

デイサービスセンター

*** ご利用にあたって ***
(重要事項説明書)



社会福祉法人 明徳会
総合老人福祉施設 テンダーヒル御所
奈良県御所市船路415番地
TEL 0745-66-2500 FAX 0745-66-2512

事業所

事業所の種類	指定介護予防通所介護	指定通所介護
指定番号	2970800013	2970800013
事業実施区域	御所市全域 及び 五條市 (小山町・出屋敷町・小和町・久留野町・居博町・近内町・住川町) 葛城市、旧新庄町 (忍海・新村・新町・南花内・西辻・林堂・脇田・薑)	

指定基準職員体制（介護予防事業兼務）

・生活指導員 1名 ・看護職員 1名 ・管理栄養士 1名 ・介護職 4名

設備の概要

定員 25名 養護室 20㎡ デイルーム 52㎡ 機能訓練室・食堂 80㎡ 浴室 80㎡

浴室 一般浴中間浴・特殊浴槽

送迎車 8台（昇降リフト付き車含む）

厨房 委託

事業所の目的

介護保険法令に従い、高齢者が、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に支援することを目的として、通所サービス（デイサービス）を提供します。

当事業所の運営方針

- 1 本事業所において提供するデイサービスは、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものです。
- 2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及び内容に沿ったものです。
- 3 利用者又はその家族に対して、サービスの内容及び具体的に何をしているのかわかりやすく説明します。
- 4 適切な介護技術をもってサービスをおこないます。
- 5 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
- 6 介護予防居宅サービス計画又は居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画に沿ったデイサービスをおこないます。

営業日及び営業時間

営業日	月～土（日曜日、12/31～1/3を除く）
受付時間	8：00～17：00
サービス提供時間帯	おおむね9：00～16：30 （7時間以上9時間未満の利用は可能） （送迎の順番等により、若干変動する事があります）

祝日に重なる日のご利用のお願い

デイサービスは年始年末及び日曜日を除く「国民の祝日」は営業しております。ところが、医療機関はご利用者様の主治医を含め、休日診療所を除き休診となっているところがほとんどです。ご家族の皆様には、ご利用者様の体調の変化に応じて、ご相談・ご協力をお願いする必要があるかと存じますが、よろしく申し上げます。

要介護度とサービス種別

要介護度	サービス種別
要支援 1、2	介護予防通所介護 （予防給付）
要介護 1～5	通所介護 （介護給付）

介護保険サービス利用料

○介護予防通所介助（予防給付） 月額

〔共通サービス〕

ご契約者の要介護度	要支援1	要支援2
自己負担額（1割）	1,647単位	3,377単位

※入浴、送迎費は含まれます。

〔加算〕

サービス内容	自己負担額（1割）
運動器の機能向上加算	225単位
口腔機能向上加算	150単位
栄養改善加算	150単位
若年性認知症利用者受入加算	240単位
複数実施加算 (運動器の機能向上及び口腔機能向上加算を両方実施した場合)	480単位
複数実施加算 (運動器の機能向上及び口腔機能向上加算、栄養改善加算の3種類実施した場合)	700単位

サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	要支援1	72単位
	要支援2	144単位
サービス提供体制強化加算Ⅰ（ロ）	要支援1	48単位
	要支援2	96単位

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（共通サービス＋加算）× 4.0/100
---------------	-------------------------

食費	760円
----	------

教養娯楽費	60円/日
-------	-------

※ サービス料金は国の基準で変更する場合があります。

※ 1ヶ月の料金計算方法

共通サービス

+
加算料金

+ 食費・教養娯楽費×利用日数 = 1ヶ月利用料

地域区分（御所市・7級地） 1単位＝10.14円

○通所介護（介護給付）通常規模型通所介護

（3時間以上5時間未満）	
ご契約者の要介護度	自己負担額（1割）
要介護1	380単位
要介護2	436単位
要介護3	493単位
要介護4	548単位
要介護5	605単位

（5時間以上7時間未満）	
ご契約者の要介護度	自己負担額（1割）
要介護1	572単位
要介護2	676単位
要介護3	780単位
要介護4	884単位
要介護5	988単位

（7時間以上9時間未満）	
ご契約者の要介護度	自己負担額（1割）
要介護1	656単位
要介護2	775単位
要介護3	898単位
要介護4	1,021単位
要介護5	1,144単位

※送迎費は含まれます。

送迎の無い場合（－47単位／片道）

※体調不良時のサービス途中終了について（契約書第8条5）

体調不良によりサービス利用を途中終了した場合であっても、通所介護
計画上の時間単位数で算定させていただきます。

加算	自己負担額（1割）
口腔機能向上加算	150単位（月2回まで3ヶ月）
栄養改善加算	150単位（月2回まで3ヶ月）
入浴加算	50単位/回
認知症加算	60単位/回
若年性認知症利用者受入加算	60単位/回
サービス提供体制強化加算Ⅰ	（イ）18単位（ロ）12単位
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（要介護度別利用 + 加算料金） × 4.0 / 100

食費	760円
----	------

教養娯楽費	60円/日
-------	-------

※サービス料金は国の基準で変更する場合があります。

※1日の料金計算方法

$$\boxed{\text{要介護度別利用}} + \boxed{\text{加算料金}} + \boxed{\text{食費・教養娯楽費}} = \text{1日利用料}$$

地域区分（御所市・7級地）1単位＝10.14円

その他のサービス

①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

②レクリエーション、クラブ活動

レクリエーションやクラブ活動等で個別に物品を購入する場合に必要分負担していただきます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③緊急時病院通院

ご契約者の体調の変化により施設の車両にて通院を行い、また付き添いを必要とする場合には実費をご負担いただきます。

片道につき 1,840円（市内）
3,600円（市外）

日常生活上必要となる諸費用実費

内容		金額
テープ止め		200円
リハビリパンツ		200円
尿取りパット		100円
フラット		100円
手帳の再発行	1冊目は不要	510円

ご利用料金のお支払い方法

ご利用料金等は、1ヶ月毎に集計し毎月15日頃に請求書をお送りしますので、次のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 金融機関（南都銀行または郵便局・農協）口座からの自動引き落とし

- ・引落日は、毎月20日です。

- （郵便局のみ、20日に引落不能の場合は28日に再度引落としを行います）

- ・残高不足等で引落不能の場合は、翌月に2ヶ月分が引き落とされます。

イ. 指定口座（南都銀行または郵便局）への振込

- ・振込手数料は、利用者様負担となります。

- ・請求書が届いた月の末日までにお振り込みください。

ウ. 現金によるお支払い

- ・請求書が届いた月の末日までにご持参ください。

秘密保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する業務は、契約が終了した後も継続します。事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。当法人における個人情報の利用目的は次のとおりです。

社会福祉法人明徳会における個人情報の利用目的

1. 当法人内で利用するもの

- ① 当法人の運営する各事業部門がご利用者に提供する介護福祉サービス
- ② 介護保険事務
- ③ ご利用者に係る各事業部門の管理運営業務のうち、
 - ・入退居等の管理
 - ・会計、経理
 - ・事故等の報告
 - ・当該ご利用者の介護福祉サービスの向上
- ④ 費用の請求および受領に関する事務
- ⑤ 法人又は当該事業部門全体の介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ⑥ 学生等の現場実習への協力

2. 他の機関および事業者等への情報提供を伴うもの

- ① 他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所および医療機関との連携、照会への回答等
- ② 介護福祉サービス提供にかかる業務委託
- ③ 家族等への心身の状況説明
- ④ 介護保険事務の委託
- ⑤ 介護保険審査支払機関へのレセプトの提出
- ⑥ 介護保険審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ⑦ 損害賠償保険、傷害保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ⑧ 苦情解決にかかる第三者委員への相談および照会の回答

3. 法令上、介護関係事業者（従事者を含む）が行うべき義務として明記されているもの

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業者等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

4. 行政機関等の報告徴収・立入検査等に応じることが間接的に義務づけられているもの

- ① 市町村による文書等提出の要求への対応
- ② 厚生労働大臣又は県知事による報告命令、帳簿書類等の指示命令等への対応
- ③ 県知事による立ち入り検査等への対応
- ④ 市町村が行う利用者からの苦情に関する調査への協力等
- ⑤ 事故発生時の市町村への連絡

以上

