

地域密着型通所介護重要事項説明書

1 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	デイサービスママメイト
所在地	〒270-1176 千葉県我孫子市柴崎台 2-9-4
電話番号	04-7128-4426
営業時間	8:00～17:00 月曜日～金曜日（祝日も営業しています） 年末年始の休業があります
介護保険指定番号	1272701259
サービス提供地域	我孫子市

(2) 事業所の職員体制

	資 格	常 勤		非常勤	計
		専従	兼務		
管理者	介護福祉士		1名		1名
生活相談員	介護福祉士		3名		3名
機能訓練指導員	看護師			5名	5名
介護職員	介護福祉士 介護職員初任 者過程修了者	1名	3名	3名	7名

(2025年1月8日)

(3) サービスの提供時間帯

	曜日	時間	定員
1 単位目	月～金曜日	午前 9 時～午後 12 時 05 分	13名
2 単位目	月～金曜日	午後 1 時 30 分～午後 4 時 35 分	13名

2 事業の目的および運営方針

(1) 事業の目的

株式会社ママ MATE が開設するデイサービスママメイトが行う地域密着型通所介護の適切な運営を確保し、要介護状態にある高齢者に対し適正な指定通所介護を提供することを目的とします。

(2) 事業の運営方針

- ① 事業所の通所介護従業者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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に、さらに利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持および家族の身体的・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および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。
- ② 事業の実施にあたっては、自治体、地域包括センター、近隣の他の保険・医療または福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。

3 利用料金

(1) 利用料

自己負担額一覧表				デイサービスママメイト				令和6年6月1日より	
		単位数	総費用	給付率90%(1割負担)		給付率80%(2割負担)		給付率70%(3割負担)	
				公費負担	自己負担	公費負担	自己負担	公費負担	自己負担
要介護1		416	5,315	4,783	532	4,252	1,063	3,720	1,595
要介護2		478	6,011	5,409	602	4,808	1,203	4,207	1,804
要介護3		540	6,706	6,035	671	5,364	1,342	4,694	2,012
要介護4		600	7,379	6,641	738	5,903	1,476	5,165	2,214
要介護5		663	8,085	7,276	809	6,468	1,617	5,659	2,426
要支援1		1798	21,420	19,278	2,142	17,136	4,284	14,994	6,426
要支援2		3621	42,672	38,404	4,268	34,137	8,535	29,870	12,802
地域 密着	科学的介護推進体制加算	40	単位			総合 事業	科学的介護推進体制加算	40	
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	9.2	%				介護職員等処遇改善加算Ⅰ	9.2	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	単位				サービス提供体制強化加算Ⅱ	72	
	地域加算(6級地)	10.27	円				地域加算(6級地)	10.27	
地域密着のその他費用									
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		56	628	565	63	502	126	439	189
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ		76	852	766	86	681	171	596	256
個別機能訓練加算(Ⅱ)		20	224	201	23	179	45	156	68
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	1,794	1,614	180	1,435	359	1,255	539
総合事業のその他の費用									
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	1,794	1,614	180	1,435	359	1,255	539
株式会社ママMATE									

- 介護保険適用の場合でも保険料の滞納などにより、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦介護保険適用外の場合の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いた

します。サービス提供証明書と領収書を後日、市役所の窓口に出しますと差額の払い戻しを受けることができます。

- 科学的介護推進体制加算、個別機能訓練加算および口腔機能向上加算は、利用者の同意が得られた場合に算定させて頂く加算です。
- その他の法定加算として、介護職員等処遇改善加算、サービス提供体制強化加算および地域加算が発生します。

(2) その他利用料

- | | |
|--------------------|---------------|
| ① お茶、おやつ代 | 200 円 |
| ② おむつ代 | 100 円 |
| ③ パッド代 | 50 円 |
| ④ その他日常生活において必要な費用 | |
| | 実費（ご希望があった場合） |

- お茶、おやつ代はご利用前日 17 時までにキャンセルのご連絡をいただかなかった場合にはキャンセル料として実費をいただきます。
- 生活保護を受けている方のお茶、おやつ代は 100 円です。

(3) 料金のお支払方法

毎月、10 日をめどに前月分の請求をいたします。お支払いは、金融機関口座自動引き落とし（20 日）でお願いします。なお、現金支払いの方は、お支払いの際に領収証を発行します。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

事業所にお電話またはご来所いただくか、居宅介護支援事業所にお申し込みください。

(2) サービスの終了

- ① 利用者の都合でサービスを終了する場合
 - 事業者に対して文書で通知をすることにより、この契約を解約することができます。
- ② 事業所の都合でサービスを終了する場合
 - 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して契約終了日の 1 か月間の予告期間において理由を示した文書で通知するこ

とにより、この契約を解約することが出来ます。

- ③ 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することが出来ます。
- 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - 事業者が守秘義務に反した場合
 - 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - 介護保険法令等が変更になり事業者が事業の継続が困難になった場合
 - 事業者が破産した場合
- ④ 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することが出来ます。
- 利用者のサービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、7日間以内に支払われない場合
 - 利用者またはその家族などが事業者やサービス従業者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
- ⑤ 次の事由に該当した場合は、この契約を自動的に終了します。
- 利用者が介護保険施設等に入所した場合
ただし、介護保険施設等から在宅に戻った場合は双方合意のもとにこの契約を再開することが出来ます
 - 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - 利用者が死亡した場合

5 緊急時の対応

サービス提供中に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じたときは、医療機関または緊急連絡先に連絡します。

6 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、自治体、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、事業者の加入する保険の範囲内にて損害賠償を行います。

7 業務継続計画の策定と維持

事業所は感染症または非常災害の発生時に自身、自宅、家族に被害が無い職員により、かつ職員の稼働の安全確保が確実な場合に対応が可能な優先業務の維持と、早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な措置を講じ、研修し、訓練します。

8 感染症の発生予防とまん延防止

事業者は感染症の発生予防とまん延防止のための指針を整備し、委員会を定期的開催するとともにその結果を周知徹底し、研修および訓練を実施します。

9 虐待の防止

事業者は高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律の趣旨に基づき養護者による高齢者虐待の早期発見、要介護施設従事者等による高齢者虐待の発見、および事業所内での発生防止を図るために指針を整備し、担当者を定め、委員会を定期的開催するとともにその結果を周知徹底し、研修を実施します。

10 身体拘束とその記録

事業者は身体拘束等の適正化のための指針を整備し、委員会を定期的開催するとともにその結果を周知徹底し、研修を実施します。

事業者は、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

なお、身体拘束を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。

ただし、姿勢保持を目的としたシートベルト等の使用はこの限りではありません。

11 サービス内容に関する苦情

苦情を解決するための体制と手順は、以下のとおりです。

(1) 苦情を受け付けた場合は、苦情の内容を整理します。

(2) 従業者より事実関係を聴取し、状況を把握します。状況によっては聞

き取りのため利用者を訪問し確認します。

- (3) 苦情の内容によっては管理者に報告しその指示を受けます。
- (4) 苦情受付担当者は、把握した状況を検討し、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、利用者との話し合いにより解決を図ります。
- (5) 苦情受付担当者は、苦情受付から解決の経過および再発防止策を記録し、社内で共有し、管理します。

事業所利用者相談・苦情・虐待防止担当

受付者 生活相談員

管理者 金塚 裕美

電話番号 04-7128-4426

受付時間 月曜日～金曜日 8:00～17:00

時間外は緊急連絡先 090-3712-3477

その他（行政窓口）

我孫子市 04-7185-1111

千葉県国民保健団体連合会 043-254-7428

個人情報使用同意書

利用者および家族の個人情報をサービス担当者会議において利用するほかに、以下の使用目的に利用することを同意します。

使用目的

1. 居宅サービス計画の作成
 - (ア) アセスメントの受領
 - (イ) 居宅サービス計画の受領
 - (ウ) 通所介護計画書の作成および配布
2. サービスの提供
 - (ア) サービス提供票の受領および提出
 - (イ) サービス提供の計画
 - (ウ) 介護職員によるサービスの提供
 - (エ) サービス実施記録の作成
 - (オ) 通所介護支援経過記録の作成および配布
 - (カ) モニタリングの実施、記録および配布
3. 管理運営業務
 - (ア) 介護保険給付金請求にかかる行政機関への請求事務
 - (イ) 公費負担介護にかかる行政機関への請求事務
 - (ウ) 利用者負担の請求にかかる請求事務
 - (エ) 利用料金の銀行引落しでの手続きで、銀行口座番号および利用者の氏名、住所等の照会
 - (オ) 当社のサービスのご案内の発送
 - (カ) ご利用実態調査（アンケート）
 - (キ) 介護事故等の報告
 - (ク) 法令に基づく場合、介護保険事務、他の介護サービス事業者との連携および家族への説明
 - (ケ) 介護賠償責任保険等にかかる、介護に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等

年 月 日

利用者 _____

家族 _____

続柄[]

続柄[]

写 真 掲 載 承 諾 書

事業者および事業所では、日々の活動を幅広く地域の方々にご理解いただくために、サービス時の様子などを事業者のホームページや事業者機関誌に掲載し報告しております。

デイサービスにおける利用者の写真と著作物の写真のホームページや機関誌に掲載の承諾可否をご記入ください。

利用者の写真および著作物の写真をホームページや機関誌に掲載することを

☐ 承諾する

☐ 承諾しない

緊急時の対応

重要事項説明書第 5 項の連絡先として以下を指定します。

主治医

病院名 _____

科目 _____

担当医 _____

電話番号 _____

緊急時の連絡先

1 氏名 _____

続柄[]

電話 _____

2 氏名 _____

続柄[]

電話 _____

※上記、主治医・緊急連絡先等が変更となった場合は速やかに
ご連絡頂きますようお願い致します。

デイサービスママメイト 04-7128-4426
090-3712-3477（緊急時又は営業時間外）

契約締結日

年 月 日

事業者

〔所在地〕 千葉県我孫子市柴崎台 2-9-4

〔事業者名〕 株式会社 ママ^{×イト}MATE

〔代表者名〕 代表取締役 高倉 祐子

私は重要事項説明書により事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受け、個人情報および写真・著作物の適切な使用に同意し、通所介護のサービスの利用を開始します。

この契約を証するため、本書を 2 通作成し、利用者、事業者が署名捺印のうえ、1 通ずつ保有するものとします。

〔利用者氏名〕 _____

〔利用者住所〕 _____

〔利用者 TEL〕 _____

(続柄：)

〔ご家族氏名〕 _____

〔ご家族住所〕 _____

〔ご家族 TEL〕 _____

(続柄：)

〔代理人氏名〕 _____

〔代理人住所〕 _____

〔代理人 TEL〕 _____