

通所介護重要事項説明書

<R4年10月1日>

1 当センターが提供するサービスについての窓口

電話 049-261-0700 (9時~18時)

窓口 稲荷山 渉

※ ご不明な点は、何でもおたずね下さい。

2 マザーアースデイサービスの概要

(1) 提供できるサービスの種類

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	マザーアースデイサービス
所在地	埼玉県ふじみ野市大井 621-1
介護保険指定番号	通所介護 (埼玉県 1172400358 号)
サービスを提供する対象地域	ふじみ野市 三芳町 富士見市

上記地域でも送迎サービスが提供出来ない場合があります。

(3) 同センターの職員体制

※ () 内は男性再掲

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名 ()		サービス管理全般	1名 ()
生活相談員	1名 ()	名 ()	生活上の相談等	1名 ()
機能訓練指導員	名 ()	1名 ()	リハビリテーション ・機能回復訓練等	1名
事務職員	1名 ()	名 ()	一般事務・料金請求等	1名 ()
看護介護職員	看護師	名 ()	医療、健康管理業務等	名 ()
	准看護師	名 ()		1名 ()
	介護福祉士	2名 ()	日常介護業務	4名 ()
	1~2級修了者	名 ()		3名 ()
	初任者研修終了者	1名 (1)		名 ()
音楽療法士	1名 ()	名 ()	1名 ()	

(4) サービス時間

月~金	9時~18時
土・日 12/30~1/3	休日

緊急連絡先 049-261-0700

3 サービス内容

通所介護計画に沿って、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。具体的な内容は パンフレット をご覧下さい。

4 サービスの利用法

(1) サービスの利用の開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当施設職員がお伺いいたします。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下さい。

(2) サービス利用契約の終了

①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。

②当施設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30日前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合……入所日の翌日
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合……非該当となった日
- ・利用者がお亡くなりになった場合……死亡日の翌日

④その他

- ・当施設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、利用者御家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、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いを30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15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、利用者が入院または病気等により3ヶ月以上にわたり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、または利用者や御家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがた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ことがあります。

5 デイサービス利用料

区 分	単位数	1日あたりの利用料金
要介護1	581	607円
要介護2	686	716円
要介護3	792	827円
要介護4	897	937円
要介護5	1003	1,048円
入浴費	40	41円
※昼食代	—	810円(おやつ代50円)

特別料

	一月あたりの自己負担額
※教養娯楽費	250円
※ちぎり絵参加費	100円
※美容代	2,000/回
※行事食費	380円

※は保険適用外にて、全額自己負担です。

・利用料金引き落としの際、手数料（165円/回）をご負担いただきます。

・サービス提供体制加算

（Ⅰ） 22単位/日 ⇒ 一日あたりの自己負担 23円

（Ⅱ） 18単位/日 ⇒ 一日あたりの自己負担 19円

（Ⅲ） 6単位/日 ⇒ 一日あたりの自己負担 6円

職員体制により（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のどちらかの項目にて加算されます。

職員体制の変動により加算項目が変わりますので、変更時にご連絡いたします。

・介護職員処遇改善加算Ⅰ

職員の資質向上への取り組み、雇用管理の改善、労働環境の改善への取り組みを行う事業所を対象としています。

当該月のデイサービスに係った総単位数に5.9%を乗じた単位数を加算として算定します。

・特定処遇改善加算Ⅱ

当該月のデイサービスに係った総単位数に1.0%を乗じた単位数を加算として算定します。

・介護職員等ベースアップ等支援加算

当該月のデイサービスに係った総単位数に1.1%を乗じた単位数を加算として算定します。

・口腔機能向上加算

口腔機能向上サービスの実施にあたり加算されます。

150単位/回（月2回限度） 157円/回

・その他 おむつ代、レクリエーション、趣味活動（高額となるもの）に係る費用等は自己負担となります。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

・利用料金は地域加算の10.45を乗じた金額です。

※平成30年8月より、2割負担の方で一定以上の所得がある方は、3割負担となります。ご確認宜しくお願い致します。

○ キャンセル規定

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 17時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の当日 8時までにご連絡いただいた場合	デイサービス利用料の0%
③ ご利用日の当日 8時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の0%

○ 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

6 当施設のサービスの特徴等

別添の資料をご覧ください。

7 緊急時の対応方法

事業者は、現に通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取るとともに、家族または緊急連絡先に連絡する等必要な措置を講じます。

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
緊急連絡先②	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医	
病院または診療所	
医師名	
住所	
電話番号	

サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り返ることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承下さい。

8 利用者およびご家族の情報利用に関する同意

- ① 利用者の身体的・精神的状態や家族状況を、介護サービス計画作成時に利用すること

- ② 各提供サービス事業者と利用者の情報を共有すること
- ③ サービスを利用するにあたり、各事業者が必要とする書類
(介護サービス計画、提供票・別表、被介護保険者証、各種依頼表)を
ファックスで送付すること

9 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は、他人の生命・身体に対して危険が及びことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていく為の取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10 秘密の保持

- (1) 事業者及びサービス従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者及び家族の個人情報を用いません。

11 サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	無
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	