

重要事項説明書

社会福祉法人 春陽会
デイサービスMAOみなと

「デイサービスMAOみなと」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(日立市指定 第 0890200124 号)

当事業所はご契約者に対して指定認知症対応型通所介護サービス又は指定介護予防認知症対応型通所介護サービス（以下「認知症対応型通所介護サービス」という。）及び夜間・深夜における宿泊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。

※当事業所の利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。認定をまだ受けていない方でもサービス利用は可能です。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 春陽会 |
| (2) 法人所在地 | 茨城県日立市下土木内町 5 4 5 - 1 |
| (3) 電話番号 | 0 2 9 4 - 2 8 - 0 5 5 5 |
| FAX | 0 2 9 4 - 5 4 - 2 6 3 1 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 岡田 正樹 |
| (5) 設立年月 | 平成 14 年 2 月 6 日 |

2. ご利用施設

- | | |
|------------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所
・平成 25 年 3 月 1 日指定 0 8 9 0 2 0 0 1 2 4 号 |
| (2) 施設の目的 | 利用者が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世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。 |
| (3) 施設の名称 | デイサービスMAOみなと |
| (4) 施設の所在地 | 茨城県日立市みなと町 1 0 番 1 0 号 |
| (5) 電話番号 | 0 2 9 4 - 3 3 - 5 8 5 9 |
| FAX | 0 2 9 4 - 3 3 - 5 8 6 9 |

- (6) 管理者氏名 大友 あさみ
- (7) 当施設の運営方針 事業所は老人福祉法および関係法令に基づき、利用者の心身の状況に対応した適切な処遇と必要な訓練を行い、健康で明るく生きがいのある生活を営むことが出来るよう利用者の処遇に万全を期するものとする。
- (8) 開設年月 平成25年3月1日
- (9) 利用定員 12人
- (10) 宿泊サービス利用定員 3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 日立市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日（12月31日、1月1日～3日を除く）
受付時間	月～金曜日 8：30～17：30
サービス提供時間	9：00～17：00
宿泊サービス提供時間	17：00～9：00

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	員数
1. 管理者	1名
2. 生活相談員	1名以上
3. 介護従業者	1名以上
4. 機能訓練指導員	1名以上

※宿泊サービスの提供を行う時間帯（以下「提供時間帯」という）を通じて、夜勤職員として介護職員又は看護職員を常時1人以上配置します。

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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

（１）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第４条参照）＊

指定認知症対応型通所介護の提供時間内の以下のサービスについては、利用料金のうち保険者により決定された割合分が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

＜サービス利用料金（１日あたり）＞

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

なお、１単位の単価は 10.55 円となります。月の利用単位数合計に 10.55 を乗じた金額のその 1 割、2 割又は 3 割（介護保険負担割合証に記載の割合）が自己負担額となります※1
※2。月単位の計算となることから、下記表の 1 回あたりの数字は目安となりますのでご注意ください。

※1 下記表は、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）「10.4%」、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）「3.1%」及び地域区分 5 級単価「10.55 円」を乗じて計算しています。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、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。要介護認定を受けた後、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）。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。

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

【(介護予防) 認知症対応型通所介護サービス (1回あたり)】

所定の単位数に地域区分単価 (5 級地) 10.55 円をかけた数値が利用負担料金となります。

基本単価を例にとりますと下の通りとなります。

要介護度と サービス利用料金	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3～4 時間 (単位)	454	525	543	597	653	708	762
4～5 時間 (単位)	496	550	569	626	648	741	799
5～6 時間 (単位)	740	826	858	950	1,040	1,132	1,225
6～7 時間 (単位)	759	849	880	974	1,066	1,161	1,256
7～8 時間 (単位)	859	959	994	1,102	1,210	1,319	1,427
地域区分単価 (5 級地)	総単位数×10.55 円						
1 日あたり (1 割負担) 単位：円	3～4 時間	479	554	573	630	689	804
	4～5 時間	524	581	601	661	684	843
	5～6 時間	781	872	906	1,003	1,098	1,293
	6～7 時間	801	896	929	1,028	1,125	1,326
	7～8 時間	907	1,012	1,049	1,163	1,277	1,506
1 日あたり (2 割負担) 単位：円	3～4 時間	958	1,108	1,146	1,260	1,378	1,608
	4～5 時間	1,047	1,161	1,201	1,321	1,368	1,686
	5～6 時間	1,562	1,743	1,811	2,005	2,195	2,585
	6～7 時間	1,602	1,792	1,857	2,056	2,250	2,651
	7～8 時間	1,813	2,024	2,098	2,326	2,554	3,011
1 日あたり (3 割負担) 単位：円	3～4 時間	1,437	1,662	1,719	1,890	2,067	2,412
	4～5 時間	1,570	1,741	1,801	1,982	2,051	2,476
	5～6 時間	2,343	2,688	2,716	3,007	3,292	3,878
	6～7 時間	2,403	2,688	2,786	3,083	3,374	3,976
	7～8 時間	2,719	3,036	3,147	3,488	3,830	4,517

【加算・減算】

算定有無	加 算 ・ 減 算 名	単 位 数
	入浴介助加算Ⅰ※1	40 単位／日
	入浴介助加算Ⅱ※1	55 単位／日
	生活機能向上連携加算Ⅰ	100 単位／月
	生活機能向上連携加算Ⅱ	200 単位／月
	個別機能訓練加算Ⅰ	27 単位／日
	個別機構訓練加算Ⅱ	20 単位／日
	A D L 維持等加算Ⅰ	30 単位／日
	A D L 維持等加算Ⅱ	60 単位／日
	若年性認知症受入加算※2	60 単位／日
	科学的介護推進体制加算	40 単位／月
	送迎未実施減算	－47 単位／片道
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位／日
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位／日
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位／日
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	総単位数 (基本単価＋加算) ×17.4%

※1 実際にサービスを提供した時に算定します。

※2 対象者のみ算定します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事の提供（調理費 ＋ 食材料費）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。（1回あたり）

昼 食	500 円／食
夕 食	500 円／食
朝 食	300 円／食
宿泊（夜間介護サービス）	500 円／泊
洗濯代	100 円／回

②理髪・美容

[理髪サービス]

ご希望の方は、理美容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃）をご利用いただけます。

利用料金：理容師	調髪のみ	1,000 円
	顔剃	500 円
美容師	カット	別途料金表により
	パーマ	〃
	毛染め	〃

③レクリエーション、クラブ活動

ご契約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。

利用者の意向により計画し実施いたします。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、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。

1 枚につき 10 円

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者にご負担いただ

くことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

紙おむつ・紙パンツ代：実費

尿とりパッド：実費

⑥宿泊サービスご利用料金

夜間及び深夜に宿泊サービスをご利用いただく際にご負担いただきます。

利用料金：	宿泊（夜間介護サービス）	500 円／1 泊
	朝食（調理費＋食材料費）	300 円／1 食
	夕食（調理費＋食材料費）	500 円／1 食
	洗濯代	100 円／1 回

⑦その他

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 1 ヶ月前までにご説明いたします。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、月末締めで１ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。支払い方法は、口座振替とさせていただきます。ただし、やむを得ない事情によりそれが困難な場合に限り、以下の方法で翌月末日までにお支払いください。なお、口座振替の振替日は翌月末日となります。振替日が金融機関の休日にあたる場合は、前営業日を振替日とします。

- ・ 口座振替（I-NET）
- ・ 窓口での現金支払
- ・ 銀行振込

金融機関：水戸信用金庫 多賀支店

口座番号：普通口座 1047562

口座名義：社会福祉法人 春陽会

理事長 岡田正樹

（４）利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- 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、取り消し料として下記の料金をいただく場合があります。但し、ご契約者の体調

不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

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	当日の利用料金の 10% (自己負担相当額)

- 変更、追加に限り前日までキャンセル料は発生いたしません。
- サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の可動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、他の利用可能日を契約者に提示のうえ協議するものとします。

6. 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（担当者）

〔職 名〕 管理者 大友 あさみ

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを玄関ホールに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

日立市役所 介護保険課	所在地 電話番号・FAX 受付時間	日立市助川町 1-1-1 (0294)22-3111 FAX 24-2281 9：00 ～ 17：00（月～金）
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号・FAX 受付時間	水戸市笠原町 978-26 (029)301-1565 FAX 301-1579 9：00 ～ 17：00（月～金）
茨城県社会福祉協議会	所在地 電話番号・FAX 受付時間	水戸市干波町 1918 (029)305-7193 FAX 305-7194 9：00 ～ 16：00（月～金）

7. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組			あり
茨城県福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

8. 非常災害対策

当事業所は、消防法等の規定に基づき非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階
- (2) 建物の延べ床面積 978.81 m²
- (3) 事業所の周辺環境

日立港に面し、日当たり良好で静かな環境

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

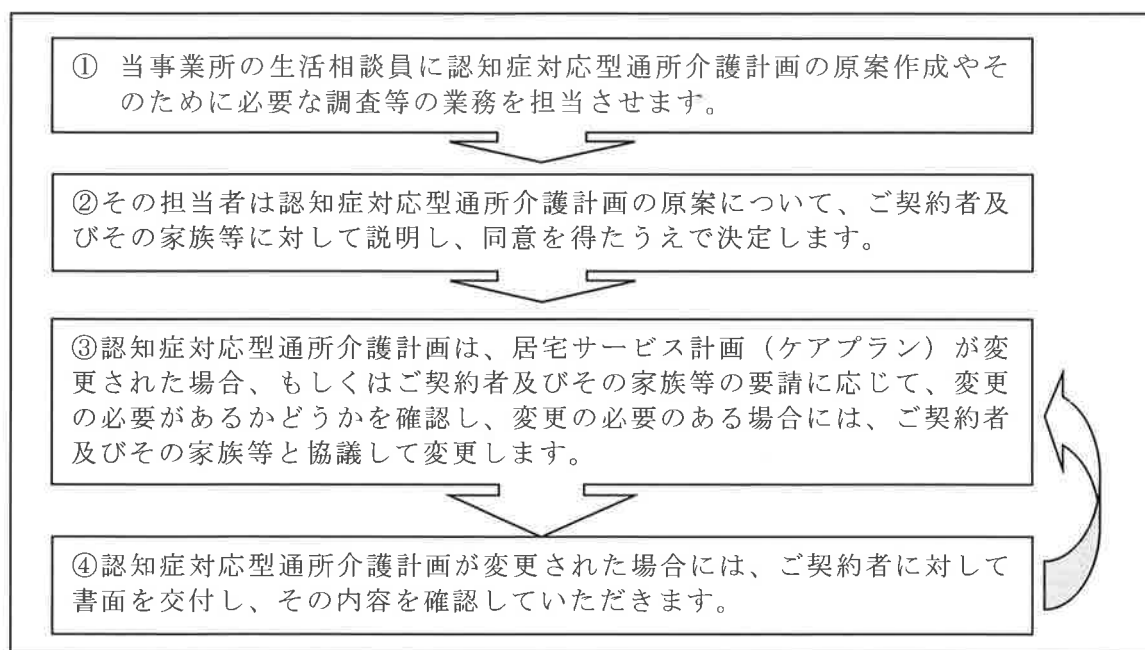
生活相談員 …ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
常時1名の生活相談員を配置しています。

介護従業者 …ご契約者の心身の状況等を的確に把握し、日常生活の介護や健康管理、指導及び援助業務、その他必要な業務にあたります。看護職員または介護職員が配置されます。

機能訓練指導員 …ご契約者の機能訓練を担当します。
機能訓練指導員は看護職員が兼務するものとします。

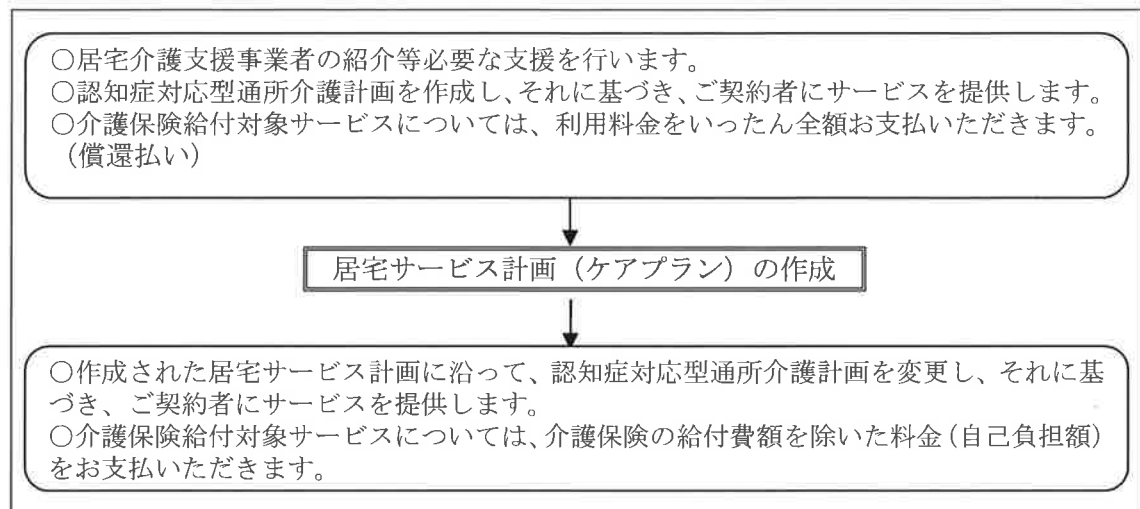
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「認知症対応型通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りとなります。

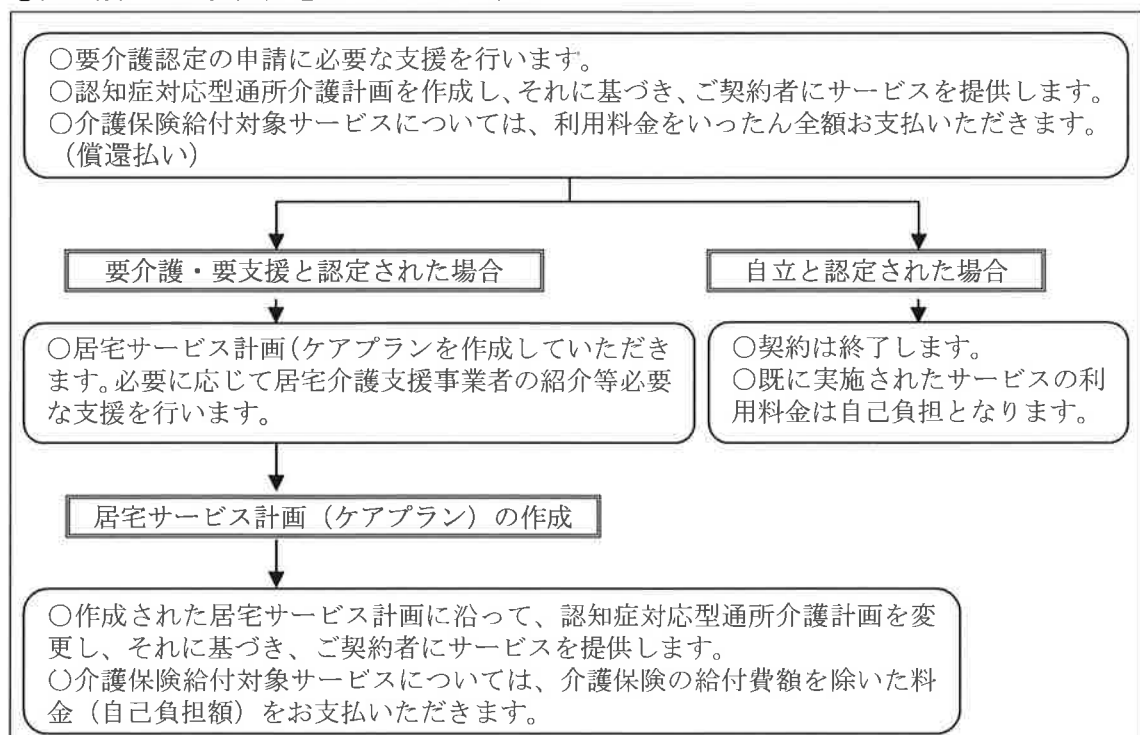


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護・要支援認定を受けている場合



②要介護・要支援認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
 - ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
 - ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
 - ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
 - ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
 - ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご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。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供することがあります。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

5. サービス利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（１）施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己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。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

（２）喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

6. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合及び契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時、事業者の損害賠償責任を免じることができるものとします。

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑧ 利用限度日数に達した場合

（1）ご契約者からの解約、契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約、解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従業者が故意又は過失によりご契約者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体、財物、信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を介助させていただくことがあります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が、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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当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 ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは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って、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
|--|

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

令和 年 月 日

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。

社会福祉法人春陽会
デイサービスMAOみなと

説明者職名 生活相談員 氏名 大友 あさみ 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、サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 印

代筆者
住所
氏名
(続柄) 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

デイサービスMAOみなと 利用料金表

認知症対応型通所介護（Ⅰⅱ）

令和7年4月1日改訂

【（介護予防）認知症対応型通所介護サービス（1回あたり）】

要介護度と サービス利用料金		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6～7時間（単位）		760	851	880	974	1,066	1,161	1,256
入浴介助加算（Ⅰ）		40単位／1回						
サービス提供体制加算（Ⅲ）		6単位／1日						
地域区分単価（5等地）		総単位数×10.55円						
1日あたりの 利用料金 （単位：円）	1割負担	850	946	991	1,090	1,187	1,273	1,374
	2割負担	1,701	1,893	1,954	2,181	2,375	2,547	2,776
	3割負担	2,551	2,839	2,931	3,272	3,563	3,820	4,121

【加算・減算について】

加算・減算項目	単位
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位／1回
科学的介護推進体制加算	40単位／1月
送迎未実施減算	－47単位／1回
若年性認知症受入加算	60単位／1日
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	月の総単位数×17.4%

【実費負担額】

昼食代	500円／1食
-----	---------

上記料金改定に同意します

令和 年 月 日

利用者氏名：_____

ご家族氏名：_____

デイサービスMAOみなと

事業所番号：0890200124

日立市みなと町10-10

TEL：0294-33-5859

FAX：0294-33-5869