重 要 事 項 説 明 書

〈令和　　年　　月　　日現在〉

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話　　0299－79－2319（午前8時00分～午後6時00分まで）

担当

＊ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 利用施設の概要

（1）提供できるサービスの種類と地域

事業所名	指定通所介護事業所 水郷荘 または　介護予防通所介護相当サービス　水郷荘
所在地	茨城県稲敷市幸田1252
介護保険指定番号	通所介護　（茨城県指定第073800346号/08A2900017）
サービス種類	通所介護・第一号通所事業介護予防通所介護相当サービス
サービスを提供する対象地域 ＊	稲敷市にお住まいの方

＊上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（2）同事業所の職員体制

〔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	常勤	非常勤	資格
1. 管理者	1名		
2. 生活相談員	3名		介護福祉士
3. 介護職員	7名（兼務3名）	5名	介護福祉士等
4. 看護師、准看護師	1名	1名	看護師、准看護師
5. 機能訓練士	1名		理学療法士等
6. 栄養士	1名		栄養士

（3）同事業所の設備の概要

定員	40名	静養室	1室　4床
食堂兼機能訓練室	1室　156．46㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽と、中間浴槽があります。		
		送迎車	7台

（4）営業時間

月～土・祭日	午前8時00分～午後6時00分
日	定休日

＊ 緊急連絡電話　0299－79－2319

※1月1日から3日までは休業いたします。

※サービス提供時間は、午前9時00分～午後5時00分となります。（送迎時間は除く。）

3. サービス内容

① 送迎　　障害の程度、地理的条件により送迎を必要とする利用者については、専用車両により送迎いたします。

② 食事　　かゆ食・常食・刻み食または糖尿食などご希望に応じて、食事を提供いたします。

③ 入浴　　利用者の障害の程度により、一般浴槽・中間浴槽・機械浴槽をご利用いただき、入浴に必要な介助を行います。

④ 機能訓練　機能訓練を担当する看護職員が、日常生活に必要な生活リハビリを中心に行います。

⑤ 生活相談　生活相談員が、利用者や家族の相談に応じます。

4. 第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	1　あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり　2 なし
	[2] なし		

5. 料金

(1) 介護予防通所介護相当サービスを利用の方(対象者:事業対象者、要支援1、2の方)

①基本サービス費　1単位＝ 10.14 円《地域区分(7級地)》　(1月あたり)

	単位数	基本利用料	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割
事業対象者・要支援1	1,798	18,231 円	1,824 円	3,647 円	5,470 円
要支援2	3,621	36,716 円	3,672 円	7,344 円	11,016 円

※ 予防給付から給付されるサービスを利用する場合は、原則として基本料金の1割です。
介護保険負担割合証で2割負担の場合は2割分の、3割負担の場合は3割分の料金となります。
契約期間が1月に満たない場合は、日割計算です。

《地域区分(7級地)》　1単位＝ 10.14 円　(1月あたり)

加　算	単位数	基本利用料	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割
若年性認知症利用者受入加算(対象者のみ)	240	2,433 円	244 円	487 円	731 円
一体的サービス提供加算	480	4,867 円	487 円	974 円	1,461 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 事業対象者・要支援1	88	892 円	90 円	179 円	268 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援2	176	1,784 円	179 円	357 円	536 円
科学的介護推進体制	40	405 円	41 円	82 円	122 円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)ロ	総単位数の12%　(自己負担は1割～3割　＊)				

※ 予防給付から給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて自己負担額を変更します。

＊ 自己負担の割合については、「介護保険負担割合証」でご確認ください。

②昼食代

1食あたり 660円

③ その他

上記の他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

(2)通所介護サービスを利用の方(対象者:要介護1～5の方)　通常規模型

① 基本サービス費　　1単位＝ 10.14 円 (地域区分7級地)　(7時間以上8時間未満利用の場合)

要介護度	単位数	基本利用料	介護保険適用時の自己負担額(1回あたり)		
			1 割	2 割	3 割
要介護度1	658	6,672 円	668 円	1,335 円	2,002 円
要介護度2	777	7,878 円	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護度3	900	9,126 円	913 円	1,826 円	2,738 円
要介護度4	1,023	10,373 円	1,038 円	2,075 円	3,112 円
要介護度5	1,148	11,640 円	1,165 円	2,329 円	3,493 円

《地域区分(7級地)》　　1単位＝ 10.14 円

加　算	単位数	基本利用料	自己負担額 1 割	自己負担額 2 割	自己負担額 3 割
入浴介助加算(Ⅰ)	40	405 円	41 円	82 円	122 円
入浴介助加算(Ⅱ)	55	557 円	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	567 円	57 円	114 円	171 円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	76	770 円	78 円	155 円	232 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)※1カ月あたり	20	202 円	21 円	41 円	61 円
若年性認知症利用者受入加算	60	608 円	61 円	122 円	183 円
認知症加算	60	608 円	61 円	122 円	183 円
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算(Ⅰ)	22	223 円	23 円	45 円	67 円
ADL維持等加算Ⅱ ※1カ月あたり	60	608 円	61 円	122 円	183 円
科学的介護推進体制※1カ月あたり	40	405 円	41 円	82 円	122 円
時間延長ｻｰﾋﾞｽ体制加算					
9時間以上10時間未満	50	507 円	51 円	102 円	153 円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)ロ	総単位数の12% (自己負担は1割～3割 ＊)				

＊自己負担の割合については、「介護保険負担割合証」でご確認ください。

※ 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、自己負担額を変更します。

②昼食代

1食あたり 660円

③その他

上記の他、おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

(3) キャンセル料

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がかかります。

① ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合＊	無料
② ご利用日の当日午前8時までにご連絡いただいた場合	基本サービス費の20%
③ ご利用日の当日午前8時までにご連絡がなかった場合	基本サービス費の50%

＊ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

(4) 支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、25日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、銀行振込、窓口支払い、口座自動引き落としの3通りの中からご契約の際に選べます。

6. サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。職員がお伺いいたします。
通所介護計画または介護予防通所介護相当サービス介護計画の作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。
※ 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 利用者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下さい。

② 当事業所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、サービスの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ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- 利用者が介護保険施設に入所した場合
- 介護保険給付または介護予防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)と認定された場合
- 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- 当事業所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、利用者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、または当法人が破産した場合、利用者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することができます。
- 利用者が、サービス利用料金の支払を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、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所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、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

7. 当事業所のデイサービスの特徴等

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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消きるよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、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。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	○	9~10時間・50単位、10~11時間・100単位になります。
従業員への研修の実施	○	年1回 外部研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	

(3) サービス利用に当たっての留意事項

・送迎時間の連絡 …… 変更がある場合は、8時までにご連絡下さい。

・体調確認 …… いつもと違うことがありましたら、どんな些細なことでも必ずご連絡下さい。

・体調不良等による
サービスの中止・変更 …… 体温・血圧・脈などに変化があり利用に不安がある場合は、利用者の主治医と相談してきめます。

・食事のキャンセル …… 利用前日の午後5時までに、ご連絡下さい。

8. 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。

緊急連絡先		
	氏名	
	住所	
	電話番号	
	続柄	
主治医		
	病院または診療所名	
	住所	
	電話番号	
	医師名	

9. 非常災害対策

・防災時の対応 …… 緊急通報装置で稲敷消防本部へ直接つながります。

・防災設備 …… 設計の段階で消防署の助言を受け、スプリンクラーなどの諸設備を整備した。

・防災訓練 …… 年2回実施する。

・防火責任者 …… 管理者　　丹 波 雅 博

10. 事故発生時の対応等

事故発生時の対応	施設は、介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかにご利用者のご家族・ご利用者の後見人又は身元引受人等関係者に連絡・報告を行うとともに、ご利用者の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じます。
損 害 賠 償	施設は、サービス提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、施設に故意過失がない場合は、この限りではありません。また、ご利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じる事ができます。
施設賠償責任保険	施設は、万一の事故の発生に備えて、「施設賠償責任保険」に加入しています。

11. サービス内容に関する苦情

① 当事業所ご利用者相談・苦情担当

担当　　管理者　丹 波 雅 博　　電話　0299－79－2319

② その他

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名　　稲敷市

担当　高齢福祉課介護保険係　　電話　029－892-2000(代表)

茨城県国民健康保険団体連合会

介護保険課　苦情相談窓口　　電話　029－301－1565

12. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人　盡誠会
代表者役職・氏名	理事長　　宮 本 二 郎
法人所在地・電話番号	茨城県稲敷市幸田1252　　0299－79－2319
定款の目的に定めた事業	1、特別養護老人ホームの経営 2、老人短期入所事業の経営 3、老人デイサービス事業の経営 4、老人居宅介護等事業の経営 5、障害福祉サービス事業の経営 6、移動支援事業の経営 7、保育所の経営 8、地域子育て支援拠点事業の経営

この契約を証するため、契約書及び重要事項説明書を2通作成し、契約者、事業者が記名捺印の上、各自その1通を保有するものとします。

令和　　年　　月　　日

各種サービスの提供開始にあたり、契約書及び重要事項説明書の内容について、本書に基づき説明を行いました。

事業者
所在地　茨城県稲敷市幸田1252
名称　社会福祉法人　盡誠会
理事長　宮　本　二　郎　　印

説明者　所属　指定通所介護事業所　水郷荘
氏名　　印

私は、本書面により、事業者から各種サービスについての契約内容及び重要事項の説明を受けました。

契約者　住所　稲敷市

氏名　　印

利用者　住所　稲敷市

氏名　　印