

# デイサービスセンターこすもす重要事項説明書

社会福祉法人 清祥会

当事業所は介護保険の指定を受け、ご契約者に対して指定通所介護サービス（石川県指定 第 1771700174 号）及び介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」といいます。）通所型サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 清祥会
- (2) 法人所在地 石川県鳳珠郡能登町字五郎左エ門分藤 17 番地
- (3) 電話番号 0768-76-2002
- (4) 代表者氏名 理事長 紙谷 靖博
- (5) 設立年月 平成 14 年 6 月 27 日
- (6) 基本理念 「和（わ）」
- (7) 基本方針

- ① 私たちは、何よりご利用者の基本的人権を尊重するとともに、お一人お一人の尊厳のある豊かな生活を実現します。
- ② 私たちは、ご利用者本位を念頭に、快適で和やかな生活の場となることを目指し、ご利用者それぞれが充実した生きがいのある生活を送れるように支援します。
- ③ 私たちは、ご利用者のご希望や心身の状態、生活の状況に応じた、適切な生活支援や健康管理などを行います。ご利用者自身の自己決定を大切により自立した生活が実現するよう支援します。
- ④ 私たちは、それぞれの立場や職域を越えて協働し、和をもってチームケアを推進します。また地域社会の一員として、保健、医療等関連分野と協働し、地域福祉の充実に努めます。
- ⑤ 私たちは、ご家族との信頼関係、地域の人々・保育所や学校等との交流を大切に、皆さんと一緒に、地域の中で生き生きとした豊かな人生を送れるように支援します。

## 2. 事業所の概要

### (1) 事業所の種類

- ・指定通所介護事業所
- ・介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス事業所

※当事業所は指定介護老人福祉施設こすもすに併設されています。

### (2) 事業所の目的

要介護状態にある高齢者等を通所させ、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービスを提供します。

また、要支援状態にある高齢者等については、介護予防の視点に立ち、その生活状況や心身の状態の維持・改善を図るとともに、より自立した日常生活を継続できるよう運動器の機能向上、その他の介護予防通所型サービス（以下、「通所型サービス」といいます。）を提供します。

### (3) 事業所の名称 デイサービスセンターこすもす

### (4) 事業所の所在地 石川県鳳珠郡能登町字五郎左エ門分藤 17 番地

### (5) 電話番号 0768-76-2002

### (6) 事業所長（管理者） 紙 谷 靖 博

### (7) 当事業所の運営方針

要介護者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限り居宅において、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、さら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その家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行います。

また要支援者については、その生活状況及び心身機能の維持・向上を図るとともに、居宅においてより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支援、及び運動器の機能向上その他必要な援助を行います。

### (8) 開設年月

通所介護サービス：平成 16 年 10 月 20 日

### (9) 利用定員

通所介護サービス 35 人

## 3. 事業実施地域及び営業時間

### (1) 通常の事業の実施地域 能登町、珠洲市、輪島市

※総合事業の実施地域は、能登町その他、珠洲市及び輪島市については、指定の状況によるものとなります。

## (2) 営業日及び営業時間

営 業 日	12 月 31 日～1 月 1 日を除く月曜日～土曜日
受 付 時 間	午前 8 時 ～ 午後 7 時
サービス提供時間	午前 9 時 45 分 ～ 午後 4 時 00 分 ※通所型サービスに関しては、基本サービス及び運動機能向上等のプログラムに係る時間を提供時間とします。

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、以下の職種の職員を配置しています。尚、職員は介護予防通所介護サービスも併せて行います。

### (1) 主な職員の配置状況

職 種	職 員 数	
	配置基準	常勤換算
事業所長（管理者）	1 名	1 名
介護職員	4 名	4 名以上
生活相談員	1 名	1 名以上
看護職員	1 名	1 名以上
機能訓練指導員	1 名	1 名以上
管理栄養士	※※	※※
歯科衛生士	※※	※※

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※機能訓練指導員については、看護職員が勤務時間のうちの 120 分をその任にあたることがあります。

※※栄養マネジメント及び栄養改善、口腔機能の向上の各プログラムの評価及び指導に必要な時間（概ね週 2 回 120 分）、勤務します。

## (2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
介護職員	勤務時間：8：30～17：30 原則、職員 1 名あたり利用者 6.5 名のお世話をします。
看護職員	勤務時間：8：30～17：30 原則、1 名の看護職員が勤務します。
機能訓練指導員	勤務時間：8：30～17：30 又は、看護職員の勤務する時間のうちの 120 分 看護職員が兼務し、あたることがあります。
管理栄養士	勤務時間：8：30～17：30 のうちの概ね 120 分 概ね週 2 回、施設の管理栄養士が兼務します。
歯科衛生士	勤務時間：8：30～17：30 のうちの概ね 120 分 概ね週 2 回、施設勤務の歯科衛生士が兼務します。

※管理栄養士及び歯科衛生士については、対象となるご利用者の有無や希望の状況により、勤務状況が変更となることがあります。

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、通所介護計画に基づいて、以下のサービスを提供します。

### I. 介護保険の給付の対象となるサービス

#### (1) 通所介護の基本サービスの概要

##### ① 食 事 （食材料費 680 円は別途ご負担いただきます。）

- ア) 当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者のお身体の状態や好み等を考慮した食事を提供します。
- イ) 食事時間は、概ね 12：00～13：00 となっていますが、ご利用者の体調やご希望により、変更することができます。
- ウ) 食事の場所は、概ねホールを利用しますが、ご利用者の体調やご希望により静養スペースや和室等のご利用が可能です。

##### ②排 泄

- ア) ご利用者のお身体の状態やご希望や在宅での生活状況に応じて、適切な方法で排泄の支援を行います。また、必要に応じて福祉用具、排泄補助用品等を適切に活用します。
- イ) できる限りトイレでの排泄を念頭にまた、ご利用者のより自立した生活に向けて、その能力を最大限活用した支援を行います。
- ウ) 支援の際、特にご利用者のプライバシーの保護に細心の注意を払います。

## ②送 迎

- ア) サービス利用時に、ご自宅（又は居住先）と事業所の送迎を行います。
- イ) 車いすの方でもリフト車を使用して送迎できます。

## ④そ の 他

- ア) ご利用者のご希望や健康状態、生活習慣などに応じて、より自立した規則正しい生活となるように支援します。
- イ) ご利用者自身が、役割や生きがいを持って生活できるように支援します。
- ウ) ご利用者の清潔で活気のある暮らしができるように、着替え、整容（洗顔や整髪、髭剃りなど）や口腔ケア（歯磨きやうがい、入れ歯の洗浄など）を適切に支援します。

## （２）通所介護で加算等にかかるサービスの概要

### ①入 浴

- ア) ご利用者の心身の状況や生活習慣、ご希望等に合わせて、適切な時間と方法で入浴又は清拭を行い、清潔が保たれるように支援します。
- イ) できるだけご自宅でも入浴が可能となるように支援します。
- ウ) 個別浴を原則としていますが、困難な方でも、機械浴槽を使用して、無理なく入浴することができます。
- エ) 支援の際、特にご利用者のプライバシー保護に細心の注意を払います。

### ②機能訓練

- ア) ご利用者の心身の状況等に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復又はその減衰を防止するための機能訓練を実施します。
- イ) 機能訓練には、評価、基本体操、ストレッチング、マシントレーニングなどメニューの他、生活上の移乗・移動、助言・指導などを含みます。
- ウ) ご利用者は、評価のために必要な計測等に協力するものとします。
- エ) ご利用者の健康上の理由、ご希望により中止・休止することがあります。

### ④栄養マネジメント

- ア) ご利用者の日常的な食事や栄養の状況などの評価等を行います。
- イ) 評価結果に基づき、栄養指導など必要な栄養マネジメントを実施します。

### ③口腔機能の向上

- ア) ご利用者の口腔の状態、摂食や嚥下の状況などの評価等を行います。
- イ) 評価の結果に基づき、歯磨きやうがい、入れ歯の洗浄などの口腔ケア、嚥下体操など必要な口腔機能の向上プログラムを実施します。

#### ④若年性認知症利用者受入

- ア) 必要に応じて、若年性認知症の利用者に対してサービスを提供します。  
イ) 対象者については、個別に担当者を定めてサービス提供を行います。

(3) その他、当事業所のサービス提供体制により加算されるものがあります※  
算定要件及び算定にかかる介護費用については一覧表を参照して下さい。

#### (4) 通所介護サービス利用料金（1日あたり）

※別表に示す利用料金の表示は 1 割負担の場合となっています。収入等の規定により 2 割又は 3 割負担の方は、表示額の 2 倍又は 3 倍となります。（利用負担証をご確認の上、ご提示ください。）

##### 1). 要介護状態に応じたサービス利用料金（自己負担額）

- ① 通所介護サービス費（通常規模）の自己負担分（1 割負担の場合）です。  
② ご利用者の要介護度及び利用時間ごとの費用は別表のとおりです。  
③ 当事業所のサービス提供時間は「6 時間以上 7 時間未満」となっています。  
④ ご利用者のご都合以外の事由で時間が短縮された場合は、短縮の事由及び現にサービス提供を行った時間に応じて、基本サービス利用料金とします。  
⑤ 送迎時に、ご自宅内での介護が必要な場合は、サービス提供時間（30 分まで）に含まれることがあり、ご利用者毎の提供時間区分が変わることがあります。

	基本サービス費の利用者負担金				
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
5 時間以上 6 時間未満	570 円	673 円	777 円	880 円	984 円
<b>6 時間以上 7 時間未満</b>	<b>584 円</b>	<b>689 円</b>	<b>796 円</b>	<b>901 円</b>	<b>1008 円</b>
7 時間以上 8 時間未満	658 円	777 円	900 円	1023 円	1148 円

##### 2) サービスの提供時間の延長に伴い加算されるサービス利用料金

- ① サービス提供時間が 9 時間を超える場合は、1 時間ごとに次の表で示す費用が加算されます。  
② サービス利用時間の延長は、原則、通常営業時間内とします。ご利用者の見守り等（入浴・リハビリ・送迎等を含まない）ものとします。

サービス提供時間が 9 時間以上 10 時間未満となる場合	50 円（日額）
サービス提供時間が 10 時間以上 11 時間未満となる場合	100 円（日額）
サービス提供時間が 11 時間以上 12 時間未満となる場合	150 円（日額）
サービス提供時間が 12 時間以上 13 時間未満となる場合	200 円（日額）
サービス提供時間が 13 時間以上 14 時間未満となる場合	250 円（日額）

### 3). サービスの実施より加算・減算されるサービス利用料金

- ① 入浴や個別機能訓練などを実施した際には、該当する加算を算定します。
- ② 加算されるサービスの種類及び費用については、別表に示す通りです。
- ③ 送迎を実施しない場合は、所定の費用を減算します。

サービスの種類	算 定 の 要 件 等	利用料金
① 入浴加算（Ⅰ）	入浴介助を行った場合（設備・人員があり、かつ研修などの要件を満たす場合）	40 円 （日額）
② 入浴加算（Ⅱ）	Ⅰに加え、理学療法士等の訪問等による評価・計画作成の上、入浴介助を行う場合	50 円 （日額）
③ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	専従の機能訓練指導員が居宅を訪問し作成した計画に基づき身体機能・生活機能の向上を目的に、計画的に複数の項目の機能訓練を個別若しくは小集団で実施する場合	56 円 （日額）
④ 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	Ⅰに加えて、専従の機能訓練指導員 1 名以上を配置している場合	76 円 （日額）
⑤ 個別機能訓練加算 Ⅱ	（Ⅰ）に加えて、計画等の情報を厚生労働省に提出、フィードバックを受けて利用者の状態に応じた計画作成・実施・評価・見直し等の管理を行う場合	20 円 （月額）
⑥ 生活機能向上連携加算	訪問・通所リハビリテーション事業所やリハビリテーションを実施している医療施設の理学療法士等が訪問し、共同でアセスメントし個別機能訓練計画を作成する場合	200 円 （日額） 100 円 （②③算定の場合）
⑦ 栄養改善加算	低栄養状態の利用者に対して、管理栄養士等による栄養ケア計画に基づき、栄養改善サービスを実施した場合	150 円 （回／月 2 回まで）
⑧ 栄養スクリーニング加算	管理栄養士以外の介護職員等で可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員と文書で情報を共有した場合	50 円 （6 月に 1 回まで）

⑨ 口腔機能向上加算	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置し口腔機能改善管理指導計画に基づき口腔機能向上サービスを行った場合	100 円 (回/月 2 回まで)
⑩ 送迎を行わない場合の減算	居宅と事業所の間の送迎を行わない場合に片道につき減算	△47 円 (日額)

#### 4). 当事業所のサービス提供体制等により加算されるものサービス利用料金

① 当事業所の介護従事者における介護福祉士の配置状況等に応じて、加算を算定します。

② 加算されるサービスの種類及び費用については、別表に示す通りです。

サービスの種類	算定の要件等	利用料金
① サービス提供体制加算Ⅰ	介護職員のうち、介護福祉士が 70%以上、勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上	22 円 (日額)
② サービス提供体制加算Ⅱ	介護職員のうち、介護福祉士が 50%以上	18 円 (日額)
③ サービス提供体制加算Ⅲ	介護職員のうち、介護福祉士が 40%以上、又は、7 年以上の勤続者が 30%以上	6 円 (日額)

#### 5). 事業所の体制及びサービスの実施より加算されるサービス利用料金

① 当事業所の介護職員・看護職員等の配置状況及び利用者の介護度等の状況によって加算を算定します。

② 加算されるサービスの種類及び費用については、別表に示す通りです。

サービスの種類	算定の要件等	利用料金
① 認知症加算	指定基準の介護職員・看護職員数に加えて、2 名を配置し、かつ前年度又は前 3 月間の重度の認知症高齢者が 15%以上で、認知症ケアの事例検討等を開催している場合	60 円 (月額)
② 若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者の受入を行った際に算定（認知症加算を算定する場合以外）	60 円 (日額)
③ 中重度者ケア体制加算	指定基準の介護職員・看護職員数に加えて、介護職又は看護職員が 2 名、専任の看護職員 1 名を配置し、かつ要介護 3 以上の利用者が 30%以上の場合に利用者全員に算定	45 円 (月額)

④ 科学的介護推進体制加算	利用者ごとの心身状況等の基本的情報を厚生労働省に提出（3月に1回以上）し、かつ必要に応じて通所介護計画を見直すなどの活用を行っている場合	40 円 (月額)
⑤ ADL 維持加算（Ⅰ）	6ヶ月以上通所する利用者が10名以上かつ研修を受けた者が評価する ADL 値を報告し、ADL 利得が1以上の場合、評価対象期間の翌月から12か月間、 <u>利用者全員に算定</u>	30 円 (月額)
⑥ ADL 維持加算（Ⅱ）	（Ⅰ）と同様に、ADL 利得が3以上の場合、評価対象期間の翌月から12か月間、 <u>利用者全員に算定</u> します。	60 円 (月額)
⑦ 高齢者虐待防止対策未実施減算	高齢者虐待防止に係る研修・会議その他の対策が講じられていない場合に減算	1%
⑧ 業務継続計画（BCP）未策定減算	災害及び感染症発生時の業務継続計画の策定が行われていない場合に減算	1%

※ 平均的なサービス提供において、概ね 160 円程度の加算算定を行います。

## 6). 事業所の介護職員の処遇改善にかかる加算比率

① 国の定める介護職員処遇改善加算のうち、該当する加算を算定します。

② 加算される加算の種類及び比率については、別表に示す通りです。

【令和6年5月31日までの間】

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員処遇改善計画の作成・周知・実施等、厚生労働省の定めるすべての要件を充たす場合	5.9%
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	介護職員処遇改善計画の作成・周知・実施等、厚生労働省が定める必要な要件を充たす場合	4.3%
介護職員等ベースアップ等支援加算	処遇改善加算を取得し、かつ介護職員等の賃金のベースアップ等を行う場合	1.1%
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）		1.2%
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）		1.0%

【令和 6 年 6 月 1 日以降】

※介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算が統合されます。

※職場環境等の区分（入職促進，資質向上・キャリアアップ，両立支援等，健康管理，生産性向上，やりがい等の醸成）ごとの要件を満たす場合に算定します。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	（Ⅱ）に加え、経験技能のある介護職員を一定割合以上配置するなどの要件を満たす場合に算定	9.2%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	（Ⅲ）に加えて、改善後の賃金年額が国の示す額を超える（1 名以上）、職場環境の更なる改善、見える化の実施などの要件を満たす場合に算定	9.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	（Ⅳ）に加えて、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みが整備されているなどの要件を満たす場合に算定	8.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修等の実施等の要件を満たす場合に算定	6.4%
介護職員等ベースアップ等支援加算	処遇改善加算を取得し、かつ介護職員等の賃金のベースアップ等を行う場合	1.1%

（５）通所型サービスにおけるサービスの概要

１）基本サービス。

通所型サービスにおいても、送迎や健康管理、食事、入浴などの基本的なサービス内容は、通所介護と同様です。

必要に応じて、見守り等の支援を行います。

２）心身機能及び生活向上に向けたサービス。

利用者の心身機能の維持改善や生活機能の向上に向けて、以下のサービスを行います。

① 運動器の機能向上 （※加算算定はありません。）

ア) ご利用者の身体機能や生活機能全般の評価を行います。

イ) 評価の結果に基づき、個別の目標を設定し、運動器の機能向上プログラムを実施します。

ウ) 当事業所では、パワーリハビリテーションプログラムにより利用者ごとの運動の種類と負荷量を設定し実施します。

② 栄養改善 （※栄養改善加算の欄を参照してください。）

ア) ご利用者の食事や栄養の状況などの評価をおこないます。

イ) 評価結果に基づき、栄養指導など栄養改善プログラムを実施します。

③ 口腔機能の向上 （※口腔機能向上加算の欄を参照してください。）

ア) ご契約者の口腔の状態、摂食や嚥下の状況などの評価を行います。

イ) 評価結果に基づき口腔ケアなど口腔機能向上プログラムを実施します。

## （６）通所型サービスの提供の頻度と期間

① 通所型サービス実施の頻度と期間は、ご利用者及び地域包括支援センターとご相談の上決定いたします。

② 実施頻度は「要支援 1・事業対象者で週 1 回程度」「要支援 2・事業対象者で週 2 回程度」「実施期間は概ね 3 ヶ月」が目安となります。

③ 必要に応じて、協議の上、サービス実施期間の継続や内容・頻度の変更、その他を行うことがあります。

④ 各市町の定める事業の頻度や期間を超えて利用を希望される場合は、関係機関等と協議の上、事業運営に支障を来さない範囲でサービスを提供することがあります。

## （７）介護予防通所型サービス利用料金

① 通所型サービスとして、能登町及び珠洲市、輪島市の定める利用頻度及び利用料となります。

② 加算等の算定についても、各市町の定めるとおりとなります。

③ 各市町の定める頻度及び期間等を超えて利用される場合は、全額自費負担となります。（給付調整はできません。）

### 1) ご利用者の要支援者の状態に応じたサービス利用自己負担額

通所型サービス費の自己負担分	要支援 1	要支援 2
① 能登町及び珠洲市の方 ・ 原則、1 回ごとの利用料金となります。 ・ 第 5 週目により 4 回を超える場合は、②と同様に 1 月ごとの算定となります。	436 円	447 円
② 輪島市の方 ・ 月額の利用料金となります。 ・ 要支援 1 では週 1 回、要支援 2 では週 2 回	1,798 円	3,621 円

## 2) プログラムの実施や心身の状況等により必要な場合等に算定されるもの

サービスの種類	算定の要件等	利用料金
① 栄養改善加算	栄養改善計画に沿って、当該サービスを実施した際に算定（月額）	150 円
② 口腔機能向上加算	口腔機能向上計画に沿って、当該サービスを実施した際に算定（月額）	150 円
③ 生活機能向上グループ活動加算	生活活動向上を目的とし、共通の課題を持つグループに週 1 回以上の生活機能向上活動サービスを計画的に実施する場合	100 円
④ 若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、ニーズに応じたサービス提供を行った場合	240 円
⑤ 一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施し、かついずれかのサービスを 1 月に 2 回以上設けている場合	480 円

※ 生活機能向上グループ活動加算は、選択的プログラムを実施しない利用者又は月において、計画的に実施した場合にのみ算定します。

※ サービス提供体制加算については、通所介護を参照してください。

※ 各加算は、算定要件を満たさない場合は算定しません。

※ 平均的なサービスの提供で概ね **400 円～500 円程度(月)の加算**を行います。

## 4) 介護職員等処遇改善加算, その他減算等の比率(介護サービスと同等です。)

## 5) 頻度や回数、期間を超えてのご利用について(自費負担分の目安)

通所型サービスの頻度や回数, 期間等を超えてご利用を希望される際には、各市町が定める通所型サービスの費用に相当する額の支払いを受けます。

1 回分の自費負担分	要支援 1	要支援 2
③ 基本サービス費相当分	4,360 円	4,470 円
④ サービス提供体制加算相当分	180 円	
⑤ 介護職員等処遇改善加算相当分	390～400 円	
※6 月 1 日以降	450～470 円	
⑥ 食事費用	680 円	
合 計	5,600～5,800 円	

※ 総合事業での給付管理分の調整はできません。

## Ⅱ. 介護保険の給付対象とならないサービス（共通）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### 1). サービスの概要と利用料金

#### ①食事材料費（ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。）

昼 食 ： 680 円

※特別に食事を提供した場合には、食材料費各 300 円をいただきます。

#### ②通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区の方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎費用として、実施地域外距離 1 km ごとに 100 円をいただきます。

#### ③レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。（利用料金：材料代等の実費をいただきます。）

##### ア) 主なレクリエーション行事予定

- ・ お花見、クリスマス、お正月、節分等季節に合わせた行事
- ・ 散歩、ドライブ、散策などの行事

##### イ) クラブ活動

- ・ 書道、茶道、華道など（材料代等の実費をいただきます。）
- ・ 畑作りや花作りなどの園芸など
- ・ 将棋、囲碁、ゲーム類

#### ④複写物の交付

ア) ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。

イ) 複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

#### ⑤日常生活上必要となる諸費用実費

ア) オムツ代（原則としてサービス利用時に必要な量お持ちください。）

※購入の場合、紙パンツ 1700 円、紙おむつ 2900 円（1 袋）となります。

イ) 個人的な日常生活品の購入代金

ウ) クリーニング代金

エ) 個人的な教養・趣味・娯楽等にかかる代金

オ) その他日常生活で個人的に要する費用（料金は自費一覧のとおり）

## Ⅲ. 利用料金のお支払い方法

1). 前記Ⅰ～Ⅱの料金・費用は、1 か月ごとに計算し、毎月の翌月 10 日頃までにご請求しますので、当月 20 日までにお支払い下さい。

① 1 ヶ月に満たない場合は、利用日数に基づいて計算した金額となります。

② 支払方法は、原則的に次の方法をお願いします。

ア) 金融機関口座からの自動引き落とし

※ご利用できる金融機関：北国銀行、興能信用金庫、J A、郵便局

③ ③の方法が適当でないなど、やむを得ない場合

イ) 窓口での現金支払

ウ) 当法人指定口座への振り込み

※引落とし・振込み等の手数料につきましてはご負担ください。

2). ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合

① サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。

② 要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

③ 居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

④ 償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

#### IV. 利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により通所介護及び通所型サービスの利用を中止又は変更もしくは追加することができます。

② この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

③ ご契約者の体調不良等、正当な事由がある場合を除き、利用予定日の前日までに申し出がなく利用の中止をされた場合は、利用相当の料金をお支払いいただく場合があります。

④ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

#### 6. 契約の解除

以下に該当する場合には、事業所側から契約を解除し、以降のサービス提供を行わないことがあります。

① ご利用者又はその家族等が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行いその結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

② ご利用者又は家族代表者によるサービス利用料金の支払いが 3 か月以上

遅延し、14 日間の期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

- ③ ご利用者又はそのご家族等の故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者、他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不信行為を行うことなどにより本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者又はご家族等の疾病や心身等の状態により、適切にサービス提供が実施できないと判断される場合

## 7. 事故発生時の対応について

- (1) ご利用者の心身の状況等の要因から、通常の在宅生活等で起こりうる事態やそのリスクについて、ご利用者又は家族代表者の理解の上でサービスを提供します。(すべての事故等の防止をお約束するものではありません。)
- (2) 当事業所は、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又は家族代表者等、並びに行政等関係各機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) サービスの提供に伴い、当施設の責任に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。但し、ご利用者の側に過失がある場合には、損害賠償責任を減じることができますとともに、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。
- (4) 当事業所では、上記の手續について、迅速且つ誠意をもって執り行うとともに事故の再発を防止するために必要な処置を講じます。

## 8. 守秘義務について

- (1) 当事業所及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
- (2) この守秘義務は、サービス及び契約が終了した後も継続します。
- (3) 当事業所は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (4) その他、他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、事前の同意を文書により得た上で、ご利用者又は家族等の個人情報を用いることができるものとします。

9. 第三者評価の実施状況 ( 有 ・ 無 )

(実施年月日)                      年      月      日      (評価機関)

(評価結果)

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口      安   多      伸   一      (生活相談員)

○受付時間              営業日    8 : 30 ~ 17 : 30

○電話番号              0768 (76) 2002

(2) 行政機関その他苦情受付機関

能登町健康福祉課	所在地      石川県鳳珠郡能登町字宇出津ト字 50 番地 1 電話番号 0768(62)8517 受付時間 午前 9 時~午後 5 時(土・日曜日、祝日を除く)
国民健康保険団体 連合会	所在地      石川県金沢市幸町 12 番 1 号 電話番号 076(231)1110    FAX 076(231)1601 受付時間 午前 9 時~午後 5 時(土・日曜日、祝日を除く)

## 【自費一覧】

令和6年4月1日現在

- ① 共用される備品・消耗品については事業所でご用意しています。
- ② ご利用者の健康状況や好み等によりご使用される消耗品については、原則ご利用者でご準備ください。

例) 個別のシャンプー・リンス・石鹸, 化粧品(リップクリーム, 保湿料等), 口腔ケア用品, 髭用シェーバー, 入歯洗浄剤、入歯固定剤, 文具類など

- ③ 買い物に行けないなど、ご準備できない理由がある場合については、下記のとおり自費または実費をご負担ください。

	消耗物品等	単位	金額	
生活用品	ティッシュペーパー	1箱	100円	
	オブラート	1箱	420円	BOC オブラート
	乾電池(単一)	1個	200円	
	乾電池(単二)	1個	150円	
	乾電池(単三)	1個	50円	
	乾電池(単四)	1個	50円	
口腔ケア関連用品	歯磨き粉	1個	120円	
	歯ブラシ	1本	110円	
	介助用歯ブラシ	1個	320円	エラック 541S
	口腔ウィッティボトル	100枚	800円	オーラル+口腔ケアウェッティ
	〃(詰め替え用)	100枚	640円	
	口腔舌ブラシ	1本	500円	オーラル+やわらか舌ブラシ
	口腔スポンジブラシ	10本	580円	
	口腔洗浄液	1本	950円	うるおいマウスウォッシュ
	口腔保湿液	1本	950円	うるおいキープ
	口腔保湿ジェル	1本	1,500円	口腔ジェルバイオティーン
	入歯安定剤	1本	1,100円	新ポリグリップ
	入歯洗浄剤	1箱	950円	ポリデント
医療	吸引用カテーテル	1箱	2,900円	
	バルーンカテーテルパック	1個	800円	
	バルーンカテーテル留置	1個	800円	
オムツ類	平オムツ	1袋	2,900円	ライトエアリー
	リハビリパンツ	1袋	1,700円	メディアパンツ
	尿取りパッド(少量用)	1袋	930円	Rパッド 68
	〃(多量用)	1袋	1,200円	ロングエアリー30

令和            年            月            日

指定通所介護サービス及び通所型サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 清祥会 デイサービスセンターこすもす

説 明 者                      氏      名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス及び通所型サービスの提供開始に同意しました。

〔利用者〕

住      所 \_\_\_\_\_

氏      名 \_\_\_\_\_ 印

〔家族代表者〕

住      所 \_\_\_\_\_

氏      名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄： \_\_\_\_\_ )