課(包括相談)/介護保険課	福井市大手3丁目10番1号	要支援：0776-20-5400(包括ケア推進課) 要介護：0776-20-5715(介護保険課)
福井県国民健康保険団体連合会	福井市西開発4丁目202番1 福井県自治会館 4F	0776-57-1614
デイサービス顔晴れ(苦情窓口)	福井市開発2丁目306 ブルーハイツVII1階南	0776-97-5553

13. 秘密保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	・事業所が取得した利用者及び家族の個人情報については、下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供または収集し、サービス提供に関わる目的以外、決して利用せず、サービス利用終了後においても第三者に漏らしません。 ・支援計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため ・医療機関、サービス事業者、自治体その他との連絡調整のため ・事業所内の支援会議のため ・その他サービス提供で必要な場合 ・上記に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合
従業者に対する秘密の保持について	・事業所の従業者は、退職した後も、利用者及び家族に関する秘密情報について開示、漏洩若しくは使用しません。

14. 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。

- 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。
- 他の利用者のご迷惑になるような行為は慎むようお願いいたします。
- 体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。
- 当事業所は医療機関ではないので、診断、治療、薬の処方及び販売はできません。
- 人の出入りの多い場所ですので、多額の金銭、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- 原則敷地内完全禁煙となっております。