**デイサービスセンター　明日への風　　重要事項説明書**

**（地域密着型 通所介護）**

**＜** ２０２５年 　２月 　１日 現在 ＞

１　当施設のサービスの特徴等

1. 運営の方針：事業所の地域密着型通所介護従事者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るよう、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持・向上、並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
2. 事業の実施にあたっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。

２　デイサービスセンター　明日への風の概要

（１）提供できるサービスの種類

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 | デイサ－ビスセンタ－　明日への風 |
| 所在地 | 東広島市八本松飯田８丁目　４－５５－５ |
| 電話番号 | ０８２－４２８－１２２２　　FAX　０８２－４２８－１２７０ |
| 介護保険指定番号 |  |
| サービスを提供する対象地域 | 東広島市八本松町、西条町、福富町、河内町、志和町、高屋町 |

上記地域以外の方でも御希望の方は御相談ください。

（２）職員体制 ・管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 人数 | 業務内容 |
| 管理者 | １名 | すべての業務の総括 |
| 生活相談員 | １名以上 | 相談・サービス内容の検討 |
| 看護職員 | １名以上 | 健康管理 |
| 機能訓練指導員 | １名以上 | 個別機能訓練対応 |
| 介護職員 | ２名以上 | サービス提供上の介護 |

＊ 職員の資質の向上を図るため、研修の実施を行います。

　　　　　　　　　　　　　事業所内研修　年２回

　　　　　　　　　　　　　外部研修　　　年２回

（３）設備の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定員 | １８名 | 静養室 | １室 |
| 食堂兼機能訓練室 | １室　　６２．７６㎡ | 相談室 | １室 |
| 浴室 | 一般浴槽　２槽 | 送迎車 | ４台 |

（４）営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日 ～ 土曜日　　　午前　８時 ３０分 ～ 午後　１７時 ３０分 |
| 休　日 | 日曜日　・　１２月３１日～ １月 ３日 |

３　サービス内容

1. 送迎　（２）健康チェック　（３）食事　（４）趣味サ―クル　（５）生活相談

（６）機能訓練　（７）レクリエーション　（８）入浴　（９）その他

４　料金

1. 通所介護利用料　（要介護認定を受けられている利用者）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ３時間以上４時間未満 | ４時間以上５時間未満 | ５時間以上６時間未満 | ６時間以上７時間未満 | ７時間以上８時間未満 | ８時間以上９時間未満 |
| 要介護１ | 416単位 | 436単位 | 657単位 | 678単位 | 753単位 | 783単位 |
| 要介護２ | 478単位 | 501単位 | 776単位 | 801単位 | 890単位 | 925単位 |
| 要介護３ | 540単位 | 566単位 | 896単位 | 925単位 | 1032単位 | 1072単位 |
| 要介護４ | 600単位 | 629単位 | 1013単位 | 1049単位 | 1172単位 | 1220単位 |
| 要介護５ | 663単位 | 695単位 | 1134単位 | 1172単位 | 1312単位 | 1365単位 |

※地域区分別単価　7級地10.14円/単位、負担割合によって自己負担額が異なります

＊その他の加算

　　・入浴介助加算Ⅰ　　　　　　　　４０単位／日

・認知症加算　　　　　　　　　　６０単位／日　（該当者のみ）

・個別機能訓練加算Ⅰロ　　　　　７６単位／日　（該当者のみ）

・科学的介護推進体制加算　　　　４０単位／月

・個別機能訓練加算Ⅱ　　　　　　２０単位／月　（該当者のみ）

・時間延長加算　１時間まで５０単位、２時間まで１００単位追加あり。

　　　・介護職員等処遇改善加算Ⅱ　　　　１ヵ月の各利用料×９.０％

（２）　その他

　　　　　　　　①　通常の事業実施区域以外の地域に居住する利用者に対して送迎を行う場合は通常の事業実施地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の　　　　　　　　　の境界から路程１キロメートル当たり４０円の実費を徴収する。

②　食費、クラブ材料費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 金　　　額 | 内　　　　　　　　容 |
| 昼食料金 | ６５０円／回 | 食事提供に係る費用 |
| おやつ料金 | １００円／回 |
| クラブ活動の材料費 | 材料費を実費徴収 | 手芸等に使用する布、ｸﾗﾌﾄ、ﾃｰﾌﾟ、紙等 |

1. 紙オムツ　　当事業所でもご用意いたしますが、下記の料金となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種　　類 | 価　　格 | 種　　類 | 価　　格 |
| パットタイプ | ３０円／枚 | 紙おむつＳ、Ｍ | １２０円／枚 |
| パンツタイプ　Ｓ・Ｍ | １２０円／枚 | 紙おむつＬ | １４０円／枚 |
| パンツタイプ　Ｌ・LL | １５０円／枚 | 紙おむつLL | １６０円／枚 |

④　洗濯料金として1回１００円請求させていただきます。

（４）お食事に対してのキャンセル料

お客様の御都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 利用日の前日午後６時までに御連絡いただいた場合 | 無　料 |
| 1. 利用日の前日午後６時までに御連絡がなかった場合 | 昼食代金 　６５０円  おやつ代金 １００円 |

（５）　支払い

毎月、１５日までに前月分の請求をいたしますので、１４日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払い方法は、引き落とし、現金集金の中から御契約の際に選べます。

５　　サービス利用契約の終了

（１）　お客様の御都合でサービス利用契約を終了する場合

　サービスの終了を希望する日の１週間前までに文書でお申し出ください。

（２）　当事業所の都合でサービスを終了する場合

　　　　人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

（３） 自動終了

　　　　以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

・ お客様が介護保険施設に入所した場合

・　介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要支援又は自立と認定された場合（契約条件を変更して再度契約することができます。）

・　お客様がお亡くなりになった場合

（4） その他

・　当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を終了することができます。

　　　　　　　　　　　　　　　　 　・　お客様が、サービス利用料金の支払いを４ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも

かわらず　　　　　　　　　　　　　　　１０日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した

場合　　　　　　　　　　　　　　　　　場合、お客様が入院又は病気等により３ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態である

　　　　　　　　　こ　　　　　　　　　ことが明らかになった場合、又はお客様や御家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契

　　　　約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文章で通知する事により、即座に契約を終

　　　　了させていただくことがございます。

本契約　　　　　　　　　　　　６　施設利用にあたっての留意事項

・送迎時間の連絡 　　　　　　　　　　あり

・体調確認　 　　　　　　　　　　あり

・体調不良等によるサービスの中止・変更　　　　　可能

・食事・入浴のキャンセル 　　　　　　　　　　可能

・時間変更　　　　 　　　　　　　　　　可能

・設備、器具の利用 　　　　　　　　　　可能

７　サービス提供時における体調不良の対応方法

　　　　　　　　　　　　　サービス提供中、利用者に様態の変化があった場合、ご家族、主治医に連絡し、対応の指示を仰

　　　　　　　　ぎます。

８　事故発生時における対応について

　　　　　　　　　　　　　サービス提供中、利用者に事故が発生した場合、速やかに主治医、救急隊に連絡をし、指示を仰

　　　　　　　　　　　　ぎます。家族、市町村、担当ケアマネージャーに連絡を行い、事故の状況及び事故に際して採った

　　処置について記録します。

　　　尚、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。

９　非常災害対策

　　消防計画等の防災計画に基づき、年２回以上、防火訓練を行う。

１０　秘密保持

　　業務上知りえた、利用者、その家族の秘密及び事業所の秘密を保持いたします。

１１　サービス内容に関する相談・苦情

（１）当センターご利用者相談・苦情担当

担当　　日谷　真理恵

電話　　０８２－４２８－１２２２

FAX　　０８２－４２８－１２７０

　　　　受付時間：　毎週月曜日から土曜日　８：３０～１７：３０

　　その他　　意見箱を事務所前に設置しています。

（２）苦情処理手順

苦情を受け付けた場合、苦情担当者は、速やかに苦情委員会を開催し、対応します。

また、苦情の内容等を記録し、２年間保管します。

（３）行政機関その他苦情受け付け機関

|  |  |
| --- | --- |
| 東広島市役所  介護保険課 | 所在地　　東広島市西条栄町８番２９号  電話　　　０８２－４２０－０９３７ |
| 広島県国民健康保険団体連合会  介護福祉課 | 所在地　　広島市中区東白島町１９番４９号国保会館  電話　　　０８２―５５４－０７８３ |
| 広島県社会福祉協議会  広島県福祉サービス運営適正化委員会 | 所在地　　広島市南区比治山本町１２番２号  電話　　　０８２－２５４－３４１９ |

１２　当法人の概要

　　名称　　　　　　　　　　　社会福祉法人ライフケア高砂

　　代表者役職・氏名 理事長　　上田　巌

　　本部所在地・電話番号　　　山口県防府市大字上右田字上沖和田３３４番地

電話　０８３５－２２－５５０１

FAX　０８３５－２２－５５０４

　西暦　　　　　年　　月　　日

　サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

　　　　　　　　　　　　　　事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地 　 広島県東広島市八本松飯田８丁目 ４－５５－５

　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　デイサービスセンター　明日への風

　　　　　　　　　　　　　　　　説明者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

私は、本書面により、事業所からサービス提供についての重要事項の説明を受け、内容に同意しました

　　　　　　　　　　利用者　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　家族代表者　　　住所

続柄（　　　）　氏名

**デイサービスセンター 明日への風 契約書**

　　　　　　　　　　　　様（以下、「利用者」といいます）とデイサービスセンター明日への風（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う指定地域密着型通所介護について、次のとおり契約します。

第１条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう指定地域密着型通所介護（以下、「通所介護」といいます）を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払う。

第２条（利用期間）

１　利用期間は、西暦　　　　年　　月　　日から利用者の要介護認定又の有効期間満了日までとします。

２　契約満了の２日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第３条（地域密着型通所介護計画）

事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「地域密着型通所介護計画」を作成します。事業者は、この「地域密着型通所介護計画」の内容を利用者及びその家族に説明します。

第４条（地域密着型通所介護の提供場所・内容）

１　地域密着型通所介護の提供場所は**デイサービスセンター　明日への風**です。所在地及び設備の概要は【重要事項説明書】のとおりです。

２　事業者は、第３条で定めた地域密着型通所介護計画に沿って通所介護を提供します。事業者は地域密着型通所介護の提供にあたり、その内容について利用者に説明します。

３　利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限り利用者の希望に添うようにします。

第５条（サービスの提供の記録）

１　事業者は、地域密着型通所介護の実施ごとに、サービスの内容等をこの契約書と同時に交付する書式の記録票に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。利用者の確認を受けた後、　その控えを利用者に交付します。

２ 事業者は、サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後５年間保管します。

３　利用者は、業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第２項のサービス実施記録を開示希望により閲覧及び交付を受けることができます。

第６条（料金）

１　事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月１５日までに利用者に送付します。

２　利用者は、サービスの対価として【重要事項説明書】に定める利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

３　利用者は、当月の料金の合計額を翌月２６日までに（　　　　　　　　　の方法で）支払います。

４　事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

第７条（サービスの中止）

１　利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日午後６時までに通知をすることにより、食事料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

２　利用者がサービス提供日の前日午後６時までに通知することなくサービスの中止を希望した場合は、事業者は、利用者に対して【重要事項説明書】に定める計算方法により、食事料金を請求することができます。この場合の料金は第６条に定める他の料金の支払いと合わせて請求します。

３　事業者は、利用者の体調不良等の理由により地域密着型通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。この場合の取扱いについては、【重要事項説明書】に記載したとおりです。

第８条（料金の変更）

１　事業者は、利用者に対して、１ヶ月前までに文書で通知することにより利用料及び食費等の単価の変更（増額又は減額）を申し入れることができるものとします。

２　利用者が料金の変更を承諾する場合、事業所が新たな料金に基づく【重要事項説明書】を作成し、利用者の同意を得ます。

３　利用者は、料金の変更を承諾できない場合、事業者に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

第９条（契約の終了）

１　利用者は、事業者に対して、通知後１週間の予告期間を置いて再連絡、又は文書で通知して、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、１週間以内の通知でもこの契約を持って終了とします。

２　事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、１ヶ月間の予告期間を置いて理由を示した文書で通知します。

３　次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。【重要事項説明書】に記載したとおり

４　次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。【重要事項説明書】に記載したとおり

５　次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

① 利用者が介護保険施設に入所した場合

② 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合

（ただし、総合事業の対象者を除く）

③ 利用者が死亡した場合

第１０条（秘密保持）

１　事業者及び従事者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

２　事業者は、利用者、利用者家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。

３　利用者、利用者家族は他のサービス利用についてサービスを利用するうえで知った秘密を第三者に漏らすことを固く禁じられています。

第１１条（賠償責任）

　事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第１２条（緊急時の対応）

　事業者は、現にサービス提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要に応じて、家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 病院名／医師名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| ご家族 | 氏　名／続　柄 |  |
| 電話番号 |  |

第１３条（連携）

　事業者は、サービス提供にあたり、担当介護支援専門員及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第１４条（苦情対応）

　事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、地域密着型通所介護に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。【重要事項説明書】に記載したとおり

第１５条（本契約に定めのない事項）

１　利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

２　この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

上記の契約を証するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が署名の上、１通ずつ保有するものとします。

　契約締結日　　西暦　　　　　年　　　月　　　日

　　　契約者氏名

　　　　　事業者

　　　　　　　＜事業者名＞　デイサービスセンター　明日への風

　　　　　　　＜住　　所＞　東広島市八本松町飯田５２５番地３

　　　　　　　＜管理者名＞　日谷　真理恵

　　　　　　利用者

住　所

氏　名

　　　　　ご家族代表者

　　　　　　　住　所

　　　　　　　氏　名

続　柄　（　　　　　）

**個 人 情 報 利 用 同 意 書**

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載する所より必要な範囲内で利用する事に同意します。

－　記　－

１．利用目的・情報提供先

（１）　他の医療機関、介護サービス事業者等との連携

（２）　業務の維持、改善のための基礎資料

（３）　利用者様に係る管理運営業務

（４）　職員の質の向上を目的とした施設内、研修、会議等

（５）　利用者様への提供サービスの向上

（６）　その他、利用者様の介護保険事務に関する利用

（７）　通信などで顔写真を掲載する場合がある

1. 使用期間

西暦　　　　年　　月　　日から事業所との契約終了の日まで

デイサービスセンター　明日への風

管理者　　日谷　真理恵

利　用　者　　住所

　　　　　　　　　氏名

家族代表者　　住所

　　続柄（　　）　氏名

代　理　人　　住所

　　続柄（　　）　氏名

ご 承 諾 書

デイサービスセンター明日への風では、ご利用者、ご家族の皆様に安心して生活していただけるよう、毎日細心の注意をはらって支援させて頂いておりますが、万一の状況も考えられます。また、とつじょ体調を崩されることもあり、当事業所内での緊急対応が難しいと判断した際には、主治医の了解を得て救急車を呼ぶことがあります。

緊急対応に万全を期しますが、限界もございます。ご家族様には、その事をご了承頂きますように、何卒宜しくお願い申し上げます。

デイサービスセンター　明日への風

　管理者　　　日谷　真理恵

　同意日

西暦　　　　　年　　　月　　　日

利　用　者　　住所

　　　　　　　氏名

家族代表者　　住所

続柄（　　）氏名

代　理　人　　住所

続柄（　　）氏名