

指定通所介護・介護予防通所サービス重要事項説明書

社会福祉法人青空
デイサービスセンター青空

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(静岡県指定 第2271101863号)

当事業所は利用者に対して指定通所介護、介護予防通所サービス（以下「指定通所サービス等」という）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方及び「事業対象者」が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人青空
- (2) 法人所在地 静岡県沼津市小諏訪15-1
- (3) 電話番号 055-926-9600
- (4) 代表者氏名 理事長 大谷貴美子
- (5) 設立年月 平成22年4月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所・介護予防通所サービス
平成22年4月1日指定 静岡県号 2271101863
- (2) 事業所の目的 社会福祉法人青空が開設するデイサービスセンター青空
通所介護事業、介護予防通所サービスの運営及び利用について必要な事項を定め、事業の円滑な運営を図ることを目的とする。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター青空
- (4) 事業所の所在地 静岡県沼津市小諏訪15-1
- (5) 電話番号 055-926-9600
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 勝又 訓子
- (7) 当事業所の運営方針 利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、基本的な生活行為の出来ない部分は介助して
できる行為・実際にしている行為を増やしていく中で、要介護者の介護度を
改善・悪化させない・悪化を遅らせていく。利用者の社会的孤立感の
解消及び心身機能の維持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。

- (8) 開設年月 平成 22 年 4 月 1 日
 (9) 利用定員 18 人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 沼津市 但し、志下以南、旧戸田村・大平地区を除く
 (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
受付時間	月～金 8 時 00 分～17 時 00 分
サービス提供時間	月～金 9 時 00 分～16 時 10 分 提供時間 7～8 時間

お正月 12 月 29 日～1 月 3 日休み。但し必要に応じ変更する場合があります。

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定通所介護サービス等を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	資 格	員数
管理者		1 人以上
生活相談員	介護福祉士等	1 人以上
機能訓練指導員	看護師等	1 人以上
看護職員	看護師等	1 人以上
介護職員	介護福祉士等 初任者研修修了者等	2 人以上

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の場合があります。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

(1) 介護保険の給付対象となるサービス (契約書第 4 条参照)

〈サービスの概要〉

- ① 食事 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。 (食事時間) 12:00～
- ② 入浴 入浴は一般浴・機械浴槽で行います。必要に応じ見守り・介助等行います
- ③ 排泄 必要に応じ排泄の介助を行います。
- ④ 機能訓練・アクティビティー、体操、運動、レクリエーション、ゲーム等を実施します。

※当事業所は、令和 6 年 10 月 15 日現在、福祉サービス第三者評価事業実施していない。

<サービス利用料金> (契約書第 6 条参照)

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費護度に応じて異なります。

要介護 1～5

※単位=10.14 円、1 日又は 1 回毎の料金

基本サービス 7～8 時間		入浴介助加算		送迎減算
要介護 1	753	I	II	47/片道 94/往復
要介護 2	890	40/日	55/日	
要介護 3	1032			
要介護 4	1172			
要介護 5	1312			
サービス提供体制強化加算 I 22 単位/1 日				
介護職員処遇改善加算 I 92/1,000×所定単位数/1 か月				
科学的介護推進体制加算 40 単位/月				

事業対象者・要支援 1～2 で総合事業の対象となる方

算定項目	基本サービス
事業対象者・要支援 1	1,798
事業対象者・要支援 2	3,621
1 回につき支援 1	436
1 回につき支援 2	447
サービス提供体制強化加算 I 要支援 1 88 単位 要支援 2 176 単位	
介護職員処遇改善加算 I 92/1,000×所定単位数/1 か月	
科学的介護推進体制加算 40 単位/月	

(別途介護保険負担割合証に記載) が自己負担となります。

※月単位での加算・換算となるため、1 か月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で実際の請求額と差異が生じる場合があります。

★入浴加算は、入浴した場合に加算されます。

★送迎をしない場合、片道につき上記の単位数が基本料金から減算されます。

・利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦全額お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、介護予防サービス・支援計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

・利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)

・介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第 5 条、第 6 条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①食事

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため椅子に座り食事をとって頂くことを原則としています。
(食事時間) 12:00～食事の提供 ご契約者に提供する食事にかかる費用です。
料金: 1食あたり **850円** (おやつ・湯茶代含む)、行事食 **300円** 追加

②レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金: 材料代等の実費をいただきます。1回あたり 50円程度の基本的なレクリエーション材料費の支払いに (同意します・同意しません) また、個別に必要な材料費は、別途アンケートにより参加の有無を伺います。(お花教室 1100円/毎月実施、青空喫茶 150円/不定期開催 等)

③複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。洗濯代 1回につき 700円

⑤特別行事にかかる食事や材料費などの費用 実費

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2か月前までにご説明します。

⑥通常事業の実施地域を超える送迎について

通常事業の実施地域 (沼津市内、ただし志下以南、旧戸田村・大平地区を除く) を超える送迎については 1kmあたり 50円を別途徴収する。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条参照)

前記 (1)、(2) の料金・費用は、翌月の **10日** までに請求書を発送しますので、**15日** に契約した郵便局の口座より引き落とし、又は銀行振込 (振込み手数料はご負担願います) にて支払うものとします。

郵便局からの引き落とし

銀行振り込み (手数料利用者負担)

利用者による、サービス利用料金の支払いが 31 日以上遅延し、催告後 10 日以内に支払われない場合、サービスを利用できなくなります。なお、引落不備や振込確認できないことによる再請求にかかる事務手数料 (440円) はご利用者様負担となります。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

○利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護サービス等の利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をご負担いただきます。但し8時以降の欠席については利用者の救急搬送等急激で予測不能であり利用が不可能な体調不良、ご親族の不幸等の事由がある場合は、この限りではありません。

状況	請求される費用
利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用日の朝 8 時までに申し出がなかった場合及び来所後 3 時間以内に体調不良となった場合	送迎費用自費 500 円、食材料費 850 円、参加予定のレクレーションの参加代金（お花代や青空喫茶代含む）、利用料金（1000 円／1 時間）

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

○16 時 10 分を超えて利用する場合、通常の介護保険サービスとは別に 17 時まで 1000 円の自費利用料が発生します。なお、その場合送迎はできません。利用が 17 時を超える場合、必ず事前に利用可能か確認をお願いします。その場合 1 時間につき 3000 円の利用料金が発生します。

6. 緊急時の対応について

- (1) 当事業所において利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、速やかに必要な処置を講じると共に利用者家族に連絡を行い、状況に応じ利用者の主治医・協力医療機関に受診します。
- (2) 利用当日の体調不良や利用中に著しく心身の変化が認められた場合、他の利用者への影響が懸念される症状が認められた場合は、看護職員又は介護職員の判断により医療機関の受診をお願いする場合があります。

7. 損害賠償（事業者の義務違反）について

(1) (損害賠償責任)

① 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。

② 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

(2) (損害賠償がなされない場合)

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② 利用者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- ④ 利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

(3) (事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能)

事業者は、本契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、利用者に対して既に実施したサービスを除いて、所定のサービス利用料金の支払いを請求することはできないものとします。

8. 苦情の受付について (契約書第 20 条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (担当者) 深澤 真有美・勝又訓子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9:30 ～ 17:00

(2) 行政機関等における苦情の受付

○沼津市 長寿福祉課 (055) 934-4873

○国民健康保険団体連合会 (054) 253-5590

平成 22 年 4 月 1 日平成 25 年 12 月 9 日(改) 平成 26 年 3 月 31 日 (改) 27 年 4 月 1 日 (改) 平成 28 年 4 月 1 日 (改) 平成 28 年 5 月 1 日 (改) 平成 29 年 3 月 31 (改) 平成 30 年 4 月 1 日 (改) 平成 31 年 4 月 1 日 (改) 令和元年 6 月 15 日 (改) 令和元年 10 月 1 日 (改) 令和 3 年 4 月 1 日 (改) 令和 4 年 10 月 1 日 (改) 令和 5 年 8 月 1 日 (改) 令和 6 年 4 月 1 日 (改) 令和 6 年 6 月 1 日 (改) 令和 6 年 10 月 15 日 (改) 令和 7 年 8 月 1 日 (改)

令和 年 月 日

指定通所介護サービス等の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

デイサービスセンター青空

説明者

氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防通所介護サービス等の提供開始に同意しました。

利用者住所:

利用者氏名:

身元保証人住所:

身元保証人氏名: