重要事項説明書

あなたに対するサービスの提供の開始にあたり、厚生省令 37 号第 8 条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

１．　事業所概要

事業所名	デイサービスセンターしはとの郷
所在地	西尾市鳥羽町迎４９番地２
提供サービス	地域密着型通所介護事業　　通所介護相当サービス
介護保険事業所番号	２３７５９０００７９
管理者及び連絡先	管理者氏名　　渡邉直樹
	電　　話　　０５６３－６２－６６７７
サービス提供地域	西尾市
定員数	18 名

２．　事業の目的と運営方針

事業目的

介護保険法の理念に基づき地域の要介護及び要支援高齢者に、適切な通所介護事業を提供することを目的とする。

事業方針

地域の要介護及び要支援高齢者のため、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、地域密着型通所介護（通所介護相当）サービスを提供することを目的とする。

３．　ご利用事業所の職員体制

管理者	1	ホームヘルパー2 級	1
介護支援専門員	1	理学療法士	1
社会福祉士	0		
看護師・准看護師	2		
介護福祉士	4		

４．　営業日及び営業時間

１２月２９日から１月３日を除く毎日の　８時３０分から１７時３０分

５．　利用料

法定代理受領サービスは、負担割合証に記載されている負担割合に応じて負担して頂きます。

昼食代（食材料費、調理費）６５５円を負担していただきます。

事業の実施地域を越えて行う場合は、交通費（実費）を徴収させていただきます。

６．　苦情申し立て窓口

事業所内相談窓口	ご利用時間　年間を通じて、8時30分から17時30分
	窓口担当者　管理者兼生活相談員　渡邉直樹 ご利用方法　電話　０５６３－６２－６６７７ ＦＡＸ　０５６３－６２－６６８０ 面接　・　アンケート箱（施設内に設置）
お住まいの市役所	西尾市役所　長寿課給付担当　０５６３－６５－２１１９ 受付時間　８時３０分　～　１７時１５分
愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地　名古屋市東区泉１丁目６番５号 電話　０５２－９７１－４１６５ ＦＡＸ　０５２－９６２－８８７０ 受付時間　９時００分　～　１７時００分
愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地　名古屋市東区白壁１丁目50番地 電話　０５２－２１２－５５１５ ＦＡＸ　０５２－２１２－５５１４ 受付時間　９時００分　～　１７時００分

※第三者評価実施の有無について

当事業者が提供するサービスの第三評価について現段階では実施していません。

７．　緊急時の対応方法

ご利用者の主治医又は、事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡致します。

デイサービスセンターしはとの郷　　協力医療機関

医療法人　酒井クリニック

住所　西尾市西幡豆町寺後３５－１

電話　０５６３－６３－４１５５

サービス内容説明書

当事業所が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

１．　提供するサービス　　地域密着型通所介護（通所介護相当）サービス

サービス提供時間は　9 時 20 分～16 時 30 分までの 7 時間 10 分です。

ご利用日　毎週（月・火・水・木・金・土・日）の　　回

送迎時間は　　時　　分から　　時　　分頃です。

＊送迎時間につきましては、当日の交通事情や、キャンセル等で送迎時間がずれる場合があり、ご迷惑をおかけすることがございます。なお大幅に変更がある場合は、ご連絡いたします。

① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護（要支援）状態の軽減、もしくは悪化の防止、要介護（要支援）状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、わかりやすいように説明します。もし、わからないことがありましたら、いつでも遠慮なく担当職員に質問してください。
③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。
④ 提供したサービスについて記録を作成し、契約完結の日から 5 年間保存するとともに、ご本人・ご家族の請求に応じて閲覧・複写物を交付します。

２．　地域密着型通所介護計画（通所介護相当計画）

① 当事業所では、あなたの心身の状況やご希望、環境を踏まえて、運動器機能向上訓練・口腔機能向上訓練などの目標と、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した地域密着型通所介護計画（通所介護相当計画）を作成します。
② 地域密着型通所介護計画(通所介護相当計画)は、居宅サービス計画(介護通所介護相当計画)が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。なお、地域密着型通所介護計画（通所介護相当計画）は別紙にてお知らせ致します。何かご不明な点などありましたら、何なりとご質問下さい。

３．　担当職員

あなたの担当職員は、以下の通りです。

生活相談員：渡邉直樹（管理者と兼務）　峯田晴美（介護員兼務）

看護員・機能訓練指導員：吉田五月　小島綾子

介護員：峯田晴美　　理学療法士・機能訓練指導：久野秀和

４．利用料

（１）地域密着型通所介護サービスの利用単位ごとの利用料及び、他の費用は、以下の通りです。

令８年８月１日現在

１日当たり			基本単位	負担額の目安
地域密着型通所介護	①基本利用料	要介護１	753 単位	1,727 円
		要介護２	890 単位	1,890 円
		要介護３	1,032 単位	2,054 円
		要介護４	1,172 単位	2,217 円
		要介護５	1,312 単位	2,379 円
	②加算	入浴介助加算Ⅰ	40 単位	
		サービス提供体制強化加算Ⅰ 科学的介護推進加算 個別機能訓練加算Ⅰ（イ） 個別機能訓練加算Ⅱ	22 単位（日） 40 単位（月） 56 単位（日） 20 単位（月）	
		介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）	合計単位×12.7%	
食事代　（実費負担）			655 円	

（２）通所介護相当サービスの利用料及び、他の費用は、以下の通りです。

なお、介護保険適用分は、月額（定額）となり、食事代は日額となります。

１ヶ月当たり			基本単位	負担額の目安
通所介護相当サービス	基本利用料（月額）	① 要支援１ サービス提供体制強化加算Ⅰ 科学的介護推進体制加算 生活機能向上連携加算Ⅱ 介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）	1,798 単位 88 単位 40 単位 200 単位 12.7%	5,080 円
		② 要支援２ サービス提供体制強化加算Ⅰ 科学的介護推進体制加算 生活機能向上連携加算Ⅱ 介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）	3,428 単位 176 単位 40 単位 200 単位 12.7%	9,911 円
食事代　（実費負担）			655 円	

※上記の①から②は介護保険の対象となりますので、負担割合証に記載されている割合に応じて負担して頂きます。(支給限度額を超える分は全額負担となります)。

※ 入浴は身体状況に合わせて、介助浴もしくは機械浴となりますので、面接時に相談の上、決定させて頂きます。その後も状態に合わせて対応します。

※ サービス提供地域以外の方は、交通費として別途　実費が掛かります。

（１） 実施地域を越えた地点から、片道１０ｋｍ未満　４７０円

（２） 実施地域を越えた地点から、片道１０ｋｍ以上　５００円

※ おむつ・尿取りパッドの必要な方は、ご持参されるか、施設のものを有償で使用することもできます（おむつ１１０円、パッド２５円)。

※ 独居または家庭環境の関係で洗濯が難しい状況にある場合、ケアマネージャーと協議し、地域密着型通所介護計画に記載のうえ、デイサービス利用時に衣類の洗濯・乾燥サービスを行います。1回につき３００円（洗濯ネットをご用意ください）

※ 実費分には消費税が含まれます。

５．利用料の支払い方法について

① 当事業所の地域密着型通所介護(通所介護相当)サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の 1 割をお支払いいただきます。ただし、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（利用者様がいったん利用料の全額を支払い、その後に負担割合証に応じた払い戻しを受ける方法）をご希望の場合はお申し出ください。

②提供を受けるサービスが、何らかの理由で介護保険の適用を受けない部分については、利用料の全額（実費）をお支払いいただきます。

③当事業所では、利用者様に対し、毎月 10 日をめどにサービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。

④ 利用料は、翌月の 20 日までにお支払いください（支払方法は別紙参照)。

⑤ 保険給付の請求の為のサービス提供証明書が必要な場合は、いつでもお申し出ください。

令和　　年　　月　　日

当事業所は、利用者に対する居宅介護サービスの提供にあたり、

□ 利用者　□利用者家族に対して、サービス内容及び、重要事項を説明しました。

社会福祉法人　幡豆福祉会　　理事長　岡田　巖

説明者氏名　　印

所属事業所

私は、サービス内容説明書及び、重要事項説明書に基づいて、事業者からサービスの内容及び、重要事項の説明を受けました。

利用者（　自筆・代筆　）

住所

氏名　　印

署名代行者

住所

氏名　　印

個人情報提供同意書

デイサービスセンター　しはとの郷は、サービス担当者会議等の他事業所との連携を図る際や、主治医等の意見を伺う際、当事業所の把握しているご利用者様とそのご家族様の個人情報を用いて、よりよい自立支援サービスの提供に尽力していきたいと考えています。そのために他事業所等への情報提供をすることに対して同意いただけますようお願い致します。

ただし、情報提供の際には、下記の条件に基づいて行うとともに、細心の注意を払います。また、提供してほしくない情報に関しては、下記の記入欄にご記入ください。

記

1. 提供する情報については、必要最小限とする。
2. 情報提供を受けた事業所は、各事業所のケアプランの作成および、サービス提供以外の目的には使用しない。
3. サービスを円滑に提供する為の官公庁等への情報提供については、その届出等以外には使用しないこととする。
4. 情報提供を受けた事業所は、無断でコピーを作成し、他事業所に情報提供をしない。必要時は、再度ご利用者様およびご家族様の同意を得る。
5. 情報提供をした事業所、また、情報の提供を受けた事業所は、各契約書に明記されている秘密保持の条項を厳守し、秘密保持に努める。
6. その他サービス提供に必要な場合。

以上

私は、上記の内容について同意します。

令和　　年　　月　　日

利用者

利用者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印（　自筆・代筆　）

家族代表者

家族住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印（　続柄　）

※ その他

しはとの郷ホームページ及び施設内での写真掲示等使用することについて

・同意する　　・同意しない