

重要事項説明書

《地域密着型通所介護》

＜令和6年8月1日より＞

あなたが利用しようと考えている地域密着型通所介護（以下「通所介護」と言います。）サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

引き続き実際に契約を結ぶときには、本書の内容の説明を受けたことを証するため、本書の最終面に記名をお願いします。

1. デイサービスセンターもみやま の概要

事業所名	デイサービスセンター もみやま
所在地	愛知県半田市岩滑中町三丁目232番地
電話番号	0569-89-7701
FAX番号	0569-89-7702
介護保険事業所番号	2372401170

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	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日常生活を営むことができるように支援することを目的とする
運営の方針	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日常生活を営むことができるようなサービスを提供する

3. 職員体制と職務内容

職名	員数	常勤・非常勤	職務内容
管理者	1	常勤兼務1名	職員と業務の管理、基準遵守のための命令指揮 利用申込みの調整、サービス実施状況の把握
生活相談員	3	常勤兼務1名 非常勤兼務2名	(通所介護計画の取りまとめ)、従業者の技術指導、サービス提供状況の管理、生活相談一般、サービスの提供
介護職員	5	常勤兼務1名 非常勤専従2名 非常勤兼務2名	サービスの提供（送迎時介助・移動介助・排泄介助・衣服着脱介助・入浴介助・）
機能訓練指導員	2	非常勤兼務2名	機能訓練
看護師	2	非常勤兼務2名	バイタルチェック

4. 利用定員

18人

5. 営業日・営業時間、サービスの提供日・提供時間

事務所の営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前 8時30分～午後5時
サービス提供時間	午前9時45分～午後3時00分

※台風、大雪等の悪天候の際は安全のため営業を見合わせる場合がありますのでご了承下さい。

6. 通常の事業の実施地域

半田市

7. サービスの内容

送迎	ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。
健康チェック	看護職員が、健康管理を行います。
食事	当施設では、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
入浴	入浴又は清拭を行います。
排泄	ご契約者の排泄の介助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

8. 利用料金

介護保険を利用する場合は、所得により、1割または2割です。

(基本料金+加算料金) × 1/10または2/10または3/10 = お客様負担額

ただし、介護保険の給付の限度額を超えた部分にかかるサービスまたは介護保険対象外のサービスは全額自己負担になります。

【介護保険基本料金】 (地域密着型通所介護費 5～6時間)

	利用料金	お客様負担額 (左の1割)	お客様負担額 (左の2割)	単位
要介護1	6,570円	657円	1,314円	1日当
要介護2	7,760円	776円	1,552円	1日当
要介護3	8,960円	896円	1,792円	1日当
要介護4	10,130円	1,013円	2,026円	1日当
要介護5	11,340円	1,134円	2,268円	1日当

【介護保険加算料金】

	利用料金	お客様負担額 (左の1割)	お客様負担額 (左の2割)	単位
入浴介助加算(Ⅰ)	400円	40円	80円	1日当
入浴介助加算(Ⅱ)	550円	55円	110円	1日当
若年性認知症受入利用者受入加算	600円	60円	120円	1日当
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,500円	150円	300円	月2回
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600円	160円	320円	月2回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	200円	20円	40円	年2回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	50円	5円	10円	年2回

個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	560円	56円	112円	1日当
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円	22円	44円	1日当
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		合計算定単位数に24.5%を乗じた単位数で算定（お客様負担額）		
地域区分加算	7級地	合計算定単位数に10.14に乗じて算定		

*お客様がまだ要介護認定を受けていない場合や、要介護認定を受けた後に1年以上保険料を滞納している等の場合は、基本料金と加算料金の全額を一旦お支払いいただきます。この場合お客様は、当事業所が発行する「サービス提供証明書」を添えて居住地の市町村に保険給付の申請を行うことになります。（償還払い）

*お客様負担額は所得により、3割負担となる方もみえます。

【その他の費用】

キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、ご連絡いただく時間によりキャンセル料を申し受けます。ただし、お客様の急な病変、急な入院等の場合には請求いたしません。	
	利用予定前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日9時までにご連絡がない場合	食材料費800円
	ご自宅までお迎えに伺った場合	キャンセル料3,000円
介護保険対象外サービス料	おむつ代：実費 食材料費：800円 教養娯楽費：1回300円	

【請求とお支払いの方法】

請求	①利用料その他の費用は、月ごとに請求いたします。 ②請求書は、毎回のサービス提供日及びそれぞれのサービス提供毎の金額を明らかにした明細書を添えて、利用月の翌月10日前後にお客様にお届けします。
支払い	①お客様に居宅介護支援事業所からあらかじめ交付されているサービス利用票（第7表）と、請求明細書を照合のうえ、請求月の25日までに下記の方法でお支払い下さい。 お客様の口座から自動引き落とし ②お支払いを確認しましたら医療費控除の対象となる額を明らかにした領収証を発行しますので、大切に保管してください。 ③お支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず30日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解約させていただいたうえで未払い分をお支払いいただくことになります。

9. サービスの利用方法等

利用申込み	電話または来所のうえお申し込みください。 居宅介護支援事業所に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談ください。 本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、お客様の同意を得た上で、契約を締結します。
サービスの終了	①お客様のご都合でサービスを提供する場合は、サービスの終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。 ②人員不足等やむを得ない事情により、サービスを終了させていた

	<p>だく場合がございましたが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。</p> <p>③自動終了</p> <p>次の場合は、双方の通知がなくとも自動的に終了になります。</p> <p>ア お客様が介護保険施設に入所した場合</p> <p>イ お客様の要介護認定区分が「非該当（自立）」となった場合</p> <p>ウ お客様が亡くなられた場合</p> <p>④その他</p> <p>ア 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、お客様の個人情報をみだりに漏洩した場合、お客様やご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了できます。</p> <p>イ サービス料金のお支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず30日以内にお支払いいただけない場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただく場合があります。</p> <p>ウ お客様やご家族が、当事業所やその従業員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合、本契約締結後にお客様やご家族が、反社会勢力に該当する者となった場合には、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただく場合があります。</p>
--	--

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、お客様の主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員（ケアマネジャー）等に連絡いたします。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償いたします。なお、当事業所は損害保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

12. サービス内容等に関する苦情・相談について

サービスの内容等に苦情・相談がある場合は、下記の窓口にご連絡ください。

①	当事業所の窓口	電話番号 0569-89-7701 相談担当者：靱山 受付時間 9時00分～17時00分
②	居宅介護支援事業所の窓口	お客様が契約を結んでいる居宅介護支援事業所になります。
③	公的団体の窓口	愛知県国保連合会介護福祉課内 苦情相談室 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館南館7階 苦情処理専用電話：052-971-4165
④	市町村の窓口	お客様がお住まいの市町村の介護保険担当部署になります

	半田市	半田市役所高齢介護課	0569-84-0649
--	-----	------------	--------------

<当事業所と契約を結ぶ場合は、説明の事実を証するため下記に記名押印してください>

上記の内容について「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令第37号)」第105条(第8条準用)の規定に基づき、説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

所在地 半田市岩滑中町3丁目232番地

事業所 事業所名 株式会社メディカルデバイス
デイサービスセンターもみやま

説明者名

上記の内容について説明を受けました。

利用者 住所
氏名

家族代表 (代理人) 住所
氏名