

# 地域密着型通所介護事業

## 重要事項説明書

有限会社 富喜

デイサービスセンターありがとう おとかん  
音館

〒759-2212

山口県美祢市大嶺町東分 1003-1

TEL・FAX (0837) 53-0551

# 地域密着型通所介護事業

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている地域密着型通所介護サービスについて、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。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

## 1. 事業の目的と運営方針

- 1、指定地域密着型通所介護の適正な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要介護状態にある方に対し、要介護状態の維持・改善を図るため、適正な指定地域密着型通所介護を提供することを目的とします。
- 2、介護保険法の趣旨に従って利用者の意思・人格を尊重し、居宅において自立した日常生活を営む事ができる様、さらに利用者の社会的孤立感の解消・心身機能の維持、家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、必要な日常生活上の世話や機能訓練等、その他必要な援助を行います。
- 3、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービス、地域住民と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 2. 事業者の概要

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| (1) 法人名      | 有限会社 富 喜          |
| (2) 代表者氏名    | 小 田 茂             |
| (3) 法人所在地    | 山口県美祢市大嶺町東分1215-1 |
| (4) 電話・FAX番号 | (0837) 52-5370    |
| (5) 設立年月     | 平成17年2月           |

## 3. 事業所の概要

|           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| 事業所の名称    | デイサービスセンターありがとう 音館             |
| 事業所の管理者   | 中 村 理 恵                        |
| 開設年月日     | 平成24年12月1日                     |
| 介護保険事業所番号 | 3571300403                     |
| 事業所の種類    | 「地域密着型通所介護」                    |
| 事業所の所在地   | 〒759-2212<br>山口県美祢市大嶺町東分1003-1 |

|              |                                                                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 電話・FAX番号     | 0837-53-0551                                                                                                          |
| 損害賠償責任保険の加入先 | あいおいニッセイ同和損害保険 株式会社                                                                                                   |
| 主な施設の概要      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食堂及び機能訓練室が兼務</li> <li>・ 静養室・相談室・事務室の設備</li> <li>・ 浴室には特殊シャワー付浴槽設置</li> </ul> |

#### 4. 利用施設であわせて実施する事業

|           |                     |
|-----------|---------------------|
| 事業の種類     | 第1号通所事業（通所介護相当サービス） |
| 市長の指定     | 美祢市                 |
| 介護保険事業所番号 | 3571300403          |

#### 5. 事業実施地域、営業時間、定員等

|           |                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|
| 営業日       | 月曜日～土曜日<br>ただし、12月31日から1月3日までは除きます。                                   |
| 定休日       | 日曜日                                                                   |
| 営業時間      | 8時00分～17時00分<br>（台風や積雪などの天候不良により送迎等の安全を確保できないと判断した場合は、営業を中止する場合があります） |
| サービス提供時間  | 9時20分～16時30分                                                          |
| 通常の事業実施地域 | 美祢市                                                                   |
| 利用定員      | 利用定員 10名 地域密着型通所介護事業、第1号通所事業（通所介護相当サービス）と合わせて                         |

#### 6. 事業所の職員体制（兼任を含む）

|         |       |
|---------|-------|
| 事業所の管理者 | 中村 理恵 |
|---------|-------|

| 職 種   | 職 務 内 容      | 人 員 数            |                         |
|-------|--------------|------------------|-------------------------|
|       |              | 常 勤              | 非常勤                     |
| 管理者   | 通所介護業務の統括・調整 | 1名<br>（生活相談員と兼務） | 0名                      |
| 生活相談員 | 相談業務         | 1名<br>（管理者と兼務）   | 1名<br>（介護職員、機能訓練指導員と兼務） |

|         |          |    |                          |
|---------|----------|----|--------------------------|
| 介護職員    | 介護業務     | 1名 | 1名<br>(生活相談員、機能訓練指導員と兼務) |
| 機能訓練指導員 | 機能訓練指導業務 | 0名 | 1名(生活相談員、介護職員と兼務)        |

## 7. 提供するサービスの内容と料金および利用料について

### (1) 提供するサービスの内容について

| サービスの種類      | サービス内容                    |
|--------------|---------------------------|
| 身体介護         | 排泄の介助、移動・移乗の介助、服薬の介助 養護 等 |
| 給食サービス       | 配膳下膳の介助、食事摂取の介助 等         |
| 入浴サービス       | 衣類着脱の介護、身体の清拭、整髪、洗身 等     |
| 健康チェック       | バイタル等による健康状態の把握 等         |
| アクティビティ・サービス | レクリエーション、音楽活動、制作活動、体操 等   |
| 生活指導（相談援助等）  | 介護等についての相談、助言等            |
| 機能訓練         | 脳トレーニング、リハビリ体操、口腔体操、等     |
| 送迎サービス       | ご自宅への送迎車等による送迎            |

### (2) サービス利用料金・その他のサービス利用料金

利用料金については【重要事項説明書・別紙①】料金規程をご覧ください。

## 8. 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

### ①利用料、その他の費用の請求

- 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
- 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月の10日を目処に利用者宛にお届けします。

### ②利用料、その他の費用の支払い

- サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の25日までに、下記のいずれかの方法によりお支払ください。なお、銀行振込手数料は利用者様負担にてお願いいたします。

(ア) 事業者指定口座への振込

(イ) 利用者指定口座からの自動振替（リコーリース20日）

(ウ) 現金支払い

- お支払を確認しましたら、必ず領収書をお渡しいたしますので、必ず保管をお願い致します。（再発行はいたしません）

- ＊ 利用料、その他の費用の支払について、支払いの期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

③利用の中止、変更、追加

|                       |                                                                                                                                                                                                                |  |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 利用の中止、変更、追加について       | <p>利用予定日の前に、利用者の都合により、利用を中止、変更、追加することができます。この場合にはサービス実施日の前日までに事業者申し出て下さい。</p> <p>利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良や病変、急な入院等、正当な事由がある場合は、キャンセル料は請求いたしません。</p> |  |
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無 料                                                                                                                                                                                                            |  |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日利用料金の 50%<br>(自己負担相当額)                                                                                                                                                                                       |  |

9. サービス提供記録について

|                  |                                                                                                                         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供に関する記録について | <p>サービス提供に関する記録は、サービスを提供した日から5年間保管します。また利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。</p> <p>複写の交付については、実費をご負担いただきます。</p> <p>1枚につき 100円</p> |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

当事業所の職員は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するよう、また職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。個人情報の利用目的は別紙「個人情報使用同意書」のとおりです。

11. 非常災害時の対策 <防火責任者 中村 理恵>

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火器・消防等についての責任者を定め、年2回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

|            |                                    |
|------------|------------------------------------|
| 非常災害時の対応方法 | デイサービスセンターありがとう音館の消防計画に基づき対応を行います。 |
| 平常時の訓練等    | 年2回以上避難訓練を実施します。                   |

|                    |            |
|--------------------|------------|
| 防犯防火設備<br>避難設備等の概要 | 消火器を設置します。 |
|--------------------|------------|

## 1 2. 事故発生時及び緊急時の対応方法

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 事故発生時の対応方法<br>及び賠償責任   | <p>当事業所が利用者に対して行う地域密着型通所介護の提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</p> <p>また、当事業所が利用者に対して行った地域密着型通所介護、第1号通所事業（通所介護相当サービス）の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、当事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。</p> <p>事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。</p> |  |
| 利用者の病状の急変等<br>緊急時の対応方法 | <p>地域密着型通所介護の提供中に、利用者の体調悪化時や病状の急変等の緊急時には、利用者の主治医又は協力医療機関へ連絡し、必要な措置を速やかに講じます。</p> <p>また、緊急連絡先のご家族等にご記入いただいた連絡先に速やかに連絡させていただきます。</p> <p>病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することもあります。</p>                                                                                                                                                           |  |
| 主治医                    | 利用者の主治医                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                        | 所属医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                        | 所在地 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 家族等                    | 緊急連絡先のご家族等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                        | 住所 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

## 1 3. 協力医療機関

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・名称 原田外科医院【院長 原田 菊夫】
- ・住所 美祢市大嶺町東分 322-1
- ・電話 0837-52-0756

## 14. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

本契約を結びサービス提供を開始します。

### (2) サービスの終了

#### ①ご利用者様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ください。

#### 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します）

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当又は要支援及び事業対象者と認定された場合
- ・ご利用者様が亡くなられた場合

#### ④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービス提供をしない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様や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、又は当事業所が破産した場合、ご利用者様は文書で解約を通知することによって直ちに契約を解約することができます。
- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、又はご利用者様やご家族の方などが、当事業所や当事業所の職員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、当事業所より文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更又は、中止することがあります。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止する事があります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

## 15. 利用にあたっての留意事項

|           |                                                                                                   |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者証の提示  | サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。                                                                    |
| サービス提供中   | 気分が悪くなったときは、速やかに申し出てください。                                                                         |
| 食 事       | 食事サービスの利用は任意です。<br>お弁当をご持参いただくことも可能です。その場合は、あらかじめ事業所に申し出てください。                                    |
| 入 浴       | 希望者のみ。                                                                                            |
| 送 迎       | 重要事項説明書 別紙② をご覧ください。                                                                              |
| 設備、備品の使用  | 事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。<br>本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。                        |
| 迷惑行為等     | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。                                                                         |
| 飲酒、喫煙     | 飲酒はご遠慮ください。<br>事業所内は禁煙です。ご協力ください。                                                                 |
| 所持品の持ち込み  | 高価な貴重品や千円以上のお金はこちらで管理できません。<br>飴や餅等の持ち込みもご遠慮ください。                                                 |
| 動物の持ち込み   | ペットの持ち込みはお断りいたします。                                                                                |
| 宗教活動、政治活動 | 事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                                 |
| 謝礼、贈り物    | 当事業所では、ご利用いただく皆様方に余分な負担をおかけしないという趣旨から、謝礼、贈り物等につきましては堅くお断りします。<br>何卒ご理解いただきましてご協力いただきますようお願いいたします。 |
| 利用時の危険性   | 重要事項説明書 別紙③ をご覧ください。                                                                              |
| その他       | サービスの提供を受けるにあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡して下さるようお願いいたします。                                |



## 16. サービス提供に関する苦情・相談体制

### (1) 苦情処理の体制及び手順

提供した地域密着型通所介護に係わる利用者及びその家族からの苦情を受け付ける窓口を設置します。

また対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

### (2) 苦情相談窓口

|                           |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所苦情相談窓口                 | <p>苦情・相談受付窓口及び解決責任者<br/>           管理者（生活相談員） 中村 理恵<br/>           連絡先／美祢市大嶺町東分1003-1<br/>           TEL・FAX／0837-53-0551<br/>           受付時間 月曜～土曜日 8:00～17:00<br/>           但し12月31日・1月1日～1月3日除く<br/>           ※苦情受付箱を事業所玄関に設置しています。</p> |
| 市町村の窓口                    | <p>美祢市大嶺町東分326-1 美祢市市民福祉部市民課<br/>           介護保険班<br/>           TEL／0837-52-5229<br/>           受付時間 8:30～17:15（土日祝、12/28～1/3 休み）</p>                                                                                                       |
| 山口県国民健康保険団体<br>連合会 苦情相談窓口 | <p>山口市朝田1980-7 国保会館1階<br/>           TEL／083-995-1010 FAX／083-934-3665<br/>           受付時間 8:30～17:15（土日祝、12/28～1/3 休み）</p>                                                                                                                  |
| 福祉サービス<br>運営適正化 委員会       | <p>山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館1階<br/>           TEL／083-924-2837 FAX／083-924-2793<br/>           受付時間 8:30～17:15（土日祝、12/28～1/3 休み）</p>                                                                                                               |
| 事業所外苦情相談窓口                | <p>※苦情処理第三者委員<br/>           氏名／杉山 敏子 住所／美祢市大嶺町東分3431-5<br/>           電話／0837-52-0228<br/>           公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける<br/>           委員です。</p>                                                                                   |

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|                 |          |
|-----------------|----------|
| 利用者の意見等を把握する取組み | 有り（意見箱等） |
| 実施の有無           | 無し       |
| 実施した直近の年月日      | 無し       |
| 実施した評価機関の名称     | 無し       |
| 評価結果の開示状況       | 無し       |

18. 衛生管理

|            |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 衛生管理について   | 事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。職員の健康管理を徹底し、職員の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、職員に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。利用者にも手洗い、うがいを励行させていただきます。また食中毒や感染症の発生を防止する為の措置等につきましては、必要に応じて当該デイサービス管轄の保健所の助言及び指導を求めると共に、常に密接な連携に努めます。 |
| 感染症対策マニュアル | 〇-157、ノロウィルス、インフルエンザ等の感染症対策マニュアルを整備し、職員に周知徹底しています。また、従業者への衛生管理に関する研修を行っています。                                                                                                                                                                           |

19. 身体拘束について

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体拘束の原則禁止 | <p>事業者は原則として、利用者に対して身体拘束は行いません。ただし、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ等、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得た上で、次に掲げる事に留意して必要最小限の範囲内で行う事があります。その場合は、その態様及び日時・時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。</p> <p>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・身体に危険が及ぶ事が考えられる場合に限ります。</p> |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>②非代替性 身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事を防止する事ができない場合に限りです。</p> <p>③一時性 利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 20. 高齢者虐待防止について

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>高齢者虐待防止等のための取り組み</p> | <p>事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <p>① 虐待防止に関する責任者を選定しています。<br/>虐待防止に関する責任者 （管理者）中村 理恵</p> <p>② 成年後見制度の利用を支援します。</p> <p>③ 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。</p> <p>④ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。</p> <p>⑤ 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の人権擁護に取り組める環境の整備に努めます。</p> <p>⑥ サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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します。</p> |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 21. 地域との連携について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、概ね6月に1回以上運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望や助言等を聴く機会を設けます。
- (3) 指定地域密着型通所介護事業者は、前項の報告、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

## 22. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日                      令和                      年                      月                      日

当事業者は、\_\_\_\_\_様に対する  
地域密着型通所介護のサービス提供にあたり、本書面（重要事項説明書、別紙①・別紙  
②・別紙③）及び契約書に基づいて、重要な事項を説明しました。

【事業者】

|         |      |                      |   |
|---------|------|----------------------|---|
| 事業<br>者 | 所在地  | 山口県美祢市大嶺町東分1215-1    |   |
|         | 法人名  | 有限会社 富 壽             |   |
|         | 代表者名 | 小 田 茂                | ㊞ |
|         | 事業所名 | デイサービスセンター ありがとう 音 館 |   |
|         | 管理者  | 中 村 理 恵              | ㊞ |

私は、本書面（重要事項説明書、別紙①・別紙②・別紙③）及び契約書により、地域密着型通所介護について重要事項の説明を受け、各事項に同意し本書面を受領しました。

|     |     |   |
|-----|-----|---|
| 利用者 | 住 所 |   |
|     | 氏 名 | ⑨ |

上記署名は、(続柄 )が代行しました。

|              |     |   |
|--------------|-----|---|
| 利用者<br>家族代表者 | 住 所 |   |
|              | 氏 名 | ⑨ |

## 【重要事項説明書 別紙①】 音館

### ※保険給付サービス利用料金（令和6年6月1日改定）

|                 |                                                                                                                                                  |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 厚生労働大臣の定める基準による | 利用料は以下の通りです。すべて一日当たりの金額を記載しています。<br>利用料は介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割の額となります。但し一定以上の所得者は2割又は3割となります。尚、負担割合は、お手持ちの介護保険負担割合証に記載されています。 |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 地域密着型通所介護費（7時間以上8時間未満の場合。1日につき）

| 要介護度    | 要介護1    | 要介護2    | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5     | 備考                                         |
|---------|---------|---------|----------|----------|----------|--------------------------------------------|
| 単位数     | 753 単位  | 890 単位  | 1,032 単位 | 1,172 単位 | 1,312 単位 | あなたの希望<br>時間と要介護<br>度区分によっ<br>て算定されま<br>す。 |
| 基本料金    | 7,530 円 | 8,900 円 | 10,320 円 | 11,720 円 | 13,120 円 |                                            |
| 利用者負担1割 | 753 円   | 890 円   | 1,032 円  | 1,172 円  | 1,312 円  |                                            |
| 利用者負担2割 | 1,506 円 | 1,780 円 | 2,064 円  | 2,344 円  | 2,624 円  |                                            |

### 地域密着型通所介護費（5時間以上6時間未満の場合。1日につき）

| 要介護度    | 要介護1    | 要介護2    | 要介護3    | 要介護4     | 要介護5     | 備考                                         |
|---------|---------|---------|---------|----------|----------|--------------------------------------------|
| 単位数     | 657 単位  | 776 単位  | 896 単位  | 1,013 単位 | 1,134 単位 | あなたの希望<br>時間と要介護<br>度区分によっ<br>て算定されま<br>す。 |
| 基本料金    | 6,570 円 | 7,760 円 | 8,960 円 | 10,130 円 | 11,340 円 |                                            |
| 利用者負担1割 | 657 円   | 776 円   | 896 円   | 1,013 円  | 1,134 円  |                                            |
| 利用者負担2割 | 1,314 円 | 1,552 円 | 1,792 円 | 2,026 円  | 2,268 円  |                                            |

### ※上記以外の加算対象サービス（以下のサービスは介護報酬の加算対象となっています。）

| 介護度     | サービス提供<br>体制強化加算<br>(Ⅲ)<br>(1回につき)       | 入浴介助<br>加算(Ⅰ)<br>(1日につき) | 若年性認知症<br>利用者受入加算<br>(1日につき) | 送迎を行わない<br>場合<br>(片道) | 介護職員<br>処遇改善加算Ⅴ(14)<br>(1月につき)              | 備考                                              |
|---------|------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 単位数     | 6 単位                                     | 40 単位                    | 60 単位                        | ▲47 単位                | 個別に算定した<br>単位数の 1000 分<br>の 33 に相当する<br>単位数 | ※ 入浴介<br>助加算(Ⅰ)<br>は希望され<br>た場合のみ<br>算定しま<br>す。 |
| 基本料金    | 60 円                                     | 400 円                    | 600 円                        | ▲470 円                |                                             |                                                 |
| 利用者負担1割 | 6 円                                      | 40 円                     | 60 円                         | ▲47 円                 |                                             |                                                 |
| 利用者負担2割 | 12 円                                     | 80 円                     | 120 円                        | ▲94 円                 |                                             |                                                 |
| 入浴介助    | 利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。 |                          |                              |                       |                                             |                                                 |

### ※介護保険給付外サービス

|                |                                           |
|----------------|-------------------------------------------|
| 食事の提供に要する費用    | 1食 600円（食材料費+調理費+おやつ代）                    |
| おむつ代           | 実費                                        |
| レクリエーション、クラブ活動 | 行事によっては別途参加料がかかるものもあります。又、材料費等の実費をいただきます。 |
| 日用品等           | 実費（個人的に日用品を提供した場合のみ 例：歯ブラシ）               |

# 第 1 号通所事業 (通所介護相当サービス)

## 重要事項説明書

有限会社 富喜

デイサービスセンターありがとう音館<sup>おとかん</sup>

〒759-2212

山口県美祢市大嶺町東分 1003-1

TEL・FAX (0837) 53-0551

## 第 1 号通所事業（通所介護相当サービス）

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている第 1 号通所事業（通所介護相当サービス）（以下「第 1 号通所事業（通所介護相当）」といいます。）について、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をして下さい。

### 1. 事業の目的と運営方針

- 1、第 1 号通所事業（通所介護相当）の適正な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要支援状態及び事業対象者にある方に対し、要支援状態の維持・改善を図るため、適正な第 1 号通所事業（通所介護相当）を提供することを目的とします。
- 2、介護保険法の趣旨に従って利用者の意思・人格を尊重し、居宅において自立した日常生活を営む事ができる様、介護・支援計画に基づき必要な日常生活上の支援・機能訓練等を行い、心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持向上を目指します。
- 3、関係市町村、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### 2. 事業者の概要

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| （1）法人名      | 有限会社 富 喜              |
| （2）代表者氏名    | 小 田 茂                 |
| （3）法人所在地    | 山口県美祢市大嶺町東分 1 2 1 5－1 |
| （4）電話・FAX番号 | （0837）52－5370         |
| （5）設立年月     | 平成 17 年 2 月           |

### 3. 事業所の概要

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| 事業所の名称    | デイサービスセンターありがとう 音館 |
| 事業所の管理者   | 中村 理恵              |
| 開設年月日     | 平成 24 年 12 月 1 日   |
| 介護保険事業所番号 | 3571300403         |

|              |                                                                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所の種類       | 第1号通所事業（通所介護相当）                                                                                                       |
| 事業所の所在地      | 〒759-2212<br>山口県美祢市大嶺町東分 1003-1                                                                                       |
| 電話・FAX番号     | 0837-53-0551                                                                                                          |
| 損害賠償責任保険の加入先 | あいおいニッセイ同和損害保険 株式会社                                                                                                   |
| 主な施設の概要      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食堂及び機能訓練室が兼務</li> <li>・ 静養室・相談室・事務室の設備</li> <li>・ 浴室には特殊シャワー付浴槽設置</li> </ul> |

#### 4. 利用施設であわせて実施する事業

|           |             |
|-----------|-------------|
| 事業の種類     | 地域密着型通所介護事業 |
| 市長の指定     | 美祢市         |
| 介護保険事業所番号 | 3571300403  |

#### 5. 事業実施地域、営業時間、定員等

|           |                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|
| 営業日       | 月曜日～土曜日<br>ただし、12月31日から1月3日までは除きます。                                   |
| 定休日       | 日曜日                                                                   |
| 営業時間      | 8時00分～17時00分<br>（台風や積雪などの天候不良により送迎等の安全を確保できないと判断した場合は、営業を中止する場合があります） |
| サービス提供時間  | 9時20分～16時30分                                                          |
| 通常の事業実施地域 | 美祢市                                                                   |
| 定員        | 利用定員 10名 地域密着型介護事業、第1号通所事業（通所介護相当）と合わせて                               |



6. 事業所の職員体制（兼任を含む）

|         |       |
|---------|-------|
| 事業所の管理者 | 中村 理恵 |
|---------|-------|

| 職 種     | 職 務 内 容          | 人 員 数             |                           |
|---------|------------------|-------------------|---------------------------|
|         |                  | 常 勤               | 非常勤                       |
| 管理者     | 通所介護業務の<br>統括・調整 | 1 名<br>(生活相談員と兼務) | 0 名                       |
| 生活相談員   | 相談業務             | 1 名 (管理者と兼務)      | 1 名<br>(介護職員、機能訓練指導員と兼務)  |
| 介護職員    | 介護業務             | 1 名               | 1 名<br>(生活相談員、機能訓練指導員と兼務) |
| 機能訓練指導員 | 機能訓練指導業務         | 0 名               | 1 名 (生活相談員、介護職員と兼務)       |

7. 提供するサービスの内容と料金および利用料について

(1) 提供するサービスの内容について

| サービスの種類      | サービス内容                    |
|--------------|---------------------------|
| 身体介護         | 排泄の介助、移動・移乗の介助、服薬の介助 養護 等 |
| 給食サービス       | 配膳下膳の介助、食事摂取の介助 等         |
| 入浴サービス       | 衣類着脱の介護、身体の清拭、整髪、洗身 等     |
| 健康チェック       | バイタル等による健康状態の把握 等         |
| アクティビティ・サービス | レクリエーション、音楽活動、制作活動、体操 等   |
| 生活指導（相談援助等）  | 介護等についての相談、助言等            |
| 機能訓練         | 脳トレーニング、リハビリ体操、口腔体操、等     |
| 送迎サービス       | ご自宅への送迎車等による送迎            |

(2) サービス利用料金・その他のサービス利用料金

利用料金については【重要事項説明書・別紙①】料金規程をご覧ください。

8. 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

①利用料、その他の費用の請求

- 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
- 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月の10日を目処に利用者宛にお届けします。

## ②利用料、その他の費用の支払い

○ サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の25日までに、下記のいずれかの方法によりお支払ください。なお、銀行振込手数料は利用者様負担にてお願いいたします。

(ア) 事業者指定口座への振込

(イ) 利用者指定口座からの自動振替（リコーリース20日）

(ウ) 現金支払い

○ お支払を確認しましたら、必ず領収書をお渡しいたしますので、必ず保管をお願い致します。（再発行はいたしません）

＊ 利用料、その他の費用の支払について、支払いの期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いただくことになります。

## ③利用について

|                 |                                                                          |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 利用の中止、変更、追加について | 利用予定日の前に、利用者の都合により、利用を中止、変更、追加することができます。この場合にはサービス実施日の前日までに事業者に申し出てください。 |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|

## 9. サービス提供記録について

|                  |                                                                                               |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供に関する記録について | サービス提供に関する記録は、会計年度の終了後5年間保管します。また利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。複写の交付については、実費をご負担いただきます。 1枚につき 100円 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

## 10. 秘密の保持と個人情報の保護について

当事業所の職員は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するよう、また職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。個人情報の利用目的は別紙「個人情報使用同意書」のとおりです。

## 11. 非常災害時の対策 <防火責任者 中村 理恵>

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火器・消防等についての責任者を定め、年2回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

|            |                                    |
|------------|------------------------------------|
| 非常災害時の対応方法 | デイサービスセンターありがとう音館の消防計画に基づき対応を行います。 |
|------------|------------------------------------|

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 平常時の訓練等            | 年 2 回以上避難訓練を実施します。 |
| 防犯防火設備<br>避難設備等の概要 | 消火器を設置します。         |

## 1 2. 事故発生時及び緊急時の対応方法

|                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の<br>対応方法及び賠償責任    |            | 当事業所が利用者に対して行う第 1 号通所事業（通所介護相当）の提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った地域密着型通所介護、第 1 号通所事業（通所介護相当）の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、当事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。 |
| 利用者の病状の急変等の<br>緊急時の対応方法 |            | 第 1 号通所事業（通所介護相当）の提供中に、利用者の体調悪化時や病状の急変等の緊急時には、利用者の主治医又は協力医療機関へ連絡し、必要な措置を速やかに講じます。また、緊急連絡先のご家族等にご記入いただいた連絡先に速やかに連絡させていただきます。病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することもあります。                                                                                                                                                         |
| 主治医                     | 利用者の主治医    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                         | 所属医療機関名    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                         | 所在地 電話番号   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 家族等                     | 緊急連絡先のご家族等 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                         | 住所 電話番号    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

### 1 3. 協力医療機関

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 名称 原田外科医院【院長 原田 菊夫】
- ・ 住所 美祢市大嶺町東分 322-1
- ・ 電話 0837-52-0756

### 1 4. サービスの利用方法

#### (1) サービスの利用開始

本契約を結びサービス提供を開始します。

#### (2) サービスの終了

##### ①ご利用者様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ください。

##### 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します）

- ・ ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当又は要介護と認定された場合
- ・ ご利用者様がなくなられた場合

##### ④その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービス提供をしない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様や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、または当事業所が破産した場合、ご利用者様は文書で解約を通知することによって直ちに契約を解約することができます。
- ・ ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう督促したにもかかわらず 14 日以内に支払わない場合、又はご利用者様やご家族の方などが、当事業所や当事業所の職員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、当事業所より文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更又は、中止する事があります。

- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止する事があります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

#### 15. 利用にあたっての留意事項

|           |                                                                                               |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者証の提示  | サービス利用の際には、介護保険被保険者証、または事業対象者と確認できる物を提示してください。                                                |
| サービス提供中   | 気分が悪くなったときは、速やかに申し出てください。                                                                     |
| 食 事       | 食事サービスの利用は任意です。<br>お弁当をご持参いただくことも可能です。その場合は、あらかじめ事業所に申し出てください。                                |
| 入 浴       | 希望者のみ。                                                                                        |
| 送 迎       | 重要事項説明書別紙②をご覧ください。                                                                            |
| 設備、備品の使用  | 事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。<br>本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。                    |
| 迷 惑 行 為 等 | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。                                                                     |
| 飲 酒、喫 煙   | 飲酒はご遠慮ください。事業所内は禁煙です。ご協力ください。                                                                 |
| 所持品の持ち込み  | 高価な貴重品や千円以上のお金はこちらで管理できません。<br>飴や餅等の持ち込みもご遠慮ください。                                             |
| 動物の持ち込み   | ペットの持ち込みはお断りいたします。                                                                            |
| 宗教活動、政治活動 | 事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                             |
| 謝 礼、贈り物   | 当事業所では、ご利用いただく皆様方に余分な負担をおかけしないという趣旨から、謝礼、贈り物等につきましては堅くお断りします。何卒ご理解いただきましてご協力いただきますようお願いいたします。 |
| 利用時の危険性   | 重要事項説明書別紙③をご覧ください                                                                             |
| そ の 他     | サービスの提供を受けるにあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡して下さるようお願いいたします。                            |

## 16. サービス提供に関する苦情・相談体制

### (1) 苦情処理の体制及び手順

提供した第1号通所事業（通所介護相当）に係わる利用者及びその家族からの苦情を受け付ける窓口を設置します。

また対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

### (2) 苦情相談窓口

|                           |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所苦情相談窓口                 | <p>苦情・相談受付窓口及び解決責任者<br/>           管理者（生活相談員） 中村 理恵<br/>           連絡先／美祢市大嶺町東分1003-1<br/>           TEL・FAX／0837-53-0551<br/>           受付時間 月曜～土曜日 8:00～17:00<br/>           但し12月31日・1月1日～1月3日除く<br/>           ※苦情受付箱を事業所玄関に設置しています。</p> |
| 市町村の窓口                    | <p>美祢市大嶺町東分326-1 美祢市市民福祉部市民課<br/>           介護保険班<br/>           TEL／0837-52-5229<br/>           受付時間 8:30～17:15（土日祝、12/28～1/3 休み）</p>                                                                                                       |
| 山口県国民健康保険団体<br>連合会 苦情相談窓口 | <p>山口市朝田1980-7 国保会館1階<br/>           TEL／083-995-1010 FAX／083-934-3665<br/>           受付時間 8:30～17:15（土日祝、12/28～1/3 休み）</p>                                                                                                                  |
| 福祉サービス<br>運営適正化委員会        | <p>山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館1階<br/>           TEL／083-924-2837 FAX／083-924-2793<br/>           受付時間 8:30～17:15（土日祝、12/28～1/3 休み）</p>                                                                                                               |
| 事業所外苦情相談窓口                | <p>※苦情処理第三者委員<br/>           氏名／杉山 敏子 住所／美祢市大嶺町東分3431-15<br/>           電話／0837-52-0228<br/>           〔公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。〕</p>                                                                                                |

## 17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|                 |          |
|-----------------|----------|
| 利用者の意見等を把握する取組み | 有り（意見箱等） |
| 実施の有無           | 無し       |
| 実施した直近の年月日      | 無し       |
| 実施した評価機関の名称     | 無し       |
| 評価結果の開示状況       | 無し       |

## 18. 衛生管理

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 衛生管理について   | <p>事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。職員の健康管理を徹底し、職員の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、職員に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。利用者にも手洗い、うがいを励行させていただきます。</p> <p>また食中毒や感染症の発生を防止する為の措置等につきましては、必要に応じて当該デイサービス管轄の保健所の助言及び指導を求めると共に、常に密接な連携に努めます。</p> |
| 感染症対策マニュアル | <p>O-157、ノロウィルス、インフルエンザ等の感染症対策マニュアルを整備し、職員に周知徹底しています。また、従業者への衛生管理に関する研修を行っています。</p>                                                                                                                                                                                   |

## 19. 身体拘束について

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体拘束の原則禁止 | <p>事業者は原則として、利用者に対して身体拘束は行いません。</p> <p>ただし、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ等、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得た上で、次に掲げる事に留意して必要最小限の範囲内で行う事があります。その場合は、その態様及び日時・時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。</p> <p>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・身体に危険が及ぶ事が考えられる場合に限りします。</p> <p>②非代替性 身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事を防止する事ができない場合に限りします。</p> <p>③一時性 利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。</p> |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 20. 虐待防止について

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 高齢者虐待防止等のための取り組み | <p>事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <p>① 虐待防止に関する責任者を選定しています。<br/>虐待防止に関する責任者（管理者） 中村 理恵</p> <p>② 成年後見制度の利用を支援します。</p> <p>③ 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。</p> <p>④ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。</p> <p>⑤ 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の人権擁護に取り組める環境の整備に努めます。</p> <p>⑥ サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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します。</p> |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 21. 重要事項説明の年月日

|                 |    |   |   |   |
|-----------------|----|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|----|---|---|---|

当事業者は、\_\_\_\_\_様に

対する第1号通所事業（通所介護相当）の提供にあたり、本書面（重要事項説明書、別紙①・別紙②・別紙③）及び契約書に基づいて、重要な事項を説明しました。

### 【事業者】

|     |      |                      |   |  |
|-----|------|----------------------|---|--|
| 事業者 | 所在地  | 山口県美祢市大嶺町東分1215-1    |   |  |
|     | 法人名  | 有限会社 富 壽             |   |  |
|     | 代表者名 | 小 田 茂                | Ⓜ |  |
|     | 事業所名 | デイサービスセンター ありがとう 音 館 |   |  |
|     | 管理者  | 中 村 理 恵              | Ⓜ |  |



私は、本書面（重要事項説明書、別紙①・別紙②・別紙③）及び契約書により、第1号  
通所事業（通所介護相当）について重要事項の説明を受け、各事項に同意し本書面を受領  
しました。

|     |     |   |
|-----|-----|---|
| 利用者 | 住 所 |   |
|     | 氏 名 | Ⓜ |

上記署名は、（続柄）が代行しました。

|              |     |   |
|--------------|-----|---|
| 利用者<br>家族代表者 | 住 所 |   |
|              | 氏 名 | Ⓜ |

## 【重要事項説明書 別紙①】(音館)

### ※第 1 号通所事業(通所介護相当)利用料金(令和 6 年 6 月 1 日改定)

利用料は以下の通りです。利用料は介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、その 1 割の額となります。ただし一定以上の所得者は 2 割又は 3 割となります。

尚、負担割合は、お手持ちの介護保険負担割合証に記載されています。

#### 要支援 1、事業対象者

|               | 1 月につき 4 回迄<br>(1 日当り) | 1 月につき 4 回を超え<br>る場合(1 月定額) | サービス提供<br>体制加算(Ⅲ) | 若年性認知症 利<br>用者受入加算 | 介護職員<br>処遇改善加算Ⅴ(14)                        |
|---------------|------------------------|-----------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------------|
| 単位            | 436 単位                 | 1,798 単位                    | 24 単位             | 240 単位             | 個別に算定した<br>単位数の 1000<br>分の 33 に相当<br>する単位数 |
| 基本料金          | 4360 円                 | 17,980 円                    | 240 円             | 2,400 円            |                                            |
| 利用者<br>負担 1 割 | 436 円                  | 1,798 円                     | 24 円              | 240 円              |                                            |
| 利用者<br>負担 2 割 | 872 円                  | 3,344 円                     | 48 円              | 480 円              |                                            |

#### 要支援 2、事業対象者

|               | 1 月につき 8 回迄<br>(1 日当り) | 1 月につき 8 回を超え<br>る場合(1 月定額) | サービス提供<br>体制加算(Ⅲ) | 若年性認知症 利<br>用者受入加算 | 介護職員<br>処遇改善加算Ⅴ(14)                        |
|---------------|------------------------|-----------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------------|
| 単位            | 447 単位                 | 3,621 単位                    | 48 単位             | 240 単位             | 個別に算定した<br>単位数の 1000<br>分の 33 に相当<br>する単位数 |
| 基本料金          | 4,470 円                | 36,210 円                    | 480 円             | 2,400 円            |                                            |
| 利用者<br>負担 1 割 | 447 円                  | 3,621 円                     | 48 円              | 240 円              |                                            |
| 利用者<br>負担 2 割 | 894 円                  | 7,242 円                     | 96 円              | 480 円              |                                            |

※サービス提供体制加算、若年性認知症利用者受入加算、介護職員処遇改善加算は 1 月当り

#### ※介護保険給付外サービス

|                |                                           |
|----------------|-------------------------------------------|
| 食事の提供に要する費用    | 1 食 600 円 (食材料費+調理費+おやつ代)                 |
| おむつ代           | 実費                                        |
| レクリエーション、クラブ活動 | 行事によっては別途参加料がかかるものもあります。又、材料費等の実費をいただきます。 |
| 日用品等           | 実費 (個人的に日用品を提供した場合のみ 例: 歯ブラシ)             |