

# デイサービスセンター平成園 重要事項説明書

当事業所（介護保険事業者番号 秋田県指定 第0572803815号）はご契約者に（以後、「ご利用者」といいます。）対して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・契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## 1. 事業者

法人名： 社会福祉法人 雄勝なごみ会  
所在地： 湯沢市小野字大沢田221番地  
電話番号： 0183-52-5210  
FAX： 0183-52-5211  
代表者名： 理事長 京野 公子  
設立年月： 昭和56年 5月27日

## 2. 事業所の概要

- (1). 施設の種類 指定通所介護事業所・平成12年4月1日指定  
指定介護予防通所介護事業所・平成18年4月1日指定  
秋田県0572803815号  
当事業所は指定介護老人福祉施設平成園に併設されています。
- (2). 施設の目的 デイサービスセンター平成園は、介護保険法令の主旨に従い、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、ご利用者に通所介護サービスを提供します。
- (3). 施設の名称 デイサービスセンター平成園
- (4). 施設の所在地 湯沢市小野字大沢田221番地
- (5). 電話番号 0183-52-5210
- (6). 事業所長（管理者）氏名 鶴川 雄貴
- (7). 当事業所の運営方針  
本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、告示の主旨及び内容に沿ったものとします。

- 1 ご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、ご利用者及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、ご利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- 2 ご利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明します。
- 3 適切な介護技術をもってサービスを提供します。
- 4 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
- 5 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った通所介護を提供します。

(8). 開設年月日 平成3年1月1日

(9). 通常の事業の実施地域 湯沢市

(10). 営業日及び営業時間

営業日	天災、その他やむを得ず業務を遂行できない日及び、毎週日曜日を除いた日
受付時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時30分

(11). 利用定員 25名

### 3. 職員の配置状況

- (1). 当事業所では、ご利用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、指定基準を遵守します。>

	配置人数	指定基準
1. 管理者	1名 (相談員兼務)	1名
2. 介護職員	7名 (兼務1名・パートを含む)	3名
3. 生活相談員	2名 (兼務1名)	1名
4. 看護職員	3名	1名

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間 午前8時30分から午後5時30分まで
2. 看護職員	勤務時間 午前8時30分から午後5時30分まで

☆原則として職員1名あたり5名のご利用者のお世話をします。

## 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、ご契約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<br>(2) 利用料金の金額をご利用者にご負担いただく場合 |
|--|

があります。

### (1) 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割から3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### <サービスの概要>

#### ①. 食事（但し、食費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を取っていただくことを原則としています。

（食事時間）

午後0時から午後1時まで

#### ②. 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械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

- ・介護職員や看護師が、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減退を防止するための訓練を行います。

＜通所介護サービス利用料金（1回あたり）＞

下記の料金によって、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。上記サービス利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。

通所介護（一回あたり）

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料金	6,550円	7,730円	8,960円	10,180円	11,420円
入浴加算	400円	400円	400円	400円	400円
サービス提供体制強化加算	180円	180円	180円	180円	180円
中重度者ケア体制強化加算	450円	450円	450円	450円	450円
利用料金の合計	7,580円	8,760円	9,990円	11,210円	12,450円

一割負担	サービス料金の一割負担額	758円	876円	999円	1,121円	1,245円
	昼食代	700円	700円	700円	700円	700円
	一割負担額と昼食代の合計	1,458円	1,576円	1,699円	1,821円	1,945円

二割負担	サービス料金の二割負担額	1,516円	1,752円	1,998円	2,242円	2,490円
	昼食代	700円	700円	700円	700円	700円
	二割負担額と昼食代の合計	2,216円	2,452円	2,698円	2,942円	3,190円

三割負担	サービス料金の一割負担額	2,274円	2,628円	2,997円	3,363円	3,735円
	昼食代	700円	700円	700円	700円	700円
	三割負担額と昼食代の合計	2,974円	3,328円	3,697円	4,063円	4,435円

介護職員処遇改善加算Ⅰ(1ヶ月の総単位数×59÷1000)と

介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(1ヶ月の総単位数×12÷1000)が加わります。

また、計算と端数で誤差が生じる場合もあります。

☆利用回数毎に食費（700円）が加算されます。

☆キャンセル、また入浴や送迎のサービスを利用しなかった場合でも返金はできませんのでご了承ください。

☆ご利用者がまだ要介護（要支援）認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんいただきます。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

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。

☆利用者に提供する食事の材料に係る費用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7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. 食費

・ご利用者に提供する食事の費用です。

料金：1回あたり700円

②. 湯沢市以外の地域に居住するご利用者に対して行う送迎に要した交通費は、基本料金に含まれません。

### ③. レクリエーション、クラブ活動費

・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：材料代等の実費をいただきます。

④. 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. 日常生活用品 (尿取パット、ミニクローズなど) を使用されている方は、デイサービス利用に持参していただきます。

☆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カ月前までにご説明します。

## (3) 利用料金のお支払い方法 (契約書類第7条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時現金で、又は次月25日にゆうちょ銀行、北都銀行より自動引き落としにより支払うものとします。

## (4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第8条参照)

○利用予定日前に、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。

○実施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なされた場合、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など正当な事由がある場合には、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パーセント (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご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ご利用者に提示して協議します。

## 5. 事故発生時の対応について

- (1) 事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (3) 事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

## 6. 緊急時の対応について

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡など必要な処置を講じます。

## 7. 秘密保持について

- (1) 従業者及び従業者であったものは、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者及び家族の秘密を守ります。
- (2) 事業者は、サービス担当者会議などにおいて、利用者の個人情報を用いる場合、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文章により得て行います。

## 8. 身体拘束の禁止について

原則として、利用者の行動を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。  
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及び家族へ十分説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 9. 利用者の尊厳について

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

## 10. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

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。

○苦情受付窓口（担当者）

管理者 鶴川 雄貴

○受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで

また、苦情受付ボックスを園内に設置します。

### (2) 苦情解決第三者委員

公正中立的な立場で、苦情受付相談にのっていただける委員です。

職種・職業等	氏 名	電話番号
元雄勝福祉社会評議員	柿崎 清	0 1 8 3 - 7 2 - 2 5 3 6
元湯沢市議会議員	高階 順 子	0 1 8 3 - 7 2 - 1 3 3 3
元湯沢市保健師	根岸 ゆり子	0 1 8 3 - 5 2 - 2 7 2 2

※ 第三者委員の方々の連絡については、施設内に掲示してあります。  
また、電話や文書での問い合わせにも対応いたしております。

### (3) 行政機関その他

苦情受付の窓口	
湯沢市福祉保健部 長寿福祉課 介護保険班	所在地：秋田県湯沢市佐竹町 1 番 1 号 電 話：0 1 8 3 - 7 3 - 2 1 1 1
秋田県国民健康保険団体連合会	所在地：秋田県秋田市山王四丁目 2 - 3 電 話：0 1 8 - 8 8 3 - 1 5 5 0
秋田県福祉サービス 相談センター (秋田県運営適正化委員会)	所在地：秋田県秋田市旭北栄町 1 - 5 電 話：0 1 8 - 8 6 4 - 2 7 2 6

# デイサービスセンター平成園

## 重要事項説明確認書及び送迎時間確認書

令和 年 月 日

デイサービスセンター平成園のサービス提供の開始に際し、ご利用者に対して重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を行いました。及び \_\_\_\_\_ 様のお迎えの時間は、午前 時 分ころ、お送りの時間は、午後 時 分ころとさせていただきます。なお、交通事情等によってご説明の送迎時間に、多少の異差が発生する場合も予想されますが御了承ください。

社会福祉法人 雄勝なごみ会  
デイサービスセンター平成園

説明者

職 名                      管理者                      氏 名                      鶴 川 雄 貴                      印

私は、デイサービスセンター平成園 重要事項説明書に基づいてと送迎時間についての説明を事業者から受け、サービスの提供に同意しました。

ご利用者                      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人                      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印