

地域密着型通所介護重要事項説明書

(指定地域密着型通所介護) 令和5年4月1日付

1. 提供するサービスについての相談・お問い合わせ窓口

- 電話番号 0247-46-3186
 - 受付時間 営業日 午前8時30分～午後5時30分
 - 担当者 斎藤 京子 (管理者兼生活相談員)
- * ご不明な点等がありましたら、お気軽にお問い合わせください。

2. 矢祭町デイサービスセンター館山荘(名称)の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名称	矢祭町デイサービスセンター館山荘
所在地	福島県東白川郡矢祭町大字東館字館3-1
介護保険指定番号	第07092900037号
事業所区分	地域密着型通所介護
対象地域	原則として矢祭町内にお住まいの方

※ 上記対象地域以外であっても、ご希望の方はご相談ください。

(2) 職員勤務体制 6名

職種	業務内容	取得資格	勤務体制
管理者 兼生活相談員・介護職員	施設管理者 相談業務・介護業務 苦情受付窓口	社会福祉主事 介護福祉士 防火管理者	常勤 (1)名
生活相談員・介護職員	相談業務 介護業務	社会福祉主事 介護福祉士	常勤 (1)名
看護職員 兼機能訓練指導員	看護業務 機能訓練指導	准看護師	常勤 (1)名
介護職員	介護業務 介護実習指導	介護職員(2名) パート職員(1名)	常勤 (3)名

※ 提供する昼給食について、他事業者への外部委託にて提供を実施しております。

【事業所名】株式会社 メフォス

【連絡先】東京都港区赤坂2丁目23番1号

☎ 03-6234-7600 📠 03-6234-7609

(3) 設備の概要

- 当センターでは、同施設内において『指定地域密着型通所介護事業』に加え、矢祭町からの委託により『総合事業・通所型サービス事業』を併せて実施しております。
- 上記に関し当センターにおいても内容の掲示や事前の説明等に努めておりますが、利用に際して誤解を招くことが考えられます。それぞれの支援サービスの形態や内容、また料金の設定は異なりますので、予めご了承ください。

利 用 定 員		18名 ◎指定地域密着型通所介護事業 ◎総合事業通所型サービス事業
施 設 形 態	休養室兼機能訓練	1室 3床
	相談室	1室
	食堂	1室 72㎡
	浴室	一般浴室と中間浴室があります
車 輜	送迎車両	2台 (リフト付軽自動車2台 軽自動車)
	リフトバス	2台 (車椅子各2台乗車可能)

(4) 営業時間及びサービス提供時間

●営業日	月曜日から金曜日 祝祭日は営業いたしません
●営業時間	午前8時30分～午後5時30分 サービス提供時間：午前9時45分～午後3時45分まで
●定休日	土曜日・日曜日 お盆休み／8月14日～8月16日(3日間) 年末年始／12月30日～1月3日(5日間)

※緊急時等の電話連絡先 0247-46-3186 館山荘

0247-46-3385 ユーアイホーム

(5) 利用定員

- 当センターにおいて、1日にサービスを提供する定員は、指定地域密着型通所介護事業及び総合事業通所型サービス事業の総数 18 名です。

3. サービスの内容

- ① 日常生活上の援助
→利用者個人の日常生活動作能力に応じ、必要な介助を行います。
- ② 健康状態の確認
→センター到着後、血圧や体温、脈拍など、一般状態についての確認を行い、異常がみられる場合には、その状況に応じた必要な支援及び対応を行います。
- ③ 日常動作訓練
→利用者が日常生活を営むのに必要な動作の減退を防止するための訓練、並びに利用者の心身の活性化を図るための各種サービスを提供します。
- ④ 送迎
→障害の程度、地理的条件等により送迎を必要とする利用者については、専用車輛により送迎を行います。また、必要に応じて送迎車輛への昇降及び移動の介助を行います。
- ⑤ 入浴
→居宅における入浴が困難な利用者に対して必要な介助を行い、適した入浴形態にて入浴サービスを提供します。
- ⑥ 食事
→準備、食事摂取、下膳、その他の必要な介助を行います。
- ⑦ 相談、助言に関すること
→利用者及びその家族に対し、日常生活における介護等に関する相談または助言を行います。

4. 利用料金

(1) 利用料金

① 地域密着型通所介護料金 (介護保険負担割合証に記載された割合分)

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
A・基本料金 (割合分1割の場合)	676円	798円	922円	1,045円	1,168円
B・サービス提供体制強化加算 I	一律 18円 加算されます (介護福祉士が50%以上配置されているとき)				
合計 (A+B)	698円	820円	944円	1,067円	1190円

●①介護職員処遇改善加算 I (5.9%)

●②介護職員等特定処遇改善加算 I (1.2%)

●③ベースアップ等支援加算 (1.1%)

*介護職員の処遇改善を図り、利用者へのサービスの質の向上に取り組むため、月額利用料(食費を除く)に①②③が加算されます。

② 送迎

*送迎にかかる料金は基本単価に含まれております。

【実施地域外に居住する利用者】

→ 実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎代として、通常の事業実施地域の境界から片道毎に1kmにつき25円がかかります。

③ 入浴介助費

*入浴1回につき、介護保険適用時の 自己負担額は 40円 です。

④ 食費

*食事1回分につき 自己負担額は ¥675円 です。

(内訳)

食材料費:385円/回, 調理経費:200円/回, おやつ費:90円/回

→ 食費につきましては介護保険の給付対象にはなりません。

全額自己負担となります。

(2) その他

上記の他、行事やレクリエーションにかかる費用等は自己負担(発生した場合に実費相当)となります。

- 要介護更新認定申請及び変更申請、その他介護保険制度の内容の改正等によりその給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額を変更することとなります。

(3) 支払い方法

- サービス利用料金は1ヶ月ごとに集計し、毎月10日までに前月分の請求をいたします。請求書を受け取られましたらその月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。
- お支払い方法は、原則として現金集金になりますが、方法として銀行振込についても選択いただけますのでご相談ください。
- 又、利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合及び居宅サービス計画が作成されていない場合には、サービス料金の全額をいったん支払うものとし、(要介護認定後、又は、居宅サービス計画作成後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます【償還払い】。)

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- まずは、お電話等にてお申し込みください。当施設職員がお伺いします。当センターの内容説明後、通所介護契約書作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

→ サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当施設の都合でサービスを終了する場合

→ 人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

→ 以下の場合、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

- お客様が介護保険施設に入所した場合
- 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

※ この場合、要介護認定区分の条件が変更されますと再度契約することができます。

- お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

○下記事項について利用者は文書にて解約を通知することにより、即座にサービスを終了することができます。

- 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合
- 守秘義務に反した場合
- 利用者様やそのご家族に対し社会的通念を逸脱する行為を行った場合
- 当センターが破産した場合

○下記事項について文書にて解約を通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合があります。

- サービス利用料金の支払を3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにも関わらず7日以内に支払わない場合
- 利用者様が正当な理由なくサービスの中止を繰り返した場合
- 利用者様が入院もしくは病気等により3ヵ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかとなった場合
- 利用者様やご家族などが当センターや当センターの従業員者に対し本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

○個人情報の取得にあたって個人情報保護法のもと利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮するため、個人情報保護に関する施設方針の掲示、並びに介護サービスの提供に必要な情報の、適正な取得と使用の目的として下記項目に係る同意を用い同意書を得ることとします。

- 施設が利用者に提供する介護サービスについて
- 介護保険関連業務について
- 居宅介護支援事業所及び他に利用する居宅サービス事業所らとの連携（サービス担当者会議等）照会への回答
- 利用者の身体状況について、医師の意見・助言を求める場合
- 施設にて行われる各実習やボランティアへの協力や受け入れ
- その他必要な情報提供に係る利用

6. 当センターにおけるサービスの特徴等

(1) 運営の方針

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、必要な日常生活上の援助及び日常生活動作訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

(2) サービス利用のために

[有無の標記 : 有 (○), 無 (×)]

事 項		事 項	
① 男性介護職員の有無	○	② 時間延長の可否	×
③ 従業員への研修の実施	○	④ サービスマニュアルの作成	○
⑤ 緊急対応マニュアルの作成	○	⑥ 事故発生マニュアルの作成	○
⑦ 個人情報保護に関する方針	○	⑦ 個人情報の使用に係る同意	○

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・サービス利用日の体調確認・・・・・・・・朝の内に確認してください
- ・体調不良等によるサービスの中止及び変更・・午前8時30分までにご連絡下さい
- ・利用のキャンセル・・・・・・・・事前にご連絡下さい
- ・サービス計画の変更・・・・・・・・事前にご連絡下さい
- ・当センターの設備、器具の利用・・・・・・・・本来の用途に従い利用して下さい

7. 事故発生時の対応

- 利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合、矢祭町（保険者）や当該利用者の家族、また当該利用者にかかる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、状況に応じて病院や警察、消防などの関係機関に連絡するなど、必要な措置を講じます。
- 事業者の責に帰すべき事由により利用者生じた損害について、賠償する責任を負います。

8. 緊急時の対応

- 従業員が利用者宅を訪問した際、またはサービスの提供を行っている際など、利用者の病状に急変が生じた場合は速やかに家族への連絡、また必要な場合には主治医への判断を仰ぐ等、適切な措置を講じます。

9. 非常災害対策

☒ 防火責任者	社会福祉法人矢祭福祉会 ユーアイホーム施設長 金澤 健至
☒ 防火管理者	矢祭町デイサービスセンター館山荘 管理者 斎藤 京子
☒ 防災訓練	年2回を計画し実施する
☒ 防火設備	火災報知器 緊急通報設備 消火器 6本
☒ 防災時の対応	デイサービスセンター館山荘防災計画に基づき迅速に対応する

10. サービス内容に関する苦情

- 提供するサービスに不満等がある場合、いつでも苦情窓口にその苦情を申し立てることが出来ます。
- 提供したサービスについて、その申し出があった場合には迅速かつ適切に対処し、サービスの向上と改善に努めます。
- 利用者様またはそのご家族等がその申し立てを行った場合でもそれを理由としていかなる不利益な扱いも致しません。

【 苦情解決体制 】

❖ 苦情解決責任者	金澤 健至 / 社会福祉法人矢祭福祉会 ユーアイホーム 施設長
	☎0247-46-3186 (矢祭町デイサービスセンター館山荘) → 月～金曜日の通常営業日、午前8:30～午後5:30
❖ 苦情解決担当者	斎藤 京子 / 管理者兼生活相談員
	☎0247-46-3186 (矢祭町デイサービスセンター館山荘) → 月～金曜日の通常営業日、午前8:30～午後5:30
❖ 苦情解決 第三者委員 ※法人共通	菊池 貞幸 ☎46-2577 佐川 玲子 ☎46-2051

- 当センター以外にも市町村の苦情相談窓口等に苦情の申し立てができます。

市町村名 : 矢祭町
 担当課 : 健康福祉課 福祉グループ
 電話 : ☎・0247-46-4581 (介護保険専用)

{ (月～金の通常勤務日) 午前8:30～午後5:15 }

1 1. 当該施設に関する概要

▶ 名称・法人種別	社会福祉法人 矢祭福祉会
▶ 代表者役職・氏名	理事長 高信 由美子
▶ 本部所在地及び電話番号	福島県東白川郡矢祭町大字東館字蔵屋敷 122 0247-46-3385
▶ 定款の目的に定めた事業	特別養護老人ホーム 指定通所介護事業 総合事業通所型サービス事業 認知症対応型通所介護事業 老人短期入所事業 矢祭町地域包括支援センター 軽費老人ホーム (特定施設入居者生活介護施設) その他これに付随する業務
・ 施設・拠点等	通所介護 1カ所 認知症対応型通所介護 1カ所 特別養護老人ホーム 1カ所 軽費老人ホーム 2カ所 (特定施設入居者生活介護施設) 短期入所生活介護 1カ所 地域包括支援センター 1カ所

1 2. その他

令和 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者またはご家族（代理人）に対し、本書面に基
づいて重要な事項を説明しました。

【事業者】

住 所 福島県東白川郡矢祭町大字東館
字蔵屋敷122
名 称 社会福祉法人 矢祭福社会
理 事 長 高 信 由 美 子 印

【説明者】

住 所 福島県東白川郡矢祭町大字東館
字館3番地の1
所 属 矢祭町デイサービスセンター館山荘
管理者兼生活相談員 斎 藤 京 子 印

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明
を受けました。

令和 4年 月 日

【利用申込者】

住 所 矢祭町大字
氏 名 印
電 話

（ご家族 または 代理人）

住 所 同上
氏 名 印
電 話
続 柄

（代筆者）