

指定通所介護「デイサービス」重要事項説明書

社会福祉法人加美町社会福祉協議会
中新田デイサービスセンター

当事業所は介護保険の指定を受けています。
宮城県指定 第0472800291号

当事業所はご利用者に対して指定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とおり説明します。

※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。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人加美町社会福祉協議会
- (2) 所在地 宮城県加美郡加美町字町裏320番地
- (3) 電話番号 0229-63-2547
- (4) 代表者氏名 会長 早坂 家一
- (5) 設立年月日 平成15年4月1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15年4月1日指定
宮城県0472800291号
- (2) 事業所の目的 指定通所介護事業は、介護保険法令に従い、ご利用者が、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、通所介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 社会福祉法人加美町社会福祉協議会
中新田デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 宮城県加美郡加美町字町裏320番地
- (5) 電話番号 0229-63-2956
- (6) 管理者氏名 佐藤 明恵
- (7) 当事業所の運営方針 ご利用者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、細やかなサービスを効率的に提供する体制を整備し、利用者一人ひとりに満足感を持って頂けるような施設づくりを目指し、利用者の社会的孤立感の解消及び、心身の機能の維持、並びに家族の介護負担の軽減を図るものとします。また、事業の実施に当たっては、関係町村・指定居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- (8) 開設年月 平成15年4月1日
- (9) 通常の実業の実施地域 加美町の区域
- (10) 利用定員 33人
- (11) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日 ただし、年始（1月1日から1月3日まで）を除きます。
受付時間	月～土曜日 8時30分～17時15分
サービス提供時間	月～土曜日 9時20分～16時30分

※ただし、利用者の要望に応じて受付時間内でのサービス提供も可能です（応相談）。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービス及び指定介護予防通所介護サービスを提供する職員として、以下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	員 数
1. 管 理 者	1名
2. 生活相談員	1名以上
3. 介 護 職 員	法定人員基準を 満たす員数
4. 看 護 職 員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上

《主な職種の勤務体制》

職 種	勤 務 体 制
介護職員	勤務時間 8：30～17：15 原則として4名～5名の介護職員がお世話をします。
看護職員	勤務時間 8：30～17：15 原則として1名以上の看護職員が勤務します。
機能訓練指導員	毎営業日 8：30～17：15 看護職員が兼務します。

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、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(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9割または8割（高所得者は7割）が、原則介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

①送迎

- ・当事業所では、リフト付きワゴン車や軽自動車等を用意し、送迎サービスを実施しています。

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。一般入浴できない方は、特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ご利用者の排泄の介助を行います。

④機能訓練

- ・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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

《サービス利用料金（1回あたり）》（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご利用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）をお支払い下さい。

利用料金は、ご利用者の要介護度・利用時間に応じて異なります。

< 7時間以上8時間未満ご利用の場合 >

要介護度	サービス 利用料金①	負担 割合	介護保険から給 付される金額②	自己負担額 ①－②
要介護1	6,580円	1割	5,922円	658円
		2割	5,264円	1,316円
		3割	4,606円	1,974円
要介護2	7,770円	1割	6,993円	777円
		2割	6,216円	1,554円
		3割	5,439円	2,331円
要介護3	9,000円	1割	8,100円	900円
		2割	7,200円	1,800円
		3割	6,300円	2,700円
要介護4	10,230円	1割	9,207円	1,023円
		2割	8,184円	2,046円
		3割	7,161円	3,069円
要介護5	11,480円	1割	10,332円	1,148円
		2割	9,184円	2,296円
		3割	8,036円	3,444円
入浴介助加算	400円	1割	360円	40円
		2割	320円	80円
		3割	280円	120円

- ☆ 当事業所では、前年度の利用者総数のうち要介護3・4・5の占める割合が30%以上であり、規定の職員の員数に加えて常勤換算方法で2名以上確保し、専ら通所介護の提供にあたる看護職員を1名以上配置しているため、450円(自己負担1割：45円，2割：90円，3割：135円)が加算されます。
- ☆ 当事業所では、介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の70以上であるため、220円(自己負担1割：22円，2割：44円，3割：66円)が加算されます。
- ☆ ご利用者に対し、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合（ご家族が送迎される場合等）は、片道につき470円(自己負担1割：47円，2割：94円，3割：141円)が減額されます。
- ☆ 上記の料金には別途介護職員等処遇改善加算Ⅳ（1か月の総利用料金に6.4%を乗じた料金）がかかります。
- ☆ 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費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食事の提供にかかる費用（食材料費及び調理費）

- ・ご利用者に提供する食事の費用です。

料金：1回あたり650円

②行事等による所外散策

- ・ご利用者の希望により所外散策に参加していただくことができます。

利用料金：諸費用等の実費をいただきます。

③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：諸費用等の実費をいただきます。

④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。

1枚につき：20円

⑤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。

おむつ代：尿取りパット 20円
はくパンツ 135円
紙おむつ Mサイズ100円
Lサイズ110円

その他料金：諸費用等の実費をいただきます。

⑥通常の実施地域を越えた場合の交通費

- ・通常の実業実施地域以外にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。なお、自動車を使用した場合は、通常の実業の実施地域から1kmを超える毎に37円で積算した額を交通費としていただきます。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）及び（2）の料金費用のお支払方法は、原則として、全て口座振替にてお願いいたします。利用月の翌月10日頃までに請求書を発行しますので、毎月25日に指定金融機関の通帳口座よりお支払いいただきます。ただし、25日が指定金融機関の休業日にあたる時は、当該金融機関の翌営業日のお支払いとなります。

(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へ申し出てください。

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、取消料として下記の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。

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	当日の食材費（450円）

サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業者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。

5. 事故と損害賠償（契約書第13条、第14条参照）

(1) 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、関係市町村及び利用者の家族、居宅介護支援事業所に連絡を行い、必要な措置を講じます。

(2) 損害賠償

事業者は、利用者に対する通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

6. 苦情等の受付について（契約書第22条参照）

(1) 当事業所における苦情・相談に対する常設の窓口

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○常設の窓口

(住 所) 加美郡加美町字町裏320番地

(電話番号) 0229(63)2956

(F A X) 0229(63)2898

(担当者) 先崎美貴

(責任者) 佐藤明恵

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

(2) 当事業者（法人）における苦情の対応

当事業者に対する苦情は、全て法人が設置する「苦情解決のための第3者委員会」に報告し、利用者の立場や特性に配慮した社会的・客観的な視点から問題の解決がなされるよう対応します。ただし、ご利用者（又はその家族等）が第3者委員会への報告を明確に拒否する意思表示をした場合は、この限りではありません。

○「苦情解決のための第3者委員会」の窓口

(住 所) 加美郡加美町字町裏320番地

(電話番号) 0229(63)2547

(F A X) 0229(63)2898

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

(3) 行政機関その他苦情受付機関

加美町役場 保健福祉課	所在地	宮城県加美郡加美町字西田4番7-1
	電話番号	0229-63-7872
	F A X	0229-63-7873
	受付時間	月～金曜日 9:00～16:00
宮城県国民保健団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口	所在地	仙台市青葉区上杉一丁目2番地3号
	電話番号	022-222-7700
	F A X	022-222-7260
	受付時間	月～金曜日 9:00～16:00
宮城県社会福祉協議会 「福祉サービス利用に関 する運営適正化委員会」	所在地	仙台市青葉区本町三丁目7番4号
	電話番号	022-716-9674
	F A X	022-716-9298
	受付時間	月～金曜日 9:00～16:00

(4) 虐待防止，ハラスメント防止に関する相談窓口

当事業所では，利用者の人権擁護，虐待やハラスメント防止等のため責任者を設置し，定期的に開催される委員会の結果について，従業者に周知徹底を図り，虐待防止やハラスメント防止のために必要な措置を講じています。

○虐待防止，ハラスメント防止等に関する相談窓口

(住 所) 加美郡加美町字町裏320番地

(電話番号) 0229(63)2956

(FAX) 0229(63)2898

(担当者) 先崎美貴

(責任者) 佐藤明恵

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

7. 感染症対策ならびに非常災害対策

当事業所では，感染症や食中毒の予防のため感染対策委員会を設置し，従業者に感染症等の予防およびまん延防止のための研修や訓練を行います。また，感染症や非常災害の発生時において，利用者に対するサービスの提供をできる限り継続するための業務継続計画を策定し，従業者に必要な研修や訓練を行います。

8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

指定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。

事業者

所在地 宮城県加美郡加美町字町裏320番地

名称 社会福祉法人 加美町社会福祉協議会

代表者名 会長 早坂家一

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、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印