

重 要 事 項 説 明 書

(地域密着型通所介護・第1号通所事業)

デイサービス ウェスト・リバー

株式会社 E・T・C・S

デイサービス ウェスト・リバー重要事項説明書

(地域密着型通所介護・第1号通所事業)

当事業所はご契約者に対して地域密着型通所介護・第1号通所事業（以下「通所介護」という。）を提供します。サービス提供開始に当たって、事業所の概要や提供されるサービス内容等、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社E・T・C・S |
| 主たる事務所の所在地 | 〒013-0068 横手市梅の木町5番38号 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 小松利和 |
| 設立年月日 | 平成24年8月1日 |
| 電話番号 | 0182-23-5745 |

2. 事業所の概要

| | | |
|-------------|---------------------------|------------|
| 事業所の名称 | デイサービス ウェスト・リバー | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成31年4月1日指定 | 0590300349 |
| 事業所の所在地 | 〒013-0502 横手市大森町袴形字西神成7-2 | |
| 管理者氏名 | 佐々木和宏 | |
| 電話番号 | 0182-23-7027 | |
| FAX番号 | 0182-23-7028 | |
| 実施単位・利用定員 | 1単位 | 定員18人 |
| 通常の事業の実施地域 | 横手市西部地域 | |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 株式会社E・T・C・Sが開設するデイサービス ウェスト・リバー（以下「事業所」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所毎に置くべき従業者が要介護または要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所介護を提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | 事業所の従業者は、要介護または要支援状態等の心身の特徴を踏まえて、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出来るよう、更に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家族の身体的・精神的負担の軽減を図るた |

| | |
|--|---|
| | <p>めに、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。</p> <p>事業の実施にあたっては、利用者がお住まいの市区町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。</p> |
|--|---|

4. 提供するサービスの内容

| サービス区分と種類 | | サービスの内容 |
|--------------------------|--------------|--|
| 地域密着型通所介護計画・第1号通所事業計画の作成 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた地域密着型通所介護計画または第1号通所事業計画（以下「計画」といいます。）を作成します。 ・計画の作成にあたっては、その内容についてご利用者又はご家族に対して説明し、ご利用者の同意を得ます。 ・計画の内容について、ご利用者の同意を得たときは、計画書をご利用者に交付します。 ・それぞれのご利用者について、計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 |
| 居宅への送迎 | | 事業者が保有する自動車により、ご利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。 |
| 日常生活上の世話 | 食事の提供及び介助 | 食事の提供及び介助が必要なご利用者に対して、介助を行います。また、嚥下が困難な方にも状態に応じた食事の提供を行います。 |
| | 入浴の提供及び介助 | 入浴の提供及び介助が必要なご利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 |
| | 排泄介助 | 介助が必要なご利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。 |
| | 更衣介助 | 介助が必要なご利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。 |
| | 移動・移乗介助 | 介助が必要なご利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗等の介助を行います。 |
| | 服薬介助 | 介助が必要なご利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 |
| 機能訓練 | 日常生活動作を通じた訓練 | ご利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた機能訓練を行います。 |

| | | |
|-----|----------------|---|
| | レクリエーションを通じた訓練 | ご利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた機能訓練を行います。 |
| | 器具等を使用した訓練 | ご利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した機能訓練を行います。 |
| その他 | 創作活動など | ご利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 |

5. 営業日時

| | |
|----------|---------------------|
| 営業日 | 月曜日・火曜日・木曜日・金曜日・土曜日 |
| 営業時間 | 8：00～18：00まで |
| サービス提供時間 | 9：00～17：00まで |

6. 事業所の職員の職種、職務内容及び体制

| 職 種 | 職務内容 | 人員数 |
|---------|--|--------|
| 管理者 | 従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている通所介護の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。 | 常 勤 1人 |
| 生活相談員 | 事業所に対する通所介護の利用の申し込みに係る調整、ご利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行い、また他の従業者と協力して通所介護計画等の作成等を行います。 | 常 勤 3人 |
| 看護職員 | ご利用者の健康管理及び看護を行うとともに、事業所における衛生管理等の業務を行います。 | 非常勤 1人 |
| 介護職員 | 通所介護計画等に基づき、必要な日常生活の世話、介護及び機能訓練を行います。 | 常 勤 4人 |
| 機能訓練指導員 | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練、訓練指導及び助言を行います。 | 非常勤 1人 |

7. 利用料

ご利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、ご利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 基本サービス分の利用料金

【基本部分：第1号通所事業】

利用者負担の目安

| | 週1回程度の利用計画 | 週2回程度の利用計画 |
|-------|------------------------------|------------------------------|
| 要支援1 | 1回 436円 月5回以上の利用 月額1,798円 | 要相談 |
| 事業対象者 | 1回 436円 月5回以上の利用 月額1,798円 | 1回 447円 月9回以上の利用 月額3,621円 |
| 要支援2 | 1回 447円 月9回以上の利用 月額3,621円 | |

※送迎・入浴費を含む。

※食費・日常生活費は別途必要になります。

※記載額は1割負担の利用料金となります。一定以上の所得者は2割または3割の自己負担となります。

【基本部分：地域密着型通所介護費】

2024年4月1日改正

| 所要時間 (1回あたり) | 利用者の 要介護度 | 地域密着型通所介護費 | | | |
|-----------------|--------------|------------------|--------|--------|--------|
| | | 基本利用料 ※(注1)参照 | 利用者負担金 | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 3時間以上 4時間未満 | 要介護1 | 4,160円 | 416円 | 832円 | 1,248円 |
| | 要介護2 | 4,780円 | 478円 | 956円 | 1,434円 |
| | 要介護3 | 5,400円 | 540円 | 1,080円 | 1,620円 |
| | 要介護4 | 6,000円 | 600円 | 1,200円 | 1,800円 |
| | 要介護5 | 6,630円 | 663円 | 1,326円 | 1,989円 |
| 4時間以上 5時間未満 | 要介護1 | 4,360円 | 436円 | 872円 | 1,308円 |
| | 要介護2 | 5,010円 | 501円 | 1,002円 | 1,503円 |
| | 要介護3 | 5,660円 | 566円 | 1,132円 | 1,698円 |
| | 要介護4 | 6,290円 | 629円 | 1,258円 | 1,887円 |
| | 要介護5 | 6,950円 | 695円 | 1,390円 | 2,085円 |
| 5時間以上 | 要介護1 | 6,570円 | 657円 | 1,314円 | 1,971円 |

| | | | | | |
|------------------|-------|---------|--------|--------|--------|
| 6 時間未満 | 要介護 2 | 7,760円 | 776円 | 1,552円 | 2,328円 |
| | 要介護 3 | 8,960円 | 896円 | 1,792円 | 2,688円 |
| | 要介護 4 | 10,130円 | 1,013円 | 2,026円 | 3,039円 |
| | 要介護 5 | 11,340円 | 1,134円 | 2,268円 | 3,402円 |
| 6 時間以上 7 時間未満 | 要介護 1 | 6,780円 | 678円 | 1,356円 | 2,034円 |
| | 要介護 2 | 8,010円 | 801円 | 1,602円 | 2,403円 |
| | 要介護 3 | 9,250円 | 925円 | 1,850円 | 2,775円 |
| | 要介護 4 | 10,490円 | 1,049円 | 2,098円 | 3,147円 |
| | 要介護 5 | 11,720円 | 1,172円 | 2,344円 | 3,516円 |
| 7 時間以上 8 時間未満 | 要介護 1 | 7,530円 | 753円 | 1,506円 | 2,259円 |
| | 要介護 2 | 8,900円 | 890円 | 1,780円 | 2,670円 |
| | 要介護 3 | 10,320円 | 1,032円 | 2,064円 | 3,096円 |
| | 要介護 4 | 11,720円 | 1,172円 | 2,344円 | 3,516円 |
| | 要介護 5 | 13,120円 | 1,312円 | 2,624円 | 3,936円 |
| 8 時間以上 9 時間未満 | 要介護 1 | 7,830円 | 783円 | 1,566円 | 2,349円 |
| | 要介護 2 | 9,250円 | 925円 | 1,850円 | 2,775円 |
| | 要介護 3 | 10,720円 | 1,072円 | 2,144円 | 3,216円 |
| | 要介護 4 | 12,200円 | 1,220円 | 2,440円 | 3,660円 |
| | 要介護 5 | 13,650円 | 1,365円 | 2,730円 | 4,095円 |

(注) 上記の基本利用料は、利用 1 回当たりの料金です。厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改正された場合は、基本利用料も自動的に変更されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類 | 加算の要件 | 加算額 | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------|------------------------|-----|------|
| | | 基本利用料 | 利用者負担金 | | |
| | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 入浴介助加算 (Ⅰ) | 適切な人員と設備があり、利用者の入浴介助を行った場合(1 日につき) | 400円 | 40円 | 80円 | 120円 |
| 介護職員 処遇改善加算(Ⅱ) ※令和6年6月より | 当該加算の算定要件を満たす場合 ※当該加算は区分支給限度額 | 9.0% (1ヶ月の利用合計単位数に | 左記額の1割 又は2割 又は3割 | | |

| | | | |
|--|---------------|------|--|
| | の算定対象からは除かれる。 | 乗じる) | |
|--|---------------|------|--|

(2) 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

| 減算の種類 | 減算の要件 | 減算額 | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|-------|--------|------|------|
| | | 基本利用料 | 利用者負担金 | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算 | 当該減算の要件に該当した場合（1日につき） | 940円 | 94円 | 188円 | 282円 |
| 送迎減算 | 利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合（片道につき） | 470円 | 47円 | 94円 | 141円 |

(3) その他の費用（介護保険給付対象外の費用）

| | |
|------|--|
| 送迎費 | ご利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、送迎費として1kmあたり20円の費用をいただきます。 |
| 延長料金 | ご利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき100円の延長料金をいただきます。 |
| 食費 | 食事の提供を受けた場合、昼食代1食あたりの食費として650円をいただきます。延長加算算定時に、食事サービスを受ける方は、朝食代1食あたり500円・夕食代1食あたり750円が必要となります。 |
| おむつ代 | おむつの提供を受けた場合、おむつ代として100円をいただきます。 おむつ・紙パンツ：100円 パッド：50円 |
| その他 | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

(4) キャンセル料

ご利用者の体調や容体の急変など、正当な理由がある場合に限りキャンセル料は無料とします。

(5) 支払い方法

上記（1）から（4）までの利用料は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。利用料の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

| 支払い方法 | 内 容 |
|---------|---|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の27日（祝日・休日の場合は直前の平日）に、ご利用者が指定する下記の口座より引き落とします。 |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の27日（事業所が休業日の場合は直前の営業日）までに、事業所にて現金でお支払いください。 |

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中にご利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに以下の主治医及びご家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

| | | |
|----------------|---|-----------------------------|
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号 | ※別紙 緊急事態に対応するための連絡カードに記載 |
| 緊急連絡先 (家族等) | 氏名 (利用者との続柄) 電話番号 (自宅) (携帯) (職場) | ※別紙 緊急事態に対応するための連絡カードに記載 |

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事業者において賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|-------|--------------------|
| 保険会社名 | あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
| 保険名 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |

10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の相談窓口でお受けします。

| | | |
|---------|-------------------------|--|
| 事業所相談窓口 | 担当者職・氏名 電話番号 面接場所 | 管理者：佐々木和宏 0182-23-7027 当事業所の相談室等 |
|---------|-------------------------|--|

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

| | | |
|--------|--|---|
| 苦情受付機関 | 横手市役所 まると福祉課 | 〒013-8601 横手市中央町8番2号 本庁舎4階 電話番号 0182-35-2134 FAX 0182-32-9709 受付時間 午前8時30分～午後5時15分まで |
| | 秋田県国民健康 保険団体連合会 | 〒010-0951 秋田市山王4丁目2-3 秋田県市町村会館 電話番号 018-883-1550 FAX 018-883-1551 受付時間 午前9時～午後5時まで (平日) |
| | 秋田県福祉サービス 相談支援センター (秋田県運営適正化委 員会) | 〒010-0922 秋田市旭北栄町1-5 秋田県社会福祉会館 電話番号 018-864-2726 FAX 018-864-2742 受付時間 午前9時～午後5時まで (平日) |

1 1. サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 体調や容体の急変などにより予定日のサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員及び当事業所の担当者へご連絡ください。
- (3) 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- (4) 故意又は過失により、施設や設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- (5) 当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動、その他行為を行わないようお願いします。
- (6) 事業所内の所定の場所以外での喫煙はできません。

1 2. 非常災害対策

防災訓練を年2回実施し、非常災害時は事業所で作成している災害時対応マニュアルに基づき対応します。また、防災設備として、消化器設備、火災通報装置、避難器具設備、誘導灯設備等を設置しています。

1 3. 秘密保持等

ご利用者又はご家族の個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。また、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則利用しないものとし、外部への情報提供については、ご利用者又はご家族の同意をあらかじめ書面により得ます。

令和 年 月 日

事業者は、サービス提供開始に当たって、本書面に基づき重要事項を交付し説明を行いました。

| | | |
|-----|------|-----------------|
| 事業者 | 所在地 | 秋田県横手市梅の木町5番38号 |
| | 事業者名 | 株式会社 E・T・C・S |
| | 代表者名 | 代表取締役 小松利和 (印) |

| | | |
|-----|------|-----------------|
| 説明者 | 事業所名 | デイサービス ウェスト・リバー |
| | 説明者名 | 管理者・生活相談員 (印) |

令和 年 月 日

私は、本書面に基づき、事業者より重要事項を交付し説明を受け、サービス提供を受けることに同意しました。

利用者
住所 _____

氏名 _____ (印)

家族代表（代理人）

住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者との続柄 _____