

「指定通所介護(デイサービス)」  
「日常生活支援総合事業第一号事業」

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  
(香川県指定 第3771200056号)

当事業所はご利用者に対して指定介護(予防)通所介護サービスおよび介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(以下「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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

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

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2
6. 苦情の受付について	4

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 サンシャイン会  
(2) 法人所在地 香川県小豆郡小豆島町蒲生甲350番地  
(3) 電話番号 0879-75-2187  
(4) 代表者氏名 理事長 川西 基雄  
(5) 設立年月 昭和53年 9月14日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護(予防)通所介護事業所・平成11年10月15日指定  
通所型サービス(第1号通所事業)・平成30年4月1日指定  
(2) 事業所の目的 介護(予防)通所介護  
介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業  
(3) 事業所の名称 デイサービスセンターサンシャイン  
(4) 事業所の所在地 香川県小豆郡小豆島町蒲生甲350番地  
(5) 電話番号 0879-75-2187(代) 0879-75-2662(直)  
(6) 事業所長 氏名 川西 基雄  
(7) 開設年月日 平成10年10月 1日  
(8) 利用定員 1日25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 小豆保健福祉圏域(離島を除く)

(2) 営業日及び営業時間

営業日	日曜日以外(年末年始、12月31日～1月3日を除く)
受付時間	月～土 8:00～17:00
サービス提供時間	月～土 9:00～16:15

(3) 警報による休業

午前7時の時点で、台風等による警報が発令された場合(保険者に確認)は臨時休業とします。尚、サービス提供時間中に警報が発令された場合は、ご家族状況や道路事情も考慮した上でサービス中止を決定します。

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定(予防)通所介護サービスおよび通所型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	常勤換算	職員配置
1. 事業所長(管理者)	1	1名
2. 介護職員	3	4名
3. 生活相談員	1	1名
4. 看護職員(機能訓練指導員兼務)	1	1名
5. 調理員	1	1名

※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(例:週40時間)で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 生活相談員	勤務時間 8:00～17:00
	サービス提供時間 9:00～16:15
2. 介護職員	勤務時間 8:00～17:00
	サービス提供時間 9:00～16:15
3. 看護職員	勤務時間 8:00～17:00
	サービス提供時間 9:00～16:15

### 5. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

なお、当事業所が提供するサービスについては、

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

があります。

(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)

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常7割～9割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

・ご利用者の昼食を提供いたします。 食事時間 12:00～13:00

②排泄

・ご利用者の排せつの介助を行います。

③送迎サービス

・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

④入浴サービスを行います。

⑤選択的サービスとして次のサービスを行います。

・アクティビティ（集団的に行うレクリエーション、創作活動等の機能訓練）サービスを行います。

<サービス利用料金（1月あたり）>（契約書第6条参照）

下記のサービス利用料金表は、ご利用者の要支援・要介護度に応じたサービス利用料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。

（下記サービス料金表は、ご利用者の要支援・要介護に応じて異なります。）

**基本料金表（要支援…月額・要介護…日額）**

		要支援1 通所型 サービス1	要支援2 通所型 サービス2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. ご契約者の要介護とサービス利用料金(1)		17,980	36,210	6,580	7,770	9,000	10,230	11,480
2. うち、介護保険から給付される金額(2)	1割	16,182	32,589	5,922	6,993	8,100	9,207	10,332
	2割	14,384	28,968	5,264	6,216	7,200	8,184	9,184
	3割	12,586	25,347	4,606	5,439	6,300	7,161	8,036
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1割	1,798	3,621	658	777	900	1,023	1,148
	2割	3,596	7,242	1,316	1,554	1,800	2,046	2,296
	3割	5,394	10,863	1,974	2,331	2,700	3,069	3,444

**サービス料金表**

		要支援1 通所型 サービス1	要支援2 通所型 サービス2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
入浴介助加算Ⅰ	1割	加算なし		40				
	2割			80				
	3割			120				
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1割	88	176	22				
	2割	176	352	44				
	3割	264	528	66				
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1割	72	144	18				
	2割	144	288	36				
	3割	216	432	54				
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1割	24	48	6				
	2割	48	96	12				
	3割	72	144	18				
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の単位数×9.2%						
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の単位数×9.0%						
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の単位数×8.0%						
介護職員等処遇改善加算Ⅳ		介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の単位数×6.4%						

☆ご利用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)。また、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。償還払いとなる場合、ご利用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。

☆ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。(下記(2)①参照)

☆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します。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第6条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用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(食費)

ご利用者に提供する食事にかかる費用です。

料金:1回あたり550円

#### ② 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。

#### ③ 複写物の交付

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。

A4サイズまでの大きさ1枚につき 10円 それ以上のサイズ 1枚につき 20円

#### ④ 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利用者の日常生活に要する費用でご利用者に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。

おむつは、ご利用者が用意してください。なお、事業所のおむつを使用した場合は、後日、同等の物をご持参ください。

## (3) 利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時に、その都度お支払いください。

## (4) 利用の中止、変更、追加(契約書第7条参照)

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスおよび通所型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、取消料として料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用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。

○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利用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利用者に提示して協議します。

## 6. 苦情の受付について(契約書第20条参照)

当事業所は、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記のとおり設置し、苦情解決に努めます。

(1) 苦情解決責任者 川 西 基 雄 (事業所長・総合施設長)  
(2) 苦情受付担当者 三 浦 毅 丈 (課長・生活相談員)  
電話番号 0879-75-2662

(3) 第三者委員 三 木 功(小豆島町社会福祉協議会 会長)  
電話番号 0879-75-0052  
谷 本 広 志(サンシャイン会 評議員)  
電話番号 0879-75-0832

### (4) 苦情解決の方法

#### ① 苦情の受付

↓

#### ② 苦情受付の報告・確認

↓

#### ③ 苦情解決のための話し合い

イ 第三者委員による苦情内容の確認

ロ 第三者委員による解決策の調整、助言

ハ 話し合いの結果や改善事項等の確認

#### ④ 当施設で解決できない苦情は「香川県運営適正化委員会」

(相談専用電話087-861-1300)へ申し立てることができます。

#### ⑤ 市町村から求めがあった場合には、苦情の改善内容を市町村へ報告いたします。

## 7. 事故発生時の対応について

サービス提供中に事故が発生した場合、速やかにご家族、関係機関に連絡いたします。

また、サービス提供者の責めに帰すべき事由により、損害を及ぼした場合は、速やかに損害を賠償します。

令和 年 月 日

指定介護(予防)通所介護サービスおよ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。

デイサービスセンターサンシャイン

説 明 者

職 名 生活相談員

氏 名 三浦 毅丈

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およ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 香川県小豆郡

氏 名 印

ご家族住所

氏 名 (続柄 ) 印

### 情報提供の同意について

利用者と貴事業所との間の介護保険法に基づく契約書第10条の守秘義務に関し、利用者のよりよいサービス提供のために、担当者会議・照会等において、利用者の個人情報及び家族の情報を契約の期間中用いることを前記の署名・押印を以て同意いたします。

