

No. _____

重要事項説明書

(地域密着型通所介護・介護予防日常生活支援総合事業)

利用者： _____ 様

事業者： デイサービス 音生人（おいたち）

1 当事業所の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービス 音生人 (おいたち)
所在地	岐阜県中津川市駒場 1517 番地の 13
サービス種類	地域密着型通所介護 介護予防日常生活支援総合事業
介護保険 指定番号	2171500792号
サービス 提供地域	中津川市
利用定員	1日18名

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

月曜日～金曜日	午前8:00 ~ 午後5:00
定休日	土、日曜日
	・年末、年始(暦により変動あり)は休業させていただきます。

(3) 職員体制

	資 格	常勤	非常 勤	計
管理者	介護福祉士	1名（兼務）		1名
生活相談員	介護福祉士	1名（兼務）	1名	2名
看護師	看護師	1名（兼務）	1名	2名
機能訓練指導員	看護師	1名（兼務）		1名
介護職員		3名（兼務）	2名	5名

(4) 当事業所の設備

定 員： 18名／1日

食堂兼機能訓練室： 16帖

静 養 室： 6帖と 8帖（2室）

相 談 室： 1 室あり

送迎車両： 5 台

(5) ディスクロージャー

当事業所の「事業計画」及び「財務内容」については、相談員までお尋ね下さい。

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0573—66—5525

FAX : 0573—66—5526

担 当 者 : 竹中 豊

受 付 時 間 : 午前 7 : 30 ~ 午後 6 : 30

【その他苦情受付窓口】

- ・岐阜県国民健康保険団体連合会（介護保険係）

TEL : 058—275—9825、9826

FAX : 058—275—7635

- ・中津川市役所 介護保険室・高齢支援課

TEL : 0573—66—1111

FAX : 0573—62—0058

3 サービス内容

(1) 生活指導（相談援助等）

ご利用者様の生活面での指導、援助を行います。

ご利用者様とそのご家族からの相談に応じます。

(2) 機能訓練（日常生活動作訓練）

機能訓練指導員によりご利用者様の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

(3) 介護サービス

可能な限り自立に向けた介護を提供いたします。

(4) 健康状態の確認

血圧測定等、ご利用者様の全身状態の把握を行います。

(5) 送迎サービス

ご自宅玄関との間の送迎をいたします。

(6) 給食サービス

栄養とご利用者様の身体の状況に配慮した食事を提供します。

(7) 入浴サービス

身体状況に応じて、普通浴槽、入浴車の特殊浴槽を利用いただけます。

(8) その他利用者に対する便宜の提供

4 利用料金

(1) 介護保険に基づく利用料

①地域密着型通所介護

ア 地域密着型通所介護利用料（サービス提供時間 7 時間 ～ 8 時間）

	1日当たりの 利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護2	8,900円	890円	1,780円	2,670円
要介護3	10,320円	1,032円	2,064円	3,096円
要介護4	11,720円	1,172円	2,344円	3,516円
要介護5	13,120円	1,312円	2,624円	3,936円

イ 加算の利用料

	利用料金	介護保険適用時の自己負担額		
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
入浴介助加算（Ⅰ）	1回400円	40円	80円	120円
個別機能訓練加算（Ⅰ） イ	1回560円	56円	112円	168円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	1月200円	20円	40円	60円
サービス提供体制強化 加算（Ⅰ）	1回220円	22円	44円	66円
科学的介護推進体制加 算	1月400円	40円	80円	120円

ウ 介護職員処遇改善加算

介護保険に基づく利用料自己負担額に国で定める料率を課した金額。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

②介護予防日常生活支援総合事業

ア 介護予防日常生活支援総合事業利用料

	1月当たりの利用料金	介護保険適用時の1月当たりの自己負担額		
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

イ 科学的介護推進体制加算

	1月当たりの利用料金	介護保険適用時の1月当たりの自己負担額		
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円

ウ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

	1月当たりの 利用料金	介護保険適用時の1月当たりの自己 負担額		
		1割の場合	2割の場合	3割の場合
要支援1	880円	88円	176円	264円
要支援2	1760円	176円	352円	528円

エ 介護職員等処遇改善加算

介護保険に基づく利用料自己負担額に国で定める料率を課した金額。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

(2) 自己負担するもの（介護保険適用外）

食費（1食につき）	850円
レクリエーション材料費・その他日常生活費	100円
オムツ類（当事業所のものを使用された場合 ・1枚につき）	100円

(3) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたします。同27日に、あらかじめ指定された口座より口座引き落としにてお支払いいただきます。

領収書につきましては、次回請求書に同封いたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お客様よりのお申し込みをいただきますと、当事業所の職員がお伺いし、地域密着型通所介護または介護予防日常生活支援総合事業の内容等についてご説明いたします。この説明書によりご利用者様から同意を得たあと、当事業所の生活相談員が地域密着型通所介護計画を作成し、サービスを開始いたします。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

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

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の 1 ヶ月前までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了します。

- ・ ご利用者様が介護保険施設に入所された場合
- ・ ご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- ・ ご利用者様が亡くなられた場合

(3) その他

- ①当日の健康状態の確認で、ご利用者様の体調が悪いと判断される場合、サービス内容の変更、または、サービスの提供を中止する場合があります。
- ②悪天候や災害などにより、送迎サービスにおいて利用者様の安全が確保できない状況とされる場合、サービスの提供を中止する場合があります。
- ③利用者様に、他のご利用者様の健康に悪影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所にお知らせください。ご利用者様の疾患（感染症）が治癒するまで、当事業所におけるサービスの利用はお断りさせていただきます。
- ④サービスのご利用時は、多額の金銭・貴重品類は持参しないでください。また、ご利用者様間での金銭の貸し借り・物品の貸し借り・食べ物のやりとりはご遠慮ください。

6 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します

主治医	病院名	
	主治医 氏名	
	連絡先	
緊急 連絡先 ①	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急 連絡先 ②	氏名	(続柄：)
	連絡先	

7 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合は、当事業所はご利用者様に対して賠償責任を負うものとします。

8 秘密保持

- (1) 事業所の職員は、正当な理由がなく、その業務上で知り得た利用者または家族の秘密を漏らしません。
- (2) 事業所は、従業者であった者が、正当な理由なくその業務上で知り得た、利用者または家族の秘密を漏らすことがないように、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持するために従業者との雇用契約の内容とします。
- (3) 事業者は、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る場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には家族の同意を、文章により得ておくこととします。

9 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	適時
	2 なし	結果の開示	1 あり ② なし
新設のため未実施。今後実施予定。			
第三者による評価の実施状況	① あり	実施日	年2回（1月・7月）
		評価機関名称	運営推進会議
		結果の開示	1 あり ② なし
2 なし 新設のため未実施。今後実施予定。			

10 運営推進会議

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、概ね6ヶ月に1回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議に関する案内及び出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

1 1 BCP

(感染症の予防及びまん延の防止・整備及び 非常災害時に関する具体的計画の策定について)

- (1) 感染症対策としてデイサービス利用日の朝、自宅で検温して頂き 37.5℃以上の熱がある場合は、利用は中止して頂くようお願いいたします。また、利用中の検温にて、37.5℃以上の熱が確認された場合は、ご家族に連絡しお迎えに来ていただくことになります。
- (2) 災害時は、業務継続計画書にそって行動させていただきます。

非常時の対応	介護職員の指示により緊急避難路より退出。 緊急連絡先への連絡。
防災設備	自動火災報知機・火災通報装置・消火器 完備
防災訓練	年2回実施
防火責任者	竹中 豊

1 2 高齢者虐待防止について

虐待の発生又はその再発を防止するため、対策委員会を設置しています。また定期的に研修を実施し、従業員に等に周知徹底を図っています。

【 会社の概要 】

社 名 株式会社 emi-go
資本金 200万円
社員数 8名
設 立 平成21年 10月
所在地 岐阜県中津川市駒場
1517番地の13
代表者 竹中 豊

【 事業内容 】

地域密着型通所介護事業、介護
予防日常生活支援総合事業、居
宅介護支援事業、訪問入浴

【事業者】

住 所：岐阜県中津川市駒場 1517番地の13
社 名：株式会社 emi-go
代 表 者：竹 中 豊 印

【事業所】

住 所：岐阜県中津川市駒場 1517番地の13
事業所名：デイサービス 音生人（おいたち）
（指定番号 2171500792 ）

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

【ご利用者】住 所_____

氏 名_____

【代理人】住 所_____

氏 名_____

(続柄)