

地域密着型通所介護「伊奈の里」 介護予防通所介護「伊奈の里」

重要事項説明書

< 年 月 日 現在 >

1 指定地域密着型通所介護伊奈の里(以下「事業所」という。)は、介護保険法令に従い、要介護状態にある利用者(以下「利用者」という。)に対し、その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事が出来るよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練をおこなう事により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の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事を目的とします。

2 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 048-723-1122 伊奈の里 サービスカウンター
(午前9:00～午後6:00)

3 デイサービスセンター 伊奈の里の概要

(1) 提供できるサービスの種類 地域密着型通所介護サービス及び付随サービス
介護予防通所介護サービス及び付随サービス

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	デイサービスセンター 伊奈の里
所在地	埼玉県北足立郡伊奈町中央1-9-3
介護保険指定番号	地域密着型通所介護 (埼玉県 1171300062 号) 第一号通所事業 (埼玉県 1171300062 号)
管理者	高澤 語
サービスを提供する 対象地域	伊奈町

(3) 同センターの職員体制

	業務内容	計
管理者	サービス管理全般	1 名
生活相談員	生活上の相談等	1 名以上
栄養士	栄養管理等	1 名以上
機能訓練指導員	リハビリテーション・機能回復訓練等	1 名以上
介護職員	日常介護業務全般	2 名以上
看護職員	医療・健康管理業務全般	1 名以上
事務職員	一般事務・料金請求等	名

(4) 同センターの設備の概要

定員	1 8 名	静養室	1 室
食堂・機能訓練室	各 1 室	相談室	1 室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	送迎車	2 台

(5) サービス時間等

- ・ 営業日（月曜日から土曜日） 午前 9 : 0 0 ～午後 6 : 0 0
- ・ サービス提供時間 午前 9 : 4 5 ～午後 5 : 0 0

＊ 時間延長サービス体制対応可

4 サービス内容

利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、居宅サービス計画に沿って通所介護計画を作成し、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。

5 料金

(1) 利用料金

①地域密着型通所介護利用料 ※通常時間（7～8時間）の場合

	1日あたりのご利用者様負担額		
	1割の方	2割の方	3割の方
要介護1	774円	1,547円	2,320円
要介護2	914円	1,828円	2,742円
要介護3	1,060円	2,120円	3,180円
要介護4	1,204円	2,408円	3,611円
要介護5	1,348円	2,695円	4,043円

②入浴介助加算

1回あたり 1割負担 41円 2割負担 82円 3割負担 123円

③科学的介護推進体制加算

1月あたり 1割負担 41円 2割負担 82円 3割負担 123円

④栄養アセスメント加算

1月あたり 1割負担 51円 2割負担 102円 3割負担 153円

⑤口腔機能向上加算Ⅱ

1回あたり 1割負担 164円 2割負担 328円 3割負担 492円
(1月2回まで)

⑥昼食代及び日用品費等 990円・夕食代 710円（全額自己負担）

⑦その他 上記のほか、おむつ代、レクリエーション費用の一部等は
自己負担となります。

※介護保険報酬（①②③④⑤）には地域区分別（6級地）の単位単価（10.27円）
を乗じています。

※介護職員等处遇改善加算（Ⅱ）の（9.0%）が加算されます。

（端数に多少の誤差が生じる可能性があります。）

(2) 伊奈町通所型サービス（旧 介護予防通所）利用料金

(1ヶ月あたり)	1割の方	2割の方	3割の方
① 事業対象者・要支援1(週1利用)	1,847円	3,693円	5,540円
事業対象者・要支援2(週2利用)	3,719円	7,438円	11,157円
② 科学的介護推進体制加算 1月あたり	41円	82円	123円
③ 栄養アセスメント加算 1月あたり	51円	102円	153円
④ 口腔機能向上加算Ⅱ 1月あたり	164円	328円	492円

(1月1回まで)

※介護保険報酬(①②③④)には地域区分別(6級地)の単位単価(10.27円)を乗じています。

※介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)の(9.0%)が加算されます。

(端数に多少の誤差が生じる可能性があります。)

(3) キャンセル料

利用者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 ご利用日の前日にご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の当日にご連絡いただいた場合	790円

(4) 支払方法

毎月20日までに前月分の請求書を通知させていただき、28日に口座振替(自動引き落とし)させていただきます。

6 サービスの利用方法について

(1) サービスの利用開始

通所介護計画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、事前にその介護支援専門員とご相談ください。

(2) 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

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ください。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態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速やかに連絡いたします。

8 第三者による評価の実施状況

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		

9 事故発生時の対応について

利用者の予期せぬ事故が発生したときは、下記の通り迅速かつ適切な対応により円滑かつ円満な解決に努めます。

- (1) 当該事業所の利用者に対する事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 事故が生じた場合には、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。

10 虐待防止に関する事項

- 1 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。
 - ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底をいたします。
 - ② 虐待防止のための指針の整備を行います。
 - ③ 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
 - ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（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は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

11 身体拘束

- 1 事業所は、利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行います。
- 2 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
 - 一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
 - 二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - 三 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

12 業務継続計画の策定等

- 1 事業所は、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地域密着型通所介護（指定予防通所介護）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図るための計画（以下【業務継続計画】という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- 2 事業所は、従業者に対し、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の実施します。
- 3 事業所は、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。

13 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は、サービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

☆サービス相談窓口☆

電話番号 048-723-1122 伊奈の里 サービスカウンター
(受付時間 午前9:00～午後6:00)

苦情相談解決 第三者委員 爪木澤和弥 (0480-22-5824)
近藤博昭 (048-772-1073)

なお、お住まいの市町村または埼玉県国民健康保険団体連合会でも
受け付けております。

伊奈町役場 いきいき長寿課

電話番号 048-721-2111 (代表)

埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 相談窓口

電話番号 048-824-2568 (直通)

* 実施地域保険者 伊奈町

* 保険者電話番号 (048 - 723 - 1122)

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 社会福祉法人 大樹会
理事長 井上 直樹 印

所在地 埼玉県北足立郡伊奈町中央 1 - 9 3

事業所名 デイサービスセンター 伊奈の里

説明者 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者
住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者
住 所 _____

氏 名 _____ 印