

社会福祉法人長井福祉会

慈光園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。
(山形県指定 第0671500106号)

当事業所は、利用者に対して指定通所介護サービスを提供します。事業所の概要及び提供されるサービスの内容並びに契約上注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

なお、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になります。ただし、要介護認定を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

法人名	社会福祉法人長井福祉会
法人所在地	山形県長井市小出 3453 番地
電話番号	0238-88-2711
代表者氏名	理事長 豊野 充
設立年月	昭和 58 年 6 月

2 事業所の概要

事業所の種類	指定通所介護事業所（平成 12 年 2 月 1 日指定）
事業所の目的	指定通所介護は、介護保険法令に従い、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支援することを目的として、利用者に通所介護サービスを提供します。
事業所の名称	慈光園デイサービスセンター
事業所の所在地	山形県長井市小出 3453 番地
電話番号	0238-84-3021
管理者職氏名	部長 吉野 弘子
運営方針	①当事業所において提供する通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨 および内容に沿ったものとします。 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、利用者およびその家族のニーズを的確に捉え、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。 ③利用者またはその家族に対し、サービスの内容および提供方法について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提供します。 ⑤常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。 ⑥居宅サービス計画が作成されている場合は当該計画に沿った介護サービスを提供します。
開設年月日	昭和 63 年 1 月 14 日
通常の事業区域	長井市
営業日	年中無休（ただし、12 月 29 日から 1 月 3 日を除く。）
営業時間	8 時 00 分から 17 時 30 分
サービス提供時間	9 時 00 分から 16 時 30 分
利用定員	一日あたり 35 名

3 職員体制

(1) 職員の配置状況

職 種	員 数	常 勤		非 常 勤		摘 要
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管理者	1 人		1 人			社会福祉士
生活相談員	2 人以上		3 人			社会福祉主事
介護職員	8 人以上	3 人	7 人	1 人		介護福祉士
看護職員	2 人以上		1 人	4		准看護師
機能訓練指導員	1 人以上	1 人				作業療法士

(2) 職員の勤務体制

職 種	勤務種類	勤 務 時 間
生活相談員	早 番	8 時 00 分から 17 時 00 分
介護職員	普通番	8 時 30 分から 17 時 30 分
看護職員	普通番	8 時 30 分から 17 時 30 分
機能訓練指導員		

4 サービスの内容

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 日常生活上の援助
(2) 健康状態の確認
(3) 個別機能訓練サービス
(4) 口腔機能向上サービス
(5) 送迎サービス
(6) 入浴サービス
(7) 食事サービス
(8) 相談援助に関すること
(9) 利用時間延長サービス

以下のサービスについては、利用料金の自己負担割合分を除いた分が介護保険から給付されます。

《主なサービスの概要》

(1) 入浴	入浴及び清拭を行います。チェア浴槽、寝台浴槽を使用して入浴することができます。
(2) 排泄	トイレ誘導、排泄の介助を行います。
(3) 機能訓練	機能訓練指導員が心身などの状態に応じ、グループや個別に機能訓練を行います。
(4) 諸活動	心身の状況に応じてレクリエーション活動を通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。

5 利用料金

別紙による

6 苦情への対応方法

(1) 苦情処理の体制

提供した指定通所介護に関する利用者及びその家族からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、利用者又は家族に対する説明、記録の整備その他必要な措置を講じます。

(2) 苦情相談の受付窓口

当事業所における苦情や相談は、以下の窓口で受け付けます。

苦情解決責任者	園長 皆川 善典
苦情受付担当者	部長 吉野 弘子
電話番号、ファックス	0238-84-3021 ・ 0238-84-2201
受付時間	午前9時から午後5時（12月29日から1月3日を除く。）
第三者委員	大山 勲（評議員） 0238-84-6111 目黒祐子（評議員） 0238-84-0763

7 緊急時における対応

サービス提供中に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに連絡等必要な措置を講じます。

8 非常災害対策

サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとるとともに定期的に避難訓練を行います。

9 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、県、市町村、家族及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10 虐待の防止のための措置に関する事項

利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を行います。
- (2) 虐待防止の指針を整備し、必要に応じて見直しを行います。
- (3) 介護職員その他の職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力します。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待の防止のための対策を検討する委員会にて協議し、その内

容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努めます。

(5) 上記の措置を適切に実施するための責任者を置きます。

11 提供するサービスの第三者評価の実施状況

前年度実施状況なし。

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	〒993-0014
	名称	山形県長井市小出 3453 番地 慈光園デイサービスセンター
	説明者職氏名	_____ 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
利用申込者又は 家族（同意者）	住所	_____
	氏名	_____ 印
		(利用者との続柄)

別紙 5 利用料金

【介護保険の給付の対象となるサービス】

(1) 通所介護費

単位 円

要介護度	提供時間 (以上～未満)	1 回当たりのサ ービス利用料	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	3～4 時間	3,700	370	740	1,110
	4～5 時間	3,880	388	776	1,164
	5～6 時間	5,700	570	1,140	1,710
	6～7 時間	5,840	584	1,168	1,752
	7～8 時間	6,580	658	1,316	1,974
要介護 2	3～4 時間	4,230	423	846	1,269
	4～5 時間	4,440	444	888	1,332
	5～6 時間	6,730	673	1,346	2,019
	6～7 時間	6,890	689	1,378	2,067
	7～8 時間	7,770	777	1,554	2,331
要介護 3	3～4 時間	4,790	479	958	1,437
	4～5 時間	5,020	502	1,004	1,506
	5～6 時間	7,770	777	1,554	2,331
	6～7 時間	7,960	796	1,592	2,388
	7～8 時間	9,000	900	1,800	2,700
要介護 4	3～4 時間	5,330	533	1,066	1,599
	4～5 時間	5,600	560	1,120	1,680
	5～6 時間	8,800	880	1,760	2,640
	6～7 時間	9,010	901	1,802	2,703
	7～8 時間	10,230	1023	2,046	3,069
要介護 5	3～4 時間	5,880	588	1,176	1,764
	4～5 時間	6,170	617	1,234	1,851
	5～6 時間	9,840	984	1,968	2,952
	6～7 時間	10,080	1,008	2,016	3,024
	7～8 時間	11,480	1,148	2,296	3,444

※1 所要時間（提供時間）2 時間以上 3 時間未満の指定通所介護を利用する場合は、上表各介護度区分における「5～6 時間」に表示される単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定することになります。ただし、この時間帯を利用するためには一定の要件を満たす必要があります。

※2 保険給付額欄にあるのは、負担割合証が「1 割」の場合の保険給付額となります。

(2) 加算

① 入浴介助加算 I	400	360	40	80	120
② 認知症加算 (対象者のみ)	600	540	60	120	180
③ 個別機能訓練加算 (I) イ	560	504	56	112	168
個別機能訓練加算 (II) (一月につき)	200	180	20	40	60
④ 科学的介護推進体制加算(一月につき)	400	360	40	80	120
⑤ サービス提供体制強化加算 I	220	198	22	44	66
⑥ 中重度ケア体制加算	450	405	45	90	135
⑦ ADL維持等加算(I)(一月につき)	300	270	30	60	90
⑧ ADL維持等加算(II)(一月につき)	600	540	60	120	180
⑨ 介護職員等処遇改善加算 (I)	月額合計単位数の 1000 分の 92 に相当する額 (端数四捨五入)				

※ 各加算については、実施又は該当した場合に加算されます。

《主な減算項目》

☆ 送迎未実施減算 (片道当り) 47 円を基本サービス費から差し引きます。

《その他》

利用者が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。要支援又は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まだ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、利用者が介護給付の申請のために必要となる事項を説明した「サービス提供証明書」を交付します。

【介護保険の給付の対象とならないサービス】

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

《サービス概要と利用料金》		
①食費	利用者に提供する食事に係る費用です。	1食当り 600円
②趣味活動実費	利用者の希望により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。	実費
③複写物	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、実費をいただきます。	実費
④通常の実施区域以外への送迎	通常の実施区域外にお住いの方で当事業所のサービスを利用する場合には、お住まいと長井市境との間の送迎費用をいただきます。	1kmにつき 50円
⑤利用時間延長	営業時間内におけるサービス提供時間を超えた利用時間延長料金	30分毎に 250円

⑥その他	日常生活上の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であると認められる費用	実費
------	---	----

【料金の支払い方法】

前記の利用料金、食費は1か月ごとに精算し翌月ご請求いたしますので、月末までに、自動払込（口座振替）の方法でお支払ください。

【利用の中止】

利用予定日前日又は利用当日に利用者の体調不良等で利用を中止される場合は、その旨事前にお申し出ください。