

# デイサービスセンターかわせみ

## 重要事項説明書

社会福祉法人 湧泉会  
デイサービスセンターかわせみ

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(清水町指定第 2271300176 号)

当事業所はご契約者に対して指定地域密着型通所介護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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「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
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 代理人
7. 苦情の受付について
8. 損害賠償責任

## デイサービスセンターかわせみ 重要事項説明書

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 湧泉会  
(2) 法人所在地 静岡県駿東郡清水町的場 188 番地の 6  
(3) 電話番号 055-984-3318 (代表)  
(4) 代表者氏名 理事長 三井 陽平  
(5) 設立年月 平成 15 年 3 月 25 日

### 2. 事業所の概要

- (1) 業所の種類 指定地域密着型通所介護事業所  
平成 16 年 2 月 13 日指定  
清水町 2271300176 号  
\*特別養護老人ホームかわせみに併設されています。

#### (2) 事業所の目的

指定地域密着型通所介護は、介護保険法に従い、ご契約者(利用者)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、ご契約者に、地域密着型通所介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターかわせみ  
(4) 事業所の所在地 静岡県駿東郡清水町的場 188 番地の 6  
(5) 電話番号 055-984-3318 (直通)  
(6) 管理者氏名 三井 陽平  
(7) 当事業所の運営方針

日帰りの援助を利用者個人の要介護度に応じた介護を基本とし、一日の生活が快適に且つ、心身の機能維持および向上がはかれるよう行う。

- (8) 開設年月日 平成 16 年 3 月 15 日  
(9) 利用定員 18 人 (介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業利用者含み)

### 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 清水町  
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 *ただし、年末 12 月 29 日から年始 1 月 3 日を除く
受付時間	8 時 30 分～17 時 30 分
サービス提供時間	9 時 10 分～16 時 30 分

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護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	職 員 数	備 考
1. 管理者	1 名	
2. 介護職員	2 名以上	常勤換算 2 名以上
3. 生活相談員	1 名以上	
4. 看護職員	1 名	
5. 機能訓練指導員	1 名	看護職員兼務

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

### 〈サービス利用料金(1回あたり)〉

別紙の料金表によって、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)をお支払いください。(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。)

- ご契約者が、未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一旦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。
- ご契約者に食事の提供に要す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、ご契約者の負担額を変更します。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付され、1割、2割または3割が自己負担となります。

#### 〈サービスの概要〉

- ① **入浴** 入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ② **排泄** ご契約者の排せつの介助を行います。
- ③ **機能訓練** 機能訓練指導員により、ご利用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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

### (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(食材料費及び調理費)

ご契約者に提供する食事に要する費用です。(食材料費及び調理費)費用については別紙のとおりとなっております。(食事時間 12:00~13:00)

##### ② 通常の事業実施区域外の送迎(原則的にはご家族による送迎をお願いします。)

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方が、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、送迎サービス費用の外に下記料金をいただきます。

通常の事業実施地域の境界からお住まいまでの距離によります。

距離 10km 未満 1回につき 500円

距離 10km 以上 1回につき 1,000円

※ 通常の事業実施地域(清水町)

##### ③ 日常生活上必要となる諸費用実費

ご契約者のご希望により個人的な使用のためかかる日用品費及び教養娯楽費

##### ④ おむつ代等

尿取りパット(1枚) 50円

リハビリパンツ・介護用紙おむつ(各1枚) 100円

##### ⑤ おむつ処理代

尿取りパット・リハビリパンツ・介護用紙おむつ(各1枚) 10円

⑥ ご契約者が未だ介護認定を受けていない場合

ご契約者が、未だ要介護認定を受けていない場合、契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合、ご契約者は別紙のサービス利用料金をいったん事業者を支払うものとします。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1 カ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までにお支払いください。

ア. 下記指定口座への振り込み

J A 富士伊豆	清水支店
普通預金	NO, 0106297
振込先	社会福祉法人 湧泉会 三井 陽平

(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、地域密着型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7日前までに事業者へ申し出てください。

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。

(5) 利用にあたっての留意事項

利用者の方は、適切なサービスを受ける為に以下の事項を行わないよう留意してください。

1. 喧嘩、口論、泥酔等他人に迷惑をかけること。
2. 指定した場所以外での喫煙及び火気を用いること。
3. 秩序並びに風紀を乱し、安全衛生を害すること。
4. 他の利用者又は介護職員等に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営業活動等を行うこと。
5. 故意に施設若しくは設備等に損害を与える又は設備・備品等を持ち出すこと。
6. 厨房、機械室及び倉庫に立ち入ること。

6. 代理人

契約者は、契約の有効期間中に心神喪失その他の事由により判断能力を失った場合に備えて、契約者の家族等をあらかじめ代理人として定めることとします。



令和 年 月 日

指定地域密着型通所介護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かわせみ

説明者

職名

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、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住所

氏名

印

代理人  
(契約者との続柄)  
( )

住所

氏名

印

別紙

## デイサービスセンターかわせみ利用料金表

令和6年6月1日より、介護保険法の改正により、介護給付費利用料金は下記のとおりとなります。

### 「1」介護保険対象料金表（1回当たり）

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	753 単位	890 単位	1032 単位	1172 単位	1312 単位
②入浴介助加算 I	40 単位				
③中重度者ケア体制加算	45 単位				
④サービス提供強化加算	22 単位				
認知症加算(日常生活自立度Ⅲ以上)	60 単位				

※ 1 回の利用単位数に利用回数を乗じた数に介護職員等処遇改善加算(所定単位数の 92/1000)を乗じたものに、清水町の地区単価(10.14 円)を乗じた金額が月間利用金額となります。この金額の 1 割、2 割または 3 割(介護保険負担割合証による)が利用者様負担額(利用料金)となります。

### 「2」介護保険給付対象外サービス

〈食 費〉一食 700 円・・・食材料費及び調理費