

通所介護事業所重要事項説明書兼【契約書別紙】

(令和3年10月1日現在)

第1 基本方針

ご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、ご利用者の社会的孤独感の解消及び心身の機能の維持並びにご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

第2 事業所の概要

事業所名	フェリーチェ上野原
所在地	山梨県上野原市大柵611番地
提供サービス	通所介護
事業所番号	1972000051
管理者及び連絡先	岡部順次 0554-63-0294
通常の事業実施地域	上野原市

第3 事業所の職員体制

	員数	業務内容
管理者	1名	職員及び業務の管理
生活相談員	1名以上	サービスの調整・相談
看護職員	1名以上	保健衛生及び看護業務
介護職員	5名以上	日常生活介護業務 通所介護計画作成
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練

第4 設備の概要

定員	30名	機能訓練室及び食堂	1室
静養室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。		

第5 営業日、営業時間及びサービス提供時間

営業日	毎週月曜日から金曜日（ただし12月31日から1月3日までを除く）
営業時間	午前8時00分から午後5時00分
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時00分

第6 サービス内容

1 日常生活上の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行います。

- (1) 排泄介助
- (2) 移動介助
- (3) その他必要な身体の介護
- (4) 養護（休養）

2 健康状態の確認

3 機能訓練サービス

ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の向上、減退を防止するための訓練並びにご利用者の心身の活性化を図るための各種サービス（アクティビティサービス）を提供します。

- (1) 日常生活動作に関する訓練
- (2) レクリエーション（アクティビティサービス）

- (3) グループワーク
- (4) 行事的活動
- (5) 体操
- (6) 趣味活動

4 送迎サービス

障害の程度、地理条件により送迎を必要とされるご利用者については専用車両により送迎を行います。また、必要に応じて送迎車両への昇降及び移動介助を行います。

5 入浴サービス

- (1) 入浴形態
 - ア 一般浴槽による入浴
 - イ 特殊浴槽による入浴
- (2) 介助の種類(必要に応じて)
 - ア 衣類着脱
 - イ 身体の清拭、洗髪、洗身
 - ウ その他必要な介助

6 食事サービス

- (1) 準備、後始末の介助
- (2) 食事摂取の介助
- (3) その他必要な食事の介助

7 相談、助言等に関すること

ご利用者及びそのご家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。

- (1) 日常生活動作に関する訓練の相談、助言
- (2) 福祉用具の利用法の相談、助言
- (3) その他必要な相談、助言

第7 利用料金 [通常規模型 通所介護費]

1 介護保険給付対象サービス

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険から給付される額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。

(1) 介護保険負担割合が1割の方

(1日あたり)

単位 (円)

ご利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
要介護度別サービス利用料金	6,550	7,730	8,960	10,180	11,420
サービス提供体制強化加算 (I)	220				
小計	6,770	7,950	9,180	10,400	11,640
内、介護保険から給付される金額	6,093	7,155	8,262	9,360	10,476
自己負担額	677	795	918	1,040	1,164

事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき47円を減額いたします。

ア 加算

- (ア) 入浴介助加算 ご利用者が入浴介助（観察を含む）を行った場合に、1日あたり40円を別途お支払いいただきます。
- (イ) 個別機能訓練加算 ご利用者が機能訓練を行った場合に、1日あたり56円を別途お支払いいただきます。
- (ウ) 若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1日あたり60円を別途お支払いいただきます。
- (エ) 介護職員処遇改善加算 1日あたりの自己負担額（(ア) (イ) 及び (ウ) の加算がある場合は、その額を含む）に5.9%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

(オ) 介護職員等特定処遇改善加算 1日あたりの自己負担額 ((ア) (イ) 及び (ウ) の加算がある場合は、その額を含む) に1.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。
 ※提供サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。但し、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

(2) 介護保険負担割合が2割の方
 (1日あたり)

単位 (円)

ご利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
要介護度別サービス利用料金	6,550	7,730	8,960	10,180	11,420
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	220				
小計	6,770	7,950	9,180	10,400	11,640
内、介護保険から給付される金額	5,416	6,360	7,344	8,320	9,312
自己負担額	1,354	1,590	1,836	2,080	2,328

事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき94円を減額いたします。

ア 加算

- (ア) 入浴介助加算 ご利用者の入浴介助 (観察を含む) を行った場合に、1日あたり80円を別途お支払いいただきます。
 - (イ) 個別機能訓練加算 ご利用者が機能訓練を行った場合に、1日あたり112円を別途お支払いいただきます。
 - (ウ) 若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1日あたり120円を別途お支払いいただきます。
 - (エ) 介護職員処遇改善加算 1日あたりの自己負担額 ((ア) (イ) 及び (ウ) の加算がある場合は、その額を含む) に5.9%を乗じた額を別途お支払いいただきます。
 - (オ) 介護職員等特定処遇改善加算 1日あたりの自己負担額 ((ア) (イ) 及び (ウ) の加算がある場合は、その額を含む) に1.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。
- ※ 提供サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の2割をお支払いいただきます。但し、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

(3) 介護保険負担割合が3割の方
 (1日あたり)

単位 (円)

ご利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
要介護度別サービス利用料金	6,550	7,730	8,960	10,180	11,420
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	220				
小計	6,770	7,950	9,180	10,400	11,640
内、介護保険から給付される金額	4,739	5,565	6,426	7,280	8,148
自己負担額	2,031	2,385	2,754	3,120	3,492

事業所が送迎を行わない場合は、上記の自己負担額から、片道につき94円を減額いたします。

ア 加算

- (ア) 入浴介助加算 ご利用者の入浴介助 (観察を含む) を行った場合に、1日あたり120円を別途お支払いいただきます。
- (イ) 個別機能訓練加算 ご利用者が機能訓練を行った場合に、1日あたり168円を別途お支払いいただきます。
- (ウ) 若年性認知症利用者受入加算 若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1日あたり180円を別途お支払いいただきます。

(エ) 介護職員処遇改善加算 1日あたりの自己負担額 ((ア) (イ) 及び (ウ) の加算がある場合は、その額を含む) に5.9%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

(オ) 介護職員等特定処遇改善加算 1日あたりの自己負担額 ((ア) (イ) 及び (ウ) の加算がある場合は、その額を含む) に1.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

※ 提供サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の3割をお支払いいただきます。但し、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

2 介護保険給付対象外サービス

食費	昼食610円/1食		
交通費 (通常の実施地域外)	通常の実施地域を越えた地点から		
	片道 5km以上	10km未満	1回につき 150円
	片道 10km以上	1kmにつき	15円を加算
オムツ代	実費		
その他の費用	その他、ご利用者の方が負担する事が適当と認められる費用 実費		

※ 上記、介護保険給付対象外サービスは、利用料全額をお支払いいただきます。

3 キャンセル料

ご利用者の都合等でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

利用日当日の午前8時00分までに連絡いただいた場合	なし
利用日当日の午前8時00分までに連絡いただけたかった場合	昼食代 610円

第8 利用料のお支払い方法

(3) 支払い方法

お支払い方法は現金または口座振替となります。

現金でお支払の場合、毎月10日までに前月分の請求を致しますので、月末までにお支払いください。

お支払いをいただきますと、領収証を発行いたします。

※ 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、ご利用者の負担額を変更させていただきます。

第9 サービスの利用方法

1 ご利用の手続き

居宅介護支援事業者に居宅介護サービス計画を依頼している方は、担当の介護支援専門員にご相談ください。

※ 居宅介護支援事業者に居宅介護サービス計画を依頼していない方は、当事業所に直接ご相談ください。

2 利用終了の手続き

(1) ご利用者のご都合で利用予定期間の中で利用を終了する場合

ご利用者のご希望によりいつでも利用を終了できますので、担当の介護支援専門員にご相談ください。

(2) 自動終了

以下の場合は、自動的にサービスを終了いたします。

ア ご利用者が介護保険施設に入所した場合

イ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)、要支援1又は要支援2と認定された場合

ウ ご利用者がお亡くなりになった場合

(3) その他

ア ご利用者が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、ご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、ご利用者が入院もしくは病気等により、3か月以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合、又はご利用者やご家族等が当事業所又は当事業所の職員等に対して著しい背信行為を行った場合は、利用を終了させていただく場合があります。

イ やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖又は縮小する場合は、利用を終了させていただく場合がございます。

第10 事故発生時の対応

- 1 サービスの提供により事故が発生した場合、市町村、家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- 3 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- 4 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止策を講じます。

第11 サービス内容に関する相談・苦情

1 当施設における相談・苦情担当者

相談・苦情担当	生活相談員 白 須 信 哉	電話	0554-63-0294
苦情解決責任者	管理者 岡 部 順 次	電話	0554-63-0294

2 第三者委員

苦情を解決するにあたり、ご利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を行うため、第三者委員を設置しています。

第三者委員 鈴木 正宏氏 児童養護施設「くずはの森」 電話 0554-22-4806

第三者委員 杉本 晴彦氏 児童養護施設「くずはの森」 電話 0554-22-4806

3 その他下記にも苦情窓口が設置してあります。

(1) 山梨県国民健康保険団体連合会 相談窓口専用電話
(開設日 毎週水曜日 午前9時～午後4時) 電話 055-233-9201

(2) 上野原市長寿介護課 介護保険担当
(受付時間 午前9時～午後5時) 電話 0554-62-3128

4 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無 実施無し

第12 秘密保持に関すること

- 1 事業者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密・個人情報については、ご利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約期間中及び契約終了後、第三者に漏らしません。
- 2 事業者はあらかじめ文書によりご利用者及びそのご家族の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で情報提供をすることがあります。
- 3 居宅介護支援事業者等に対して、サービス担当者会議等を通じサービス提供に必要なご利用者及びそのご家族に関する情報を提供することがあります。

第13 非常災害対策

- 1 防災時の対応 フェリーチェ上野原消防計画に基づき対応いたします。
- 2 防災設備 自動火災報知器、非常警報器具、非常通報装置、スプリンクラー設備、誘導灯、屋内消火栓、消火器
- 3 防災訓練 年2回避難訓練を実施いたします。
- 4 防火管理者 岡 部 順 次

第14 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 平成福祉会
代表者役職・氏名 理事長 相馬 秀守
所在地・電話番号 山梨県大月市大月町真木4660番地
0554-23-0294

通所介護の利用に先立ち、ご利用者又はそのご家族に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住所 山梨県上野原市大柵611番地
名称 フェリーチェ上野原
代表者 管理者 岡部 順次 印

説明者 白須 信哉 印

私は、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、内容に同意しますとともに、この書面が契約書の別紙であることを承諾します。

ご利用者 住所 上野原市 _____

氏名 _____ (印)

(署名者) 本人 ・ 代筆(者) _____

本人との関係 _____

代筆理由 身体的 ・ 精神的 ・ その他(下記に具体的に記載)

(家族等代筆者) 住所 _____

氏名 _____ (印)

本人との関係 _____