

通所介護サービス内容 兼 重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者の名称	社会福祉法人佐渡ふれあい福祉会		
所在地	〒952-1209 新潟県佐渡市千種58番地1		
代表者氏名	理事長 越渡 佳弘		
電話番号	0259(63)2300	FAX番号	0259(63)3180

2. 事業所の概要

施設の名称	デイサービスセンター 高千の里
所在地	〒952-2214 新潟県佐渡市高千 1048 番地 1
県指定年月日	平成 17 年 9 月 1 日 (指定番号 新潟県 第 1 5 7 2 2 0 0 8 6 1 号)
施設の形態	通所介護
管理者	原 眞美子
電話・FAX 番号	TEL 0259(61)6100 / FAX 0259(61)6101
サービスを提供できる 対象地域	佐渡市

3. デイサービスセンターの職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤	備 考
管 理 者	介護福祉士	1 人	—	
生活相談員	社会福祉主事任用資格 介護福祉士	1 人以上	—	
看護職員及 び機能訓練 指導員	看護師	1 人以上		常勤若しくは 非常勤 1 人以上
介 護 職 員	介護福祉士 社会福祉主事任用資格 ホームヘルパー2 級 (介護職員初任者研修)	5 人以上		常勤若しくは 非常勤 5 人以上

4. デイサービスセンターの設備の概要

定 員	35 名	相談室	1 室
食堂・機能訓練室	114.2 m ²	送迎車両	特殊車両 2 台
浴 槽	一般浴槽・特殊浴槽		軽車両 2 台
休養スペース	45.7 m ²		

5. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日 但し、1 月 1 日を除きます。
営業時間	午前 8 時 00 分～午後 7 時 00 分までとします。 但し、サービス提供時間は、ケアプラン及び通所介護計画書に基づき サービス提供を行う。(利用者の送迎サービス時間は除きます。)

6. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

在宅において、要介護状態にあるものに対し、自立的生活の助長、社会的孤独感の解消及び身体機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的・精神的な負担の軽減を図ります。

(2) 運営方針

- ① 利用者が、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、機能訓練及び必要な日常生活上のサービスを提供します。
- ② 利用者の人格を尊重し、利用者の立場にたったサービスを提供します。

7. 提供するサービスの内容

(1) サービス内容

通所介護サービスは、要介護と認定された方の自立生活を支援するために、事業者が管理運営するデイサービスセンターに通っていただき、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練などの選択的サービスを提供するものです。

(2) 計画に基づく介護

わたしたちは、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」を踏まえて「通所介護計画」を作成します。作成した「通所介護計画」の内容について、ご利用者又はそのご家族に説明を行い、同意をいただきます。（計画書内容において、変更の必要があれば話し合っ変更いたします）。その同意をいただいた「通所介護計画」に基づいて、サービスを提供します。

8. サービス提供の責任者等

サービス提供の責任者は、次のとおりです。

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

職 種	氏 名	連 絡 先
センター長	原 眞美子	0 2 5 9 - 6 1 - 6 1 0 0
事業管理者	原 眞美子	
生活相談員	原 眞美子 甲斐 正晴 池田 まゆみ	

9. 利用者負担金

- (1) 利用者の方がこのサービスを利用するにあたって、ご負担して頂く料金は、次のとおりです。

なお、この料金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

※令和3年9月30日までの間は、基本料金について、所定単位数に0.1%を乗じた単位数を算定します。

①基本料金（利用1回につき）

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上 4時間未満	3,700円	4,230円	4,790円	5,330円	5,880円

4 時間以上 5 時間未満	3, 880 円	4, 440 円	5, 020 円	5, 600 円	6, 170 円
5 時間以上 6 時間未満	5, 700 円	6, 730 円	7, 770 円	8, 800 円	9, 840 円
6 時間以上 7 時間未満	5, 840 円	6, 890 円	7, 960 円	9, 000 円	10, 080 円
7 時間以上 8 時間未満	6, 580 円	7, 770 円	9, 000 円	10, 230 円	11, 480 円
8 時間以上 9 時間未満	6, 690 円	7, 910 円	9, 150 円	10, 410 円	11, 680 円

【加算部分】

②以下の要件を満たす場合、基本料金に加えて次の加算料金を頂きます。

加 算 内 容	区 分	金 額	備 考
入浴介助加算 (Ⅰ)		400 円 (1 日あたり)	入浴介助を適切に実施できる人員及び設備を有しており、職員に対して入浴介助に関する研修等を行っている場合。
入浴介助加算 (Ⅱ)		550 円 (1 日あたり)	専門職が利用者宅を訪問し利用者の動作及び浴室の環境をチェックする。それを踏まえた個別計画を多職種連携のもとで策定し、計画に沿った個別の入浴介助を事業所で実践する場合。
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	イ	560 円 (1 日あたり)	利用者の心身の状況に応じて、指導員の配置により身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練を行う場合。
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	ロ	760 円 (1 日あたり)	
サービス提供体制強化 加算 (Ⅲ)		60 円 (1 回あたり)	勤続年数 7 年以上の職員を 30%以上配置。
口腔機能向上加算 (Ⅰ)		1, 500 円 (1 回あたり)	月 2 回
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	当 該 加 算 の 算 定 要 件 を 満 た す 場 合	1 ヶ月の所定単位数の 9. 2%×1 単位の単価	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		1 ヶ月の所定単位数の 9. 0%×1 単位の単価	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		1 ヶ月の所定単位数の 8. 0%×1 単位の単価	
介護職員等処遇改善加算Ⅳ		1 ヶ月の所定単位数の 6. 4%×1 単位の単価	

【減算部分】

③以下の要件を満たす場合、基本料金から次の料金が減算されます。

加 算 内 容	区 分	金 額	備 考
通所介護送迎減算		470 円 (片道)	利用者様が自ら介護事業所に通う場合や介護事業所が送迎を行わない場合。
業務継続計画未実施減算		所定単位数の 1.0%を減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の場合
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の 1.0%を減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合

※ 上記にかかる利用料合計額の負担割合分をご負担頂きます。

(「介護保険負担割合証」に記載されている利用者負担割合による)

(2) これ以外に実費を要した場合には、別途ご負担していただきます。

・食費 750円／日

・サービス延長料金 500円／30分毎

(但し、サービス提供通算時間が「9時間以上」となる場合は、ケアプランにより厚生労働大臣が定めた告示上の基準額とする)

*実費については、全額ご利用者様のご負担となります。

(3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

10. キャンセル

(1) 利用者が、サービスの利用を中止する際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：0259（61）6100

担 当：原 眞美子（センター長）

甲斐 正晴（生活相談員）・池田 まゆみ（生活相談員）

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス 利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

(3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無 料	
サービス利用日の前日まで	無 料	
サービス利用日の当日	利用者負担金の 100%	

1 1. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化があった場合は、事前の打合わせにより、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。

1 2. 非常時災害対応

「防災及び非常時災害時対応指針」「災害時における対応マニュアル」に基づいて対応します。(火災、地震、風水害等)

1 3. 第三者評価実施の有無

公益社団法人 新潟県介護福祉士会 等による第三者評価は実施しておりません。

1 4. 相談・要望・苦情・緊急時の窓口

通所介護に関する相談・要望・苦情・緊急時は、下記窓口で対応いたします。

連絡窓口の名称	デイサービスセンター高千の里
電 話 番 号	0259 - 61 - 6100
F A X	0259 - 61 - 6101
対 応 日 時	月曜～土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
対 応 者	原 眞美子 (センター長) 甲斐 正晴 (生活相談員) 池田 まゆみ (生活相談員)

また、サービスに関する苦情は、次の窓口へ直接申し出ることもできます。

申し出先	電話番号	部署名
佐渡市の介護保険担当窓口	0259-63-3790	高齢福祉課介護保険係
新潟県国民健康保険団体連合会の苦情 受付窓口	025-285-3022	介護サービス相談室

1 5. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

1 6. 身体拘束の廃止について

(1) 身体拘束に対する考え方

① 高齢者等の虐待行為となる身体拘束は、原則、行いません。

② 緊急やむを得ない事情で身体拘束を行う場合の対応は、下記のとおりです。

ア 利用者、又は他の利用者等の生命や身体を保護するために緊急やむを得ない対応は次のとおりです。

「切迫性」生命、又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

「非代替性」身体拘束以外に代替え方法がない場合

「一時性」一時的な対応である場合

イ 身体拘束を行った場合は、記録をします。

記録は、様態・時間・利用者の心身の状況・理由を記載します。

ウ 記録は、職員間及び利用者家族等の間で情報を共有するとともに、行政の指導監査の際に提示できるようにします。

17. その他

- (1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (2) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、職員に直ちにお申し出てください。

以上のとおり、通所介護サービスの提供に関する契約を締結します。

契約が成立したことの証として、本契約書を 2 通作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ 1 通を保有します。

令和 年 月 日

利用 者	私は、以上の契約内容について説明を受け、内容を確認しました。 私は、この契約書で確認する介護サービスの利用を申し込みます。		
	ご住所	〒 _____ - _____ 電話番号 (_____)	
	お名前	印	
代 理 人 又 は 立 会 人	＊ 代理人 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。 ＊ 立会人 私は、以上の契約内容について説明を受け内容を確認しました。		
	本人との関係		代理人の場合 署名を代行した理由
	ご住所	〒 _____ - _____ 電話番号 (_____)	
	お名前	印	
事 業 者	当事業者は、サービス事業者として利用者の申込みを受諾し、この契約に定めるサービスについて誠実に責任をもって行います。		
	所在地	〒 952 - 1209 新潟県佐渡市千種 58 番地 1 電話番号 (代) 0259 (63) 2300 / FAX 番号 0259 (63) 3180	
	事業者名	社会福祉法人佐渡ふれあい福祉会 理事長 越渡 佳弘 印	
	説明者	職・氏名 生活相談員 印	

私は、第9条第3項に定める「利用者の個人情報の使用に定める利用者の家族の個人情報」の使用について、同意します。

家族代表

住所

氏 名

本人との続柄

印