

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(通所介護)

利用者： _____ 様

事業者： まごのて合同会社

1. 事業所の目的

関わる全ての人々が、笑顔で満足できるよう追求します。

利用者の社会的孤立を防ぎ・自宅での生活を継続できるよう、心身機能の維持・向上を目指します。

2. 運営方針

利用者・従業員・地域の人との関わりを大切にし、挨拶や丁寧な言葉遣いを実施します。

利用者や家族の要望を確認し、よりよいサービスを提案・提供する

満足度向上を追求し誰にも誇れる仕事を実施します。

3 通所介護の概要

(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 あしびなー
所在地	沖縄県中頭郡読谷村字高志保168番
介護保険指定番号	通所介護事業 (沖縄県4772200608号)
サービス提供地域	読谷村・嘉手納町・恩納村 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。

(2) 営業時間

月～金	午前8:30～午後17:15
-----	----------------

(3) サービス提供時間

月～金	午前9:00～午後16:30
-----	----------------

※ただし、年末年始(12月29日から1月3日まで)を除く。

(4) 職員体制

	資格	員数	職務内容
管理者	看護師	1名以上	事業所の従業員の管理及び業務を一元的に行う
生活相談員	介護福祉士	1名以上	利用者または家族からの相談に応じ、従業員に対する、技術指導を行う
看護職員	看護師	1名以上	利用者の健康管理、指導を行う
介護職員		2名以上	利用者の入浴、食事等の介助及び援助を行う
機能訓練指導員	看護師	1名以上	日常生活動作の機能が衰退しないよう指導する

(5) 設備の概要

定員	20人	食堂機能訓練室	104.11㎡
----	-----	---------	---------

4 サービス内容

サービスの種類	内容
送迎	利用時間に合わせて、自宅から事業所までの送迎を実施します。
健康チェック	血圧測定、脈拍測定、体温、その他状態に応じた健康チェックを実施します。 看護職員による内服支援・処置を行います。
入浴	健康状態を確認・観察しながら、入浴専用福祉用具機器が必要な方については、個別にあった機器を選定し、安心安全な入浴を支援します。(希望者のみ)
食事の提供	状況に合わせ、食事内容を検討し提供します。 昼食：午後12時～午後1時
個別機能訓練	ご自宅を訪問させて頂き、必要なリハビリをご提案、相談し在宅生活を継続するための生活リハビリや機器などを使ったリハビリを致します。
栄養改善	食事摂取の悪い方や栄養状態の悪い方への食事内容の検討・支援を行います。
口腔機能向上	看護師による食支援・口腔清掃等の支援・指導を行います。
主な活動	各種レクリエーション

5 利用料金

(1) 利用料金

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として「介護保険負担割合証」に記載された割合分（1割・2割・3割）の金額をお支払い頂きます。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額を負担いただきます。

【基本サービス料金】

① 3時間以上4時間未満ご利用

該当箇所	利用者の 要介護度	基本利用料	利用者の自己負担額		
			(1 割)	(2 割)	(3 割)
	要介護1	3,700円	370円	740円	1,110円
	要介護2	4,230円	423円	846円	1,269円
	要介護3	4,790円	479円	958円	1,437円
	要介護4	5,330円	533円	1,066円	1,599円
	要介護5	5,880円	588円	1,176円	1,764円

② 4時間以上5時間未満

該当箇所	利用者の 要介護度	基本利用料	利用者の自己負担額		
			(1 割)	(2 割)	(3 割)
	要介護1	3,880円	388円	776円	1,164円
	要介護2	4,444円	444円	888円	1,332円
	要介護3	5,020円	502円	1,004円	1,506円
	要介護4	5,600円	560円	1,120円	1,680円
	要介護5	6,170円	617円	1,234円	1,851円

③ 5時間以上6時間未満

該当箇所	利用者の 要介護度	基本利用料	利用者の自己負担額		
			(1 割)	(2 割)	(3 割)
	要介護1	5,700円	570円	1,140円	1,710円
	要介護2	6,730円	673円	1,346円	2,019円
	要介護3	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護4	8,880円	888円	1,776円	2,664円
	要介護5	9,840円	984円	1,968円	2,952円

④ 6時間以上7時間未満

該当箇所	利用者の 要介護度	基本利用料	利用者の自己負担額		
			(1 割)	(2 割)	(3 割)
	要介護1	5,840円	584円	1,168円	1,752円
	要介護2	6,890円	689円	1,378円	2,067円
	要介護3	7,960円	796円	1,592円	2,388円
	要介護4	9,010円	901円	1,802円	2,703円
	要介護5	10,080円	1,008円	2,016円	3,024円

⑤ 7時間以上8時間未満

該当箇所	利用者の 要介護度	基本利用料	利用者の自己負担額		
			(1 割)	(2 割)	(3 割)
	要介護1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
	要介護2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円

上記の基本料は、厚生労働大臣が公示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面で知らせします。

【 加 算 】

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。

該当箇所	加算の種類	加算の要件（概要）	利用者自己負担				
			(1割)	(2割)	(3割)		
イ	個別機能訓練加算 (I) イ	利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練計画の進捗状況を説明し訓練内容の見直し等を行う場合	56円	112円	168円	/日	
ロ			(I) ロ	76円	152円	228円	/日
	個別機能訓練加算 (II)	(I)に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省へ提出しフィードバックを受けている場合。	20円	40円	60円	/月	
(I)	入浴介助加算 (I)	入浴介助を適切に行う事が出来る人員及び設備を有して、入浴介助を行う。 医師等が利用者の居宅を訪問し浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価・計画している場合。	40円	80円	120円	/日	
(II)	入浴介助加算 (II)		55円	110円	165円	/日	
	栄養アセスメント加算	利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養食相談等の栄養管理を行い、必要に応じ居宅を訪問した場合。	50円	100円	150円	/月	
	栄養改善加算 (月2回を限度)	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食相談等の栄養管理を行い、必要に応じ居宅を訪問した場合	200円	400円	600円	/月	
(I)	口腔・栄養 スクリーニング加算 (I)	介護サービス事業所の従事者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供している場合。(6月に1回を限度)	20円	40円	60円	/6月	
(II)	スクリーニング加算 (II)		5円	10円	15円	/6月	
(I)	口腔機能向上加算 (I)	(I) 口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合。 (II) 口腔機能向上加算 (I)に加えて、厚生労働省へ必要な情報を提供し当該情報を有効に活用している場合。	150円	300円	450円	/回/月	
(II)	口腔機能向上加算 (II) (月2回を限度)		160円	320円	480円	/回/月	
(I)	サービス提供体制強化加算	(I) 介護福祉士70%以上、または勤続10年以上の介護福祉士25%以上。 (II) 介護福祉士50%以上。 (III) 介護福祉士40%以上、または勤続7年以上の介護職員30%以上	22円	44円	66円	/日	
(II)			(I)	18円	36円	54円	/日
(III)			(II)	6円	12円	18円	/日
	認知症加算	日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者に対してケアを計画的に実施を行った場合	60円	120円	180円	/日	
	中重傷者ケア体制加算	ケアを計画的に実施するプログラムの作成を行った場合	45円	90円	135円	/日	

(I)	生活機能向上連携加算 (I)	理学療法士や医師からの助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした計画を作成等を行うこと。 ※個別機能訓練加算を算定の場合は100単位/月	100円	200円	300円	/月
(II)	(3月に1回を限度) (II)※		200円	400円	600円	/月
	加算の種類	加算の要件 (概要)	利用者自己負担			
			(1割)	(2割)	(3割)	
(I)	ADL維持等加算 (I)	(I) ADL (日常生活動作) の維持又は改善の度合いが一定の水準を超え、平均して得た利得が1以上の場合。 (II) (I) の条件を満たし、利得が2以上の場合。 (III) 上記以外の場合。	30円	60円	90円	/月
(II)	ADL維持等加算 (II)		60円	120円	180円	/月
(III)	ADL維持等加算 (III)		3円	6円	9円	/月
	科学的介護推進体制加算	入所者ごとの心身の状況などに係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、有効に提供・活用している場合	40円	80円	120円	/月
	介護職員処遇改善加算 (III)	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	所定単位数の8.0%加算			

○自費をいただくもの (介護保険適用外)

食材料費用	常食/きざみ/ミキサー	円
レクリエーション材料費 (習字、お花、絵画、刺繍等のクラブ活動費のみ)		実費
オムツ代 (パット型)		実費
おむつ代 (パンツ型)		実費
複写物	一枚につき	10円

※食事キャンセルに関しては、前日16時以降は上記の金額が発生します。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。発生しません。

(3) キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先：管理者 (ギマ) TEL 090-1948-5094)

①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	食費分+基本報酬のご利用者負担分

※①救急搬送された場合、②冠婚葬祭に出席や参列される場合はキャンセル料を頂きません。

(4) 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ので、25日までにお支払いください。お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客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4週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社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ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ 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介護認定区分が、非該当〔自立〕または要支援と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ お客様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当社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、お客様や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、また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解約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3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に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、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		

8 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

9 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定通所介護サービス・介護予防通所介護担当サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- 利用者等（家族や担当ケアマネジャー等を含む）から苦情があった場合は、ただちに法人代表者と管理者が情報を共有したうえで事実確認等をおこない、原因究明に努める。
- 誠意をもってすみやかに解決に努めるとともに、必要に応じて再発防止策を講ずる。
- 苦情を寄せた利用者等には必ず上記の内容を報告する。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】	所在地 読谷村字高志保168番地 電話番号 098-923-0232 ファックス番号 098-923-0232 受付時間 8:30~17:15
【読谷村の窓口】 読谷村役場 福祉課	所在地 読谷村字座喜味2901番地 電話番号 098-982-9209 (直通) ファックス番号 098-982-9202
【嘉手納町の窓口】 嘉手納町役場 福祉課	所在地 嘉手納町字嘉手納588 電話番号 098-956-1111 (内線120~129・186) ファックス番号 098-956-9508 メールアドレス fukushi@town.kadena.okinawa.jp
【恩納村の窓口】 恩納村役場 福祉課	所在地 恩納村字恩納2451番地 電話番号 098-966-1207 (直通) ファックス番号 098-966-1266
【公的団体の窓口】 沖縄県国民健康保険団体連合会	所在地 那覇市西3丁目14番18号 (国保会館) 電話番号 098-860-9026 (直通)

10 第三者評価の実施状況に関する事項

【 実 施 の 有 無 】	無
【 実 施 し た 直 近 の 年 月 日 】	
【 第 三 者 評 価 機 関 名 】	
【 評 価 結 果 の 開 示 状 況 】	

11 (虐待防止に関する事項)

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 一 事業所における虐待の防止の対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催する。
- 二 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 三 事業所において、介護職員その他の従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年2回以上）実施すること。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

2 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

12 (業務継続計画に関する事項)

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護サービス・介護予防通所介護相当サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開をはかるための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	沖縄県宜野湾市大謝名 4-7-12
	法人名	まごのて合同会社
	代表者名	儀間大志
	事業所名	デイサービスあしびなー
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所
	氏名

代理人	住所
	氏名