

永楽苑デイサービスセンター指定通所介護事業所

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。
(秋田県指定 第0572104123号)

当施設はご契約者に対して、指定通所介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容等、契約上ご注意いただきたいことを次の通りご説明いたします。

※当施設の利用は、原則として要支援認定を受けた方が対象となります。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 秋田県民生協会 |
| (2) 法人所在地 | 秋田県北秋田市上杉字金沢162-1 |
| (3) 電話番号 | 0186-78-3182 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 木村 久美夫 |
| (5) 設立年月日 | 昭和52年(1977年)9月21日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所 (平成12年4月1日指定)
秋田県第 0572104123 号 |
| (2) 施設の目的 | 指定通所事業は、介護保険法令に従い、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事ができるように支援することを目的として、ご契約者に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永楽苑 |
| (4) 事業所の所在地 | 秋田県北秋田市川井字オノ神61-13 |
| (5) 電話番号 | 0186-78-5155 |
| (6) 事業所の管理者 | 小林 次味 |
| (7) 当事業所の運営方針 | 介護保険法並びに老人福祉法の理念に基づき、利用者の入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、機能訓練等の世話を行うことにより、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出来るように支援することを目指します |
| (8) 開設年月日 | 平成8年(1996年)1月6日 |
| (9) 営業日及び | 月曜日から土曜日 |

営業時間 9 : 4 0 ~ 1 5 : 5 0 (通 年)

(10) 実施地域 旧合川町全域及び旧森吉町大沢地区、旧鷹巣町大野尻、蟹沢地区

(11) 利用定員 3 0 人

(12) 居室等の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
食 堂	1 室	兼多目的ホール
機能訓練室	1 室	兼休養室
浴 室	1 室	※浴槽 2 ヶ

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定通所介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。

3. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定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おります。

<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 種	
管理者 (社会福祉士)	1 名	介護職員 (内、介護福祉士)	4 名 (3 名)
生活相談員 (社会福祉主事) 兼務 介護職員 (介護福祉士)	2 名	機能訓練指導員 (理学療法士)	1 名
看護職員 (内、非常勤) (兼務 機能訓練指導員)	2 名 (1 名) (1 名)	介護補助職員 (非常勤)	3 名

※常勤職員 7 名 非常勤職員 4 名

<勤務体制>

	勤 務 体 制
月曜日～ 土曜日	※原則 (基準) として利用者 5 名あたり職員 1 名でのお世話となります。 (日 中) 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 (通 年) (時間外・早朝) 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0 1 名による見守り支援。 (日 中) 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 最大 1 1 名 (時間外・夕方) 1 6 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 1 名による見守り支援。

4. 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。

但し、サービスによって (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 と (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 があります。

(1) 介護保険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9割（通常）が介護保険から給付されます。

※ご契約者の収入によって介護保険給付が8割または7割なる場合があります。

<サービスの内容>

①食事（食費は別途いただきます）

・当事業所では、味処「さざなみ」の立てる献立により栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供致します。

＊ご契約者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

②入浴介助

- ・入浴又は清拭を行い、自立支援を目指した介助を行います。
- ・車椅子利用者の方も入浴用チェアを使用して入浴することができます。

③排泄介助

・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大活用した援助を行います。

④機能訓練

・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、またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤送迎

・障害の程度、地理的条件等により、送迎を必要とするご利用者については車輦により送迎を実施します。また、必要に応じて送迎車輦への昇降及び移動の介助を行います。

<サービスの利用料金（1日当たり）> 【契約書第8条参照】

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料は『別表1料金表』に定めた額とし、1～3割をお支払い頂きます。

※介護予防・総合事業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いたします。

(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8条参照】

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

①食 費

料金 550 円

②通常時間を超えてサービスの提供を受ける場合

料金 1時間あたり200円

③レクリエーション、趣味活動

ご契約者の希望により、季節の行事、レクリエーションや趣味活動に参加していただくことができます。

料金 材料費代、お弁当代等の実費

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く場合もあります。 1枚につき 30円

⑤日常生活上必要となる諸費実費

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、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をいただきます。

おむつ代 1枚120円 パット1枚20円

(3) 利用料のお支払い方法 【契約書第8条参照】

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

ア. 窓口での現金支払い

イ. 下記の金融機関からの引き落とし

北都銀行、

郵便局口座、

秋田たかのす農業協同組合、

秋田県信用組合

※引き落とし日は毎月15日に行い、前月分請求となります。

15日が土日・祝祭日の場合は、翌日または翌々日の引き落としになります。

(4) 利用の中止、変更、追加 【契約書第9条参照】

・ 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、料金をお支払い頂く場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合は、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%

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防・総合事業サービスの利用日の変更・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、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

(5) 事故発生時の対応

介護予防・日常生活支援総合事業サービスの提供等で事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等関係事業所に連絡すると共に、協力医療機関並びに嘱託医に連絡する等の必要な措置を講じます。

また火災、自然災害、事件等のあらゆる危機に対し、利用者、職員の生命及び健康を守ることを最優先に必要な措置を講じ、的確かつ迅速に対応・対策をします。

5. 苦情の受付について 【契約書第23条参照】

利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、施設長を責任主体とした苦情解決指針に基づいて処理致します。

また苦情の処理体制、手順については、あらかじめその内容を説明すると共に、施設内にも掲示します。

(1) 当事業所における苦情の受付

- ・ 苦情受付窓口 管理者・生活相談員 小林 次味
生活相談員 小林 学
- ・ 受付時間 月曜日～土曜日 8：30～17：00
- ・ 電話番号 0186-78-5155

(2) 行政機関その他苦情受付機関

北秋田市役所 高齢福祉課

所在地 北秋田市花園町19番1号
電話番号 0186-62-1112
受付時間 8:30~17:00

(3) 秋田県国民健康保険団体連合会

所在地 秋田市山王4-2-3
電話番号 018-883-1550
受付時間 8:30~17:00

(4) 秋田県運営適正化委員会

所在地 秋田市旭北栄町1-5
電話番号 018-864-2726
受付時間 8:30~17:00

6. 苦情解決責任者について

- ・苦情解決責任者 永楽苑 施設長 村形 耕悦
・受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：00
・電話番号 0186-78-5151

7. 個人情報保護について（契約書第12条）

- (1) 業務上知り得た利用者及びその家族の個人情報については、正当な理由なく利用しません。
- (2) 当施設の職員、又は職員であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た個人情報を洩らす事が無いよう必要な措置を講じております。
- (3) 通所サービスの提供にあたり、各種認定の申請、更新、ケアプランの立案、計画、医療機関等の連絡調整、緊急を要する場合等、あらかじめ利用者、ご家族の同意のもとに、必要最低限の範囲で使用させていただきます。

同意書

永楽苑指定通所介護事業所のサービス提供の開始に際し、あらかじめ運営規程の概要、職員の勤務体制、事故発生時の対応、利用料金、苦情処理体制、個人情報保護体制、サービスの内容、その他利用についての必要事項について説明を受け、確認したのでここに同意します。

令和 年 月 日

印

印

(続柄)

印

利用料金（1ヶ月当たりの概算）についての承諾書

ご利用者名 _____ 様

(負担割合 割)

1 介護予防給付対象サービス料金

イ) 介護費（要介護 ）	円 ×	回 =	円
ロ) 入浴介護加算（Ⅰ）	40円 ×	回 =	円
ハ) 個別機能訓練（Ⅰ）イ	56円 ×	回 =	円
ニ) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円 ×	回 =	円
小計@			

ニ) 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）@ 円 × 9.2% = 円

給付対象サービス料合計 _____ 円

2 介護予防給付対象外サービス料金

ホ) 食事提供に要する費用	550円 ×	回 =	円
ヘ) 時間外サービス利用料金	200円 ×	回 =	円
ト) 日常生活費（消耗品費等）オムツ	120円 ×	枚 =	円
パット	20円 ×	枚 =	円

利用料金（1ヶ月当たり）概算合計 _____ 円

通所介護事業の利用説明と共に、上記利用料金（概算）について説明を受け、理解し、支払うことを承諾します。

令和 年 月 日

サービス利用者 _____ 印

同意者 _____ 印

様式 1

(本人、代理人用)

令和 年 月 日

社会福祉法人 秋田県民生協会
理事長 木村 久美夫 様

利用者氏名 印

住 所

代理人氏名 印
利用者との続柄 ()

同 意 書

秋田県民生協会永楽苑デイサービスセンターの利用にあたり、私 ()
の個人の情報を、下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または、収集
することに同意します。

1. 利用目的

- (1) 各種認定等の申請及び更新、変更のため。
- (2) ご利用者に係る通所介護計画立案のため。
- (3) 医療機関、福祉事業者、自治体、その他社会福祉団体等との
連絡調整のため。
- (4) 上記各号に係わらず、緊急を要する場合の連絡等のため。
- (5) 施設内掲示物、広報、パンフレット等における個人の活動状況及び
写真の掲載等。

下記に可・否の○印を記載下さいますようお願いいたします。

通所利用に関する認定・計画、事務等の管理運営業務	可・否
医療・福祉・自治体等の連携および連絡、調整、情報提供	可・否
緊急を要する場合	可・否
施設内掲示物や掲示写真、ビデオ撮影	可・否
広報誌、実習、実践記録等の限定的	可・否
パンフレット、ホームページ、新聞等の公共的	可・否

別表 1

サービス料金一覧表

1 介護保険給付対象サービス

法定代理受領の場合	法定代理受領外の場合
介護報酬の告示上の額の 1～3割相当額	介護報酬の告示上の額 (利用者が支払い額の7～9割分の償還払い手続きをします)

① 〈指定通所介護事業所〉

(所要時間 6 時間以上 7 時間未満)

(1 回あたり：円)

	介護報酬費	入浴介助 加算 (I)	サービス提供体制 強化加算 (I)	※個別機能訓 練加算 I イ	合 計	法定代理受領
要介護 1	5,840	400	220	560	6,460	646
要介護 2	6,890	400	220	560	7,510	751
要介護 3	7,960	400	220	560	8,580	858
要介護 4	9,010	400	220	560	9,630	963
要介護 5	10,080	400	220	560	10,700	1,070
介護職員等処遇改善加算 (I)			1 ヶ月につき所定単位数の 9. 2 %			

※個別機能訓練加算 (I) イについては、上記 法定代理受領に含まれておりません。

② 〈介護予防・日常生活支援総合事業〉

(1 ヶ月あたり：円)

	予防介護費	生活機能向上 グループ加算	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	合計	法定代理受領
要支援 1	17,980		880	18,860	1,886
		1,000		19,860	1,960
要支援 2	36,210		1,760	37,970	3,797
		1,000		38,970	3,897
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）			1ヶ月につき所定単位数の9.2%		

※生活機能向上グループ加算並びに運動機能向上加算については、事前に計画内容を説明し同意を受けて、そのサービス提供を受けた利用者に加算となります。

2 介護保険給付対象外サービス

サービス内容	利用料金
(1) 通常利用時間を超えてサービスの提供を受ける場合 時間延長 1 時間につき (30 分以上切り上げ)	200 円
(2) 食事提供に要する費用 一食につき	550 円
(3) 行事の際のお弁当代・趣味活動に要する費用	実費
(4) 複写物の交付	1 枚につき 30 円
(5) 日常生活上必要となる諸費実費	紙おむつ 1 枚 120 円 パット 1 枚 20 円